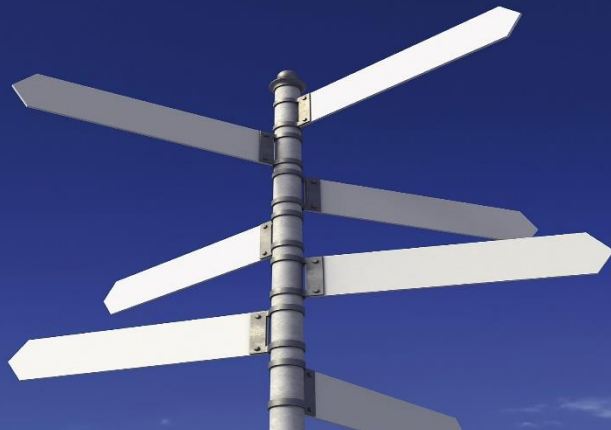


Keuzevrijheid in de wijkverpleging

Onderzoek naar ervaren knelpunten



- Datum: 16 februari 2018
- Versie: 1.0
- Auteur: Lisanne Puijk, René Meijer, Nico Baas

Inhoudsopgave

Management samenvatting	3
1. Aanleiding	5
2. Doel	6
3. Aanpak	7
3.1. Bureau onderzoek	7
3.2. Kwalitatief onderzoek	7
4. Zorgproces Wijkverpleging	8
5. Cliënt perspectief	10
5.1. Aanvraag van wijkverpleegkundige zorg	10
5.2. Keuze in wijkverpleegkundige zorg	10
5.3. Aspecten van kwaliteit van zorg	11
5.4. Beperkingen in keuzevrijheid	12
5.5. Cliënt tevredenheid	13
6. Regionale zorgketens	15
6.1. Hilversum	15
6.2. Rotterdam	17
6.3. Almelo	19
7. Knelpunten voor keuzevrijheid	23
7.1. Arbeidsmarktproblematiek	23
7.2. Cliëntenstop door budgetplafond	24
7.3. Ontbreken van inzicht in zorgaanbod	25
7.4. Andere knelpunten	25
8. Perspectief keuzevrijheid	27
9. Contact	29
10. Bijlagen	30

Management samenvatting

Aanleiding en Doel

Partijen van de Landelijke Werkgroep Wijkverpleging¹ ontvangen signalen over knelpunten die keuzevrijheid van cliënten in de wijkverpleging in de weg staan en willen deze in gezamenlijk oppakken.

Het doel van dit rapport is inzicht te krijgen of en zo ja welke knelpunten cliënten ervaren bij de keuze voor een zorgaanbieder of bij invulling van hun zorgvraag. Ook de oorzaken en gevolgen voor het zorgproces van de knelpunten worden meegenomen. De uitkomsten dienen als input om tot verbeterpunten te komen voor de contractering en zorginkoop van 2019.

Door de begeleidingscommissie is een drietal regio's geselecteerd waar knelpunten in kaart worden gebracht, te weten: Hilversum, Almelo en Rotterdam. Onderstaande vragen staan centraal in het onderzoek.



Figuur 1 Hoofdvragen onderzoek keuzevrijheid (Arteria, 2018)

Aanpak

Vragen zijn beantwoord middels een bureau onderzoek en een kwalitatief onderzoek. Het bureau onderzoek is gebruikt om het cliënt perspectief weer te geven. Hiervoor is gebruik gemaakt van recente onderzoeken waarin cliënten zijn geïnterviewd. In het kwalitatieve deel is in de drie regio's gesproken met zorgprofessionals. Per regio zijn 9 zorgprofessionals betrokken zoals; wijkverpleegkundigen, transferverpleegkundigen, huisartsen en klantadviseurs bij zorgaanbieders en revalidatiecentra. Verder is per regio een zorgverzekeraar betrokken, daar is gesproken met een klantadviseur.

Hoe verloopt het keuzeproces van de cliënt voor een zorgaanbieder?

Uit onderzoek van de PFN (2016)² blijkt dat de zorgprofessional met wie cliënten het eerst spreken over de inzet van wijkverpleegkundige zorg vaak een medewerker uit het ziekenhuis (38%) of de huisarts (19%) is. De eerdergenoemde zorgprofessional is ook meestal betrokken bij de aanvraag van de wijkverpleegkundige zorg. In afstemming met de cliënt wordt een zorgaanbieder benaderd. Om tot de keuze voor aan zorgaanbieder te komen heeft 82% van de

¹ Actiz, BTN, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, Zorgverzekeraars Nederland

² Meldactie verpleging en/of verzorging thuis" (2016)

cliënten geen organisaties vergeleken. Zij wisten direct bij welke organisatie zij zorg wilden, of hebben de zorg laten regelen door een verwijzer.

De respondenten die wel zorgaanbieders vergeleken hebben, geven aan het meest te letten op ervaring van andere cliënten met de organisatie bij het maken van een keuze (42%), gevolgd door de tijden waarop de zorg geleverd kan worden (38%).

In de interviews met zorgprofessionals die in het huidige onderzoek zijn bevestigd wordt dit beeld bevestigd. Zorgaanbieders geven aan dat cliënten, wanneer zij een voorkeur hebben, dit meestal baseren op mond-tot-mond reclame. Verder wordt vooral de ervaring van de verwijzer, in combinatie met diens kennis over beschikbaarheid van zorg gebruikt om tot een keuze te komen.

Knelpunten van invloed op keuzevrijheid

De voornaamste knelpunten die zijn aangedragen en invloed hebben op de keuzevrijheid van de cliënt zijn de arbeidsmarktproblematiek en het ontbreken van inzicht in het zorgaanbod. De knelpunten werden in alle drie de regio's genoemd, alhoewel in Almelo de situatie niet zo ernstig wordt beoordeeld als in de regio's Rotterdam en Hilversum. Verwijzers en zorgaanbieders geven aan dat de problemen de laatste jaren zijn verergerd.

Invloed van knelpunten op zorgproces

In Almelo kan nog worden voorzien in de zorgvraag, maar in de andere regio's zorgt het personeelstekort ervoor dat cliënten niet bij alle zorgaanbieders kunnen worden aangenomen. Hoe complexer de zorgvraag, hoe langer de zoektocht van de verwijzers duurt. Ook cliënten die aan de rand van een zorggebied wonen zijn moeilijk plaatsbaar. Zij drukken zwaar op de tijd in de toch al overvolle routes. Door het tekort aan personeel is het inzetten van een extra route vaak niet mogelijk. Door de inzet van flex-medewerkers wordt de vraag tijdelijk opgevangen, maar dit betekent meer verschillende gezichten aan bed van de cliënt. Zowel de tijd, als de vaste groep medewerkers zijn juist factoren die cliënten erg belangrijk vinden in de zorg die zij ontvangen. Wijkverpleegkundigen geven aan dat de geleverde zorg niet altijd op het niveau is dat zij zouden willen.

Het verwijzen van cliënten naar wijkverpleegkundigen is lastig. Verwijzers zijn veel tijd kwijt met het vinden van een geschikte zorgaanbieder voor hun cliënt. Het ruime aanbod van zorgaanbieders biedt veel mogelijkheden in het vinden van een plek, maar vraagt ook kennis over kwaliteit van al deze aanbieders en inzicht in typen zorg die ze leveren. Voor verwijzers en cliënten is dit overzicht lastig en daarmee beïnvloedt het de toegankelijkheid van de zorg. Met het opzetten van kleine zorgnetwerken wordt geprobeerd de zoektocht naar passende zorg te vereenvoudigen. Tegelijkertijd wordt hiermee sneller voorbij gegaan aan andere zorgaanbieders en wordt de keuzevrijheid van de cliënt beperkt.

Andere knelpunten

Naast de genoemde knelpunten die van invloed zijn op de keuzevrijheid, zijn er knelpunten genoemd die van invloed zijn op de wijkverpleegkundige zorg. De eerste betreft de wachtlijsten voor de verpleeg- en verzorgingshuizen. Hierdoor ontvangen cliënten langer wijkverpleegkundige zorg. Een ander knelpunt is de indicatietermijnen van de WMO van 6-8 weken. Ook dit zorgt voor extra inzet van wijkverpleegkundige zorg, doordat zij in de overbruggende periode de voorzieningen opvangen die in de WMO zijn aangevraagd. In de krappe markt zorgen de beperkte doorstroom dat de mogelijkheden voor instroom (en daarmee de toegankelijkheid) van wijkverpleegkundige zorg wordt beperkt.

1. Aanleiding

Wijkverpleging is in 2015 vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wijkverpleging is er voor mensen die thuis verzorging en/of verpleging nodig hebben. Daarbij is het onder andere de taak van de wijkverpleegkundige te indiceren welke zorg cliënten nodig hebben, dit in de rol als 'spil in de wijk'. Met de overheveling naar de Zvw is wijkverpleging een integrale aanspraak en dus ook een integraal product geworden van 'verzorging' en 'verpleging'³.

De vraag naar wijkverpleegkundige zorg is sterk toegenomen. Er is een groei te zien in de hoeveelheid zorgaanbieders, maar ook een groeiend tekort aan zorgverleners. Bovendien kent de huidige contractering wijkverpleging een nadruk op doelmatigheid, wordt er een prijsdruk door zorgaanbieders ervaren en groeit de niet-gecontracteerde zorg. Verbeteringen in de sector zijn nodig om de markt te optimaliseren. Middels het Common Eye traject zijn verbeterthema's vastgesteld⁴. Partijen betrokken bij de wijkverpleging hebben rondom deze thema's met elkaar afspraken gemaakt om tot verbeterde contractering in de wijkverpleging te komen. De afspraken zijn opgenomen in het bestuurlijk akkoord wijkverpleging (2018).

Een onderwerp besproken in het Common Eye traject is de keuzevrijheid voor het kiezen van een zorgaanbieder of voor wijkverpleegkundige zorg door de cliënt. Partijen van de Landelijke Werkgroep Wijkverpleging (hierna: begeleidingscommissie) ontvangen signalen over knelpunten die keuzevrijheid in de weg staan en willen deze in gezamenlijk oppakken. Onduidelijk is welke oorzaken aan de grondslag liggen van deze knelpunten. Hierop is besloten dit huidige onderzoek uit te voeren.

³ Verzorging gaat om hulp bij algemene dagelijkse verrichtingen, zoals wassen, aankleden. Verpleging heeft betrekking op het verrichten van verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging.

⁴ Zie Common Eye traject; <https://www.actiz.nl/cms/streambin.aspx?documentid=20654>

2. Doel

Het doel is inzicht te krijgen of en zo ja welke knelpunten cliënten ervaren bij de keuze voor een zorgaanbieder of bij invulling van hun wijkverpleegkundige zorgvraag. Voor de benoemde knelpunten wordt uitgevraagd welke oorzaak eraan ten grondslag ligt. Zo kunnen de knelpunten dienen als input om tot verbeterpunten te komen voor de contractering en zorginkoop van 2019.

Het huidige onderzoek is gericht op de zorgketen rondom de cliënt. Dit omvat het proces vanaf het vaststellen van een zorgbehoefte bij de cliënt tot en met de uiteindelijke zorg inzet door een zorgaanbieder. Door de begeleidingscommissie is een drietal regio's geselecteerd waar dit proces in kaart wordt gebracht, te weten: Hilversum, Almelo en Rotterdam. In deze regio wordt middels het in kaart brengen van de keten vastgesteld of er knelpunten zijn die de keuzevrijheid belemmeren. De knelpunten die de begeleidingscommissie als signalen binnen kreeg hadden met name te maken met budgetplafonds en personeelstekort, hiervoor is aandacht binnen het onderzoek. Maar in de regio's meegenomen in het onderzoek wordt ook bredere uitvraag gedaan. Onderstaande vragen staan centraal in het onderzoek.



Er is in dit onderzoek een onderscheid gemaakt tussen toegankelijkheid van zorg en keuzevrijheid. Hierbij zijn de onderstaande definities gehanteerd.

- **Toegankelijkheid van zorg:** Cliënten die zorg nodig hebben, weten op tijd en zonder drempels toegang tot zorgverlening te verkrijgen. Een voorbeeld van een drempel is een wachtlijst om door een willekeurige zorgaanbieder zorg te ontvangen.
- **Keuzevrijheid:** De mate waarin de cliënt zelf kan kiezen van wie en hoe de zorg aan hem wordt verleend. Een voorbeeld hiervan is de keuze voor een specifieke zorgaanbieder of het verkrijgen van zorg op een bepaald tijdstip.

Gezien de verschillende belangen en de gevoeligheid van het onderwerp is zijn de resultaten feitelijk gerapporteerd. Het rapport bevat hiermee geen beleidsmatige uitspraken, conclusies of aanbevelingen.

3. Aanpak

3.1. Bureau onderzoek

De begeleidingscommissie heeft een tweetal onderzoeksrapporten van de Patiëntenfederatie Nederland (PFN) aangedragen als input om het cliëntperspectief weer te geven⁵. Daarbij geeft ook het eerder uitgebrachte onderzoeksrapport van Arteria Consulting⁶ informatie betreffende de cliënt en zijn keuzeprocessen. Omdat het, zeker bij de onderzoeken van de PFN, grote populatiegroepen betreft is gekozen om het cliëntperspectief in het huidige onderzoek op deze voorgaande onderzoeken te baseren. De onderzoeken zijn recentelijk uitgevoerd en ligt het niet in de lijn der verwachting dat uitkomsten van een nieuw onderzoek nieuwe inzichten zal verschaffen. Naast deze, door de begeleidingscommissie aangedragen rapporten, is gezocht naar aanvullende literatuur die een bijdrage leveren aan het inzichtelijk maken van het cliëntproces en de context van dit proces.

3.2. Kwalitatief onderzoek

Het onderzoek is aan de hand van gestructureerde interviews uitgevoerd. In het onderzoek is onderscheid gemaakt naar twee onderzoeksmethoden:

- **Interviewmethode 1:** Persoonlijke interviews op locatie
- **Interviewmethode 2:** Telefonische interviews

Onderzoekspopulatie

■ Zorgverzekeraars

Per geselecteerde regio is de zorgverzekeraar bevestigd die een groot aandeel heeft in de markt. Verder is rekening gehouden met het includeren van ten minste een grote en kleine zorgverzekeraar. Er is gekozen voor het includeren van Zilveren Kruis, Menzis en DSW.

■ Zorgaanbieders

Per regio zijn bij 2 zorgaanbieders een medewerker zorgbemiddeling en een wijkverpleegkundige geïnterviewd. De zorgaanbieders zijn leden van Actiz of BTN.

■ Verwijzers

Voor de categorie verwijzers zijn revalidatiecentra, huisartsenpraktijken en ziekenhuizen betrokken bij het onderzoek.

- In totaal zijn er 27 interviews afgenomen, in tabel 1 is de verdeling per regio vermeld.

Geïnterviewden per regio	#	Opmerking	Interviewmethode
Medewerker klantbemiddeling zorgverzekeraar	1	1 per regio	Persoonlijk
Medewerker zorgbemiddeling zorgaanbieder	2	Bij 2 verschillende zorgaanbieders	Persoonlijk
Wijkverpleegkundigen in dienst bij zorgaanbieder	2	Bij 2 verschillende zorgaanbieders	Persoonlijk of Telefonisch
Verwijzers (Huisarts/ POH/ transferverpleegkundige/ medewerker zorgbemiddeling revalidatiecentrum)	4	Gesitueerd in de betreffende regio	Persoonlijk of Telefonisch
Totaal:	9		

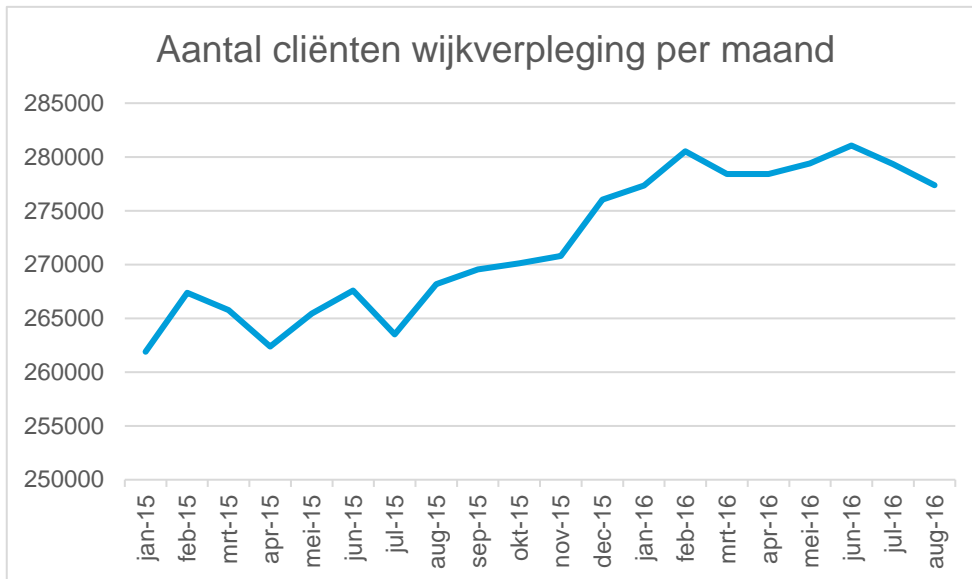
Tabel 1: Overzicht aantal en soort geïnterviewden per regio (Arteria, 2018).

⁵ Rapporten "Keuze en Kwaliteit" (2015) en "Meldactie verpleging en/of verzorging thuis" (2016)

⁶ (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging: Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek, Arteria (2017)

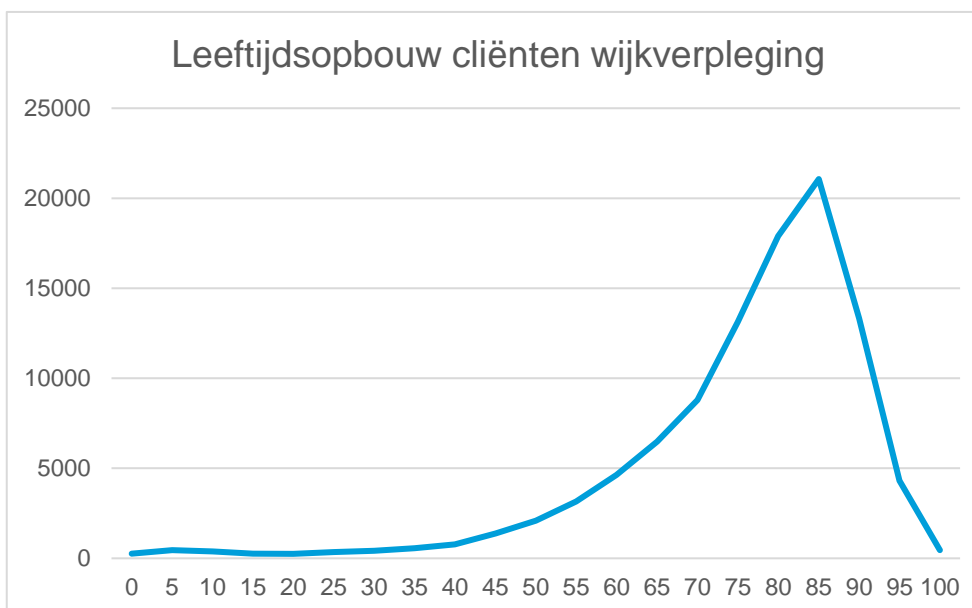
4. Zorgproces Wijkverpleging

Volgens de laatste cijfers van Vektis maakten in augustus 2016 277.00 burgers gebruik van wijkverpleging in Nederland. De groep groeit gestaag, zoals in de grafiek hieronder zichtbaar is.



Grafiek 1: Aantal cliënten wijkverpleging per maand (Vektis, 2017)

De gemiddelde leeftijd van de cliënten is 75 jaar. Het merendeel van de groep, 63% bestaat uit vrouwen⁷. Wanneer we spreken over de doelgroep die wijkverpleging ontvangt, is dit voornamelijk een oudere en kwetsbare groep. Bijna alle cliënten gebruiken medicatie, een hulpmiddel en moeten regelmatig naar het ziekenhuis. De inzet van wijkverpleegkundige zorg is een belangrijke factor om thuis te kunnen blijven wonen.



Grafiek 2: Leeftijdsofbouw (in jaren) cliënten wijkverpleging in 2015 (Vektis, 2017)

⁷ Cijfers afkomstig van Vektis intelligence.

Wanneer een burger constateert dat hij wijkverpleegkundige zorg nodig heeft, kan hij dit direct aanvragen bij een zorgaanbieder in de buurt. Het is ook mogelijk om de zorg aan te vragen in overleg met een instantie. Voorbeelden hiervan zijn de huisarts, de gemeente, cliëntondersteuner, zorgverzekeraar of mogelijk een zorgaanbieder waar al contact mee is in verband met een andere hulpvraag (revalidatiecentrum, ziekenhuis, thuiszorgorganisatie).

De zorgaanvraag wordt ingediend bij een zorgaanbieder die wijkverpleging biedt en hierop volgt een gesprek waarin de zorgvraag wordt vastgesteld door een wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige stelt in overleg met de cliënt en het netwerk de zorgbehoefte vast en geeft hiervoor een indicatie af. Verder ontvangt de cliënt basale informatie die aan de directe zorg is gelinkt, zoals verzorgingstijden, contactgegevens, noodnummer, etc.

Procesflow aanvraag wijkverpleging



Figuur 2: Procesflow aanvraag wijkverpleegkundige zorg (Arteria, 2017)

Bij de indicatiestelling wordt gevraagd naar de zorgbehoefte van de cliënt. Hierop wordt gekeken op welke manier deze behoefte vervuld kan worden en welke partijen daarvoor betrokken dienen te worden. Doel hierbij is de cliënt zo zelfredzaam mogelijk te houden en naast de inzet van wijkverpleegkundige zorg te kijken naar de mogelijkheden in het netwerk van de cliënt en mogelijke inzet van andere zorg. Voorbeelden hiervan zijn voorzieningen vanuit de gemeente, dagbesteding of fysiotherapie.

5. Cliënt perspectief

5.1. Aanvraag van wijkverpleegkundige zorg

Van de cliënten die wijkverpleegkundige zorg hebben aangevraagd, woonde op dat moment 53% thuis en kwam 41% uit het ziekenhuis of revalidatiecentrum. De overige 6% bevond zich in een andere woonvorm. Dit komt naar voren uit een onderzoek van de Patiëntenfederatie Nederland (PFN) uit 2016 onder 177 respondenten.

De eerste professional met wie een burger besproken heeft dat het thuis niet meer goed gaat is in 38% van de gevallen een medisch specialist of andere medewerker van het ziekenhuis. Daarna volgt met 19% de huisarts en met 11% de medewerker van de thuiszorg. Overige professionals die in het onderzoek genoemd worden zijn casemanagers of medewerkers van de gemeente. Zie hiervoor de onderstaande grafiek.



Figuur 3: Eerste professional voor wijkverpleegkundige aanvraag (PFN, 2016).

In 69% van de gevallen heeft de professional uit bovenstaand figuur de wijkverpleegkundige zorg aangevraagd. In 17% van de gevallen kon deze professional de zorg niet regelen. Dit betrof voornamelijk professionals vanuit de gemeente. De overige 14% van de respondenten weet niet of de genoemde professional de zorg heeft aangevraagd.

5.2. Keuze in wijkverpleegkundige zorg

In hetzelfde onderzoek is vervolgens gevraagd of de respondenten meerdere zorgaanbieders met elkaar hebben vergeleken. Het overgrote deel van de respondenten (82%), geeft aan geen zorgaanbieders met elkaar te hebben vergeleken. Van de overige respondenten geeft 14% aan wel zorgaanbieders te hebben vergeleken en 4% weet dit niet meer.

De respondenten die wel zorgaanbieders vergeleken hebben, geven aan het meest te letten op ervaring van andere cliënten met de organisatie bij het maken van een keuze (42%), gevolgd door de tijden waarop de zorg geleverd kan worden (38%). Bij 'anders, namelijk' worden voornamelijk de kosten van de zorg genoemd en de locatie van de organisatie.



Figuur 4: Keuzefactoren voor keuze zorgaanbieder (PFN, 2016).

5.3. Aspecten van kwaliteit van zorg

In een ander onderzoek van de PFN (2015), waarbij 152 interviews zijn afgenomen, is uitvraag gedaan hoe de geleverde zorg bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Het grootste deel van de respondenten geeft aan dat ze het belangrijk vinden dat door middel van de zorg die zij ontvangen ze zelf nog bepaalde activiteiten kunnen blijven uitvoeren. Dit betekent voor de een dat hij zelf boodschappen kan blijven doen, en voor de ander dat hij de trein kan pakken om een museum te bezoeken.

Belangrijk voor de cliënten is dat de zorg op gezette tijden wordt geleverd. Het maken en nakomen van afspraken is hierbij essentieel. Een ander kwaliteitsaspect wat van belang wordt geacht is het hebben van een vast team zorgverleners dat langs komt. Een vast team zorgt voor een vertrouwensband en een goede omgang. Woorden die hiervoor gebruikt worden zijn klik, aanvoelen, zorgzaam en toewijding. De cliënten verkeren in een kwetsbare situatie, waarbij vertrouwen nodig is. Dit kan alleen gerealiseerd worden als er een vaste groep medewerkers de zorg verleent. De grootte van de groep is minder belangrijk. Zowel de gezette tijden, als een vast team zijn keuzefactoren die in het onderzoek van PFN (2016) en Arteria (2017) werden genoemd als indicatoren voor goede zorg.

Wat in het onderzoek van PFN (2015) verder als cruciale kwaliteitsaspecten van zorg gelden, zijn signalering en deskundigheid. Deskundigheid gaat over het totaalbeeld van kennis, handelingen. De signalering dient volgens de cliënten verder te gaan dan 'zien' dat er iets anders is. Het gaat om het herkennen van veranderingen, en het ondernemen van actie indien dit noodzakelijk is.

Over het belang van andere kwaliteitsaspecten van zorg, zoals informatieverstrekking, samenwerking tussen professionals en bevordering van zelfredzaamheid, zijn cliënten meer verdeeld. Maar over het algemeen vonden de cliënten deze aspecten minder belangrijk.

Alhoewel de insteek van het onderzoek van PFN (2015) niet was om vast te stellen waarop keuzes van cliënten voor zorgaanbieders worden gebaseerd, geeft het wel weer wat cliënten tijdens de zorg belangrijk vinden. Het kan hiermee mensen die een keuze voor een zorgaanbieder gaan maken wel handvatten bieden waarop zij hun keuze kunnen baseren.

5.4. Beperkingen in keuzevrijheid

Aanmeldingen komen bij zorgaanbieders binnen via zorgprofessionals of de cliënt/zijn naasten. Op het moment van aanmelden wordt een inschatting van de zorg gemaakt en bekeken of deze zorg geleverd kan worden. Hierop volgt een indicatiestelling en intakegesprek. Dit gesprek vindt plaats tussen een wijkverpleegkundige, de cliënt en zijn eventuele naasten. Dit leidt tot de inzet van zorg. Volgens zorgaanbieders geïnterviewd door Arteria (2017)⁸ is het gangbaar dat de cliënt daarmee ook in zorg komt bij de zorgaanbieder die de indicatiestelling heeft gedaan. Des te meer doordat veelal de procedure middels een spoedaanmelding verloopt, waarbij direct leveren van zorg noodzakelijk is en de administratieve handelingen later volgen. Bij spoed is beschikbaarheid op korte termijn een extra aandachtspunt. Niet alle zorgaanbieders kunnen direct zorg leveren en de keuze voor een zorgaanbieder is daarmee veelal gebaseerd op beschikbaarheid. Dit draagt, ondanks goede intenties en noodzakelijkheid, bij aan een beperking van keuzevrijheid voor de cliënt.

Bij zorglevering op korte termijn is beschikbaarheid van zorgverleners belangrijk. Dit kan keuzevrijheid in de weg staan op het moment dat niet alle zorgaanbieders in de omgeving verpleegkundigen beschikbaar hebben. Het tekort aan personeel speelt hierbij een rol, dit is een breed gedragen probleem binnen de zorg.

Naast personele problematiek, kunnen financiën de oorzaak zijn dat er geen zorg geleverd wordt. Eind 2016 hebben verschillende zorgaanbieders de noodklok geluid en aangegeven geen cliënten meer aan te nemen.⁹ De met de zorgverzekeraar overeengekomen budgetten waren niet meer toereikend, waardoor zij de geleverde zorg niet meer vergoed dreigden te krijgen. Dit werkt beperkend op de keuzevrijheid van de cliënt en was een van de redenen om dit huidige onderzoek uit te voeren. Uit onderzoek van PFN (2016) komt naar voren dat 12 van de 177 respondenten die sinds 2015 wijkverpleging ontvangen te maken hebben gehad met een cliëntenstop. Dit was voor de zorgaanbieder reden om hen niet in zorg te nemen. Er is in het onderzoek niet uitgevraagd of deze stop financiële of personele gronden had.

Budgetplafond

Voor de wijkverpleegkundige zorg is een macrokader opgesteld. In 2018 betreft dit ruim 3,7 miljard euro. Om de uitgaven te beheersen maken zorgverzekeraars afspraken met gecontracteerde zorgaanbieders over omzet- en budgetplafonds. Dit zijn afspraken over maximale vergoedingen die aan de zorgaanbieder worden uitbetaald. Naast deze plafonds, worden afspraken gemaakt over de consequenties bij een dreigende overschrijding van de plafonds. Zorgaanbieders dienen bijvoorbeeld een melding te maken bij het bereiken van 70% van het plafond of de overeengekomen tarieven worden aangepast. Ook kan een doorleverplicht van zorg gevraagd aan de zorgaanbieders.

⁸ (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging: Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek, Arteria (2017)

⁹ Zorgen Actiz over budget en volume wijkverpleging, Actiz 2016

Wanneer een verwijzer betrokken is bij de aanmelding dient deze goed op de hoogte te zijn van het zorgaanbod in de omgeving van de cliënt. Op die manier kan er, in samenspraak met de cliënt, gekeken worden welke zorgaanbieders beschikbaar zijn en welke type zorg zij leveren. Naast kennis van het aanbod, is een goede samenwerking tussen de verschillende zorgprofessionals helpend. Uit onderzoek van Nivel (2017)¹⁰ blijkt dat de ervaringen met samenwerking tussen de wijkverpleging en huisartsen veelal positief zijn. De samenwerking met wijkteams en de gemeente wordt door wijkverpleegkundigen verschillend beoordeeld. In sommige gemeenten vraagt dit nog om aandacht, terwijl op andere plekken de professionals elkaar goed weten te vinden. In hoeverre dit invloed heeft op de keuzevrijheid van de cliënt is niet te zeggen.

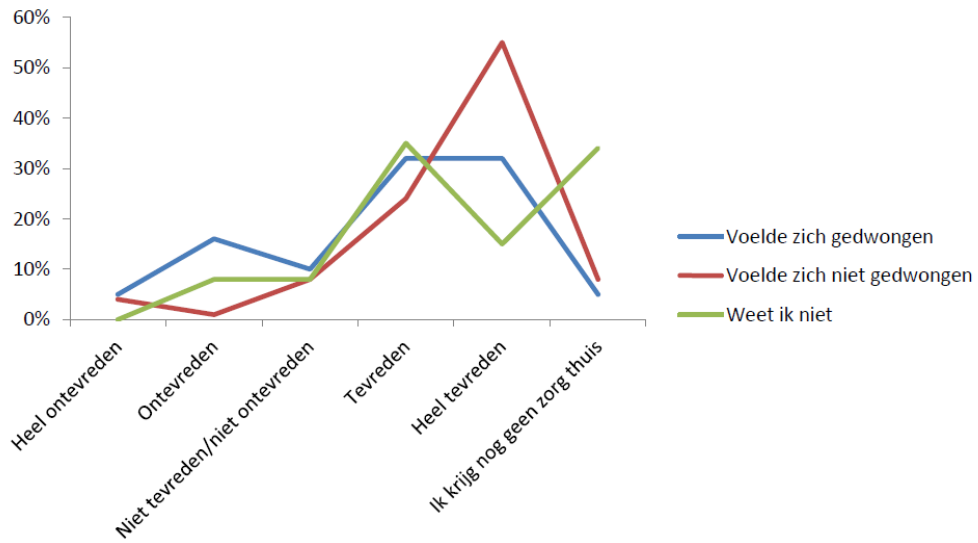
5.5. Cliënt tevredenheid

In het onderzoek van het Nivel (2017)⁹ geeft een hoog percentage cliënten aan tevreden te zijn over de wijkverpleegkundige zorg die zij ontvangen (93%). Hierbij wordt aangegeven dat de zorgprofessional goed op de hoogte is van de situatie van de cliënt en zich goed in kan leven in de cliënt. Als gemiddeld cijfer krijgen de zorgprofessionals in de wijkverpleging die bij de cliënten zorg leveren een 8.3. De meeste cliënten zouden hun zorgaanbieder aanbevelen aan bekenden.

Wanneer het aankomt op verbeterpunten worden ook in dit onderzoek dezelfde punten aangehaald die eerder van belang zijn genoemd (onderzoek van PFN 2016 is meegenomen in hun resultaten). 'Zorg op gezette tijden' en 'een vast team', zijn verbeterpunten die genoemd worden. Andere aandachtspunten die worden genoemd zijn 'meer tijd' en 'informereren'. Bijvoorbeeld het informeren van de cliënt wanneer de zorgprofessional niet op de afgesproken tijd langs kan komen.

In het onderzoek van PFN (2016) is aandacht voor de tevredenheid van de cliënten over de wijkverpleegkundige zorg die zij ontvangen. Hieruit blijkt dat het merendeel tevreden of heel tevreden is over de zorg die geleverd wordt (82%). Opvallend is dat onder de groep die niet tevreden is een groter aandeel cliënten bevindt die zich gedwongen voelde in hun keuze voor een zorgaanbieder. Citaten die het rapport hierbij geeft om een beeld te geven zijn bijvoorbeeld; *"Er werd gewoon medegedeeld welke organisatie zou komen, zonder enige inspraak"* en *"omdat er geen keuze mogelijk was, omdat moeder uit het ziekenhuis werd ontslagen."*

¹⁰ Evaluatie van de wijkverpleging (Nivel, 2017)



Figuur 3: Verhouding tevredenheid en gevoel van keuzevrijheid (bron: PFN, 2016)

De weergegeven redenen voor onvrede bij cliënten in het onderzoek, hebben voornamelijk betrekking op het tijdstip dat de zorgaanbieder zorgt levert. Er kan geen tijd worden afgesproken, of de afgesproken tijd wordt niet nagekomen. Andere antwoorden hebben betrekking op de verscheidenheid van zorgprofessionals die bij de cliënten thuis komt.

6. Regionale zorgketens

Het zorgproces en de knelpunten die benoemd zijn, zijn per geselecteerde regio uiteengezet. Per regio zijn verwijzers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gesproken. De gehele keten rondom de cliënt is meegenomen en uit de gehele cliëntenreis zijn knelpunten verzameld. De gekozen regio's bieden een diversiteit in stedelijkheid, ervaren problematiek rondom het zorgproces en verschillende marktleidende zorgverzekeraars. Op deze manier worden het zorgproces, de cliëntenreis en mogelijke knelpunten per regio vanuit verschillende invalshoeken belicht.

Per regio is een aantal kerngetallen meegegeven. Om deze af te zetten tegen het gemiddelde van Nederland, zijn hieronder de cijfers voor heel Nederland op een rij gezet.

Nederland: Een aantal cijfers op een rij (2016)¹¹.

- 17,02 miljoen inwoners (CBS)
- 311 per 10.000 verzekerden ontvangt wijkverpleging
- Kosten per verzekerde toebedeeld aan wijkverpleging zijn gemiddeld €191,- per jaar
- Kosten per cliënt in de wijkverpleging zijn gemiddeld €6000,- euro per jaar
- 80% van de wijkverpleegkundige zorg in de Zvw wordt in Nederland door 915 zorgaanbieders geleverd

De beschreven bevindingen van verwijzers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn indicatief en kunnen niet breder getrokken worden als geldend in heel Nederland. De antwoorden zijn door individuele zorgprofessionals opgetekend en anoniem verwerkt. De knelpunten bieden een eerste inzicht in knelpunten die mogelijk op landelijk niveau van invloed zijn op keuzevrijheid in de wijkverpleging en de mogelijke oorzaken van deze knelpunten.

6.1. Hilversum

Gemeente Hilversum: Een aantal cijfers op een rij (2016)¹².

- 89.549 inwoners (CBS)
- 274 per 10.000 verzekerden ontvangt Wijkverpleging
- Totaal cliënten is: 2.418
- Kosten per verzekerde toebedeeld aan wijkverpleging zijn gemiddeld €165,- per jaar
- 80% van de wijkverpleegkundige zorg in de Zvw wordt door 6 zorgaanbieders geleverd.

De cijfers van gemeente Hilversum liggen onder het landelijk gemiddelde. Volgens een zorgaanbieder zijn in regio Hilversum grote verschillen in sociaal economische status (SES) zichtbaar. Volgens cijfers van een gemeente Dashboard¹³ heeft Hilversum in vergelijking met het gemiddelde van Nederland een grotere groep met hogere SES. Of deze groep minder gebruik maakt van voorzieningen is niet vast te stellen. Maar zorgverleners geven aan dat deze groep wel vaak meer mogelijkheden heeft om zelf te voorzien in extra ondersteuning, naast de zorg die de zorgaanbieders leveren.

¹¹ Cijfers van Vektis; zorgprismapubliek.nl

¹² Cijfers van Vektis; zorgprismapubliek.nl

¹³ waarstaatjegemeente.nl (dashboard Hilversum)

Verwijzers

Voor verwijzers in de regio Hilversum is het lastig cliënten te verwijzen naar wijkverpleegkundige zorg. Zorgaanbieders nemen geen cliënten aan omdat zij vol zitten en door gebrek aan informatie van en over zorgaanbieders is de sector onoverzichtelijk. Inzicht in het hele zorgnetwerk ontbreekt.

Transferverpleegkundigen bespreken met de cliënt welke zorg er thuis nodig is en welke zorgaanbieder hun voorkeur heeft voor het leveren van de zorg. Hierbij worden verwachtingen direct gemanaged. Niet alle zorgaanbieders in de regio bieden namelijk alle typen zorg en niet alle zorgaanbieders hebben ruimte om nieuwe cliënten op te nemen. Dit laatste is het grootste ervaren knelpunt volgens de transferverpleegkundige. Doordat het vinden van zorg langer duurt, kan het zijn dat cliënten langer in het ziekenhuis blijven liggen. De zorg die in de thuissituatie geleverd moet worden, wordt volgens hen ook steeds complexer. Dit drukt op de beschikbaarheid van wijkverpleegkundige zorg, omdat er meer uren per cliënt besteed moeten worden.

In de regio zijn er veel zorgaanbieders actief. Door gebrek aan goede informatie over kwaliteit en beschikbaarheid van en over zorgaanbieders maakt dit de zorgketen niet altijd even overzichtelijk. Verwijzers kunnen zich voorstellen dat dit het moeilijk maakt voor cliënten om een keuze te maken voor een zorgaanbieder. Huisartsen hebben met een aantal eerstelijnsparitijen samenwerkingsverbanden opgezet. Op deze manier is snel schakelen en overleggen mogelijk. *Voor betrokken partijen is dit een flinke investering geweest, “maar nu probeer je met elkaar de zorg rond te krijgen.”*

Zorgaanbieders

De geïnterviewde zorgaanbieders kampen allemaal met een groot tekort aan wijkverpleegkundigen. Volgens de wijkverpleegkundigen is door het tekort de werkdruk hoog en de routes lang.

In de regio Hilversum is een grote diversiteit aan sociale klassen¹⁴. In de zorg is dit merkbaar in de bekwaamheid en behoefte om mee te denken in het zorgproces. Zorgaanbieders merken dit al bij aanmeldingen die zij ontvangen. In alle wijken worden cliënten voornamelijk door huisartsen aangemeld. Maar in de wijken met inwoners met een hogere SES is het aandeel cliënten die zelf aangeeft een zorgvraag te hebben wel groter dan in wijken met inwoners met een lage SES.

Hoge SES cliënten maken vaker zelf een keuze voor een zorgaanbieder. Deze keuze is volgens de zorgaanbieders vaak gebaseerd op mond-tot-mond reclame, eerdere eigen ervaringen met een zorgaanbieder of op een lidmaatschap die een cliënt heeft bij een zorgaanbieder. Wanneer een aanmelding via een verwijzer binnen komt, is dit volgens de zorgaanbieders vaak gebaseerd op de ervaringen van de verwijzer met de betreffende zorgaanbieder.

Een aantal zorgaanbieders heeft hun budgetplafond vorig jaar overschreden. Een zorgaanbieder geeft aan soms te sturen op het onderbrengen van een nieuwe cliënt bij een andere zorgaanbieder, *“maar een cliënt mag nooit zonder zorg zitten door een financiële drempel.”* Een andere zorgaanbieder geeft aan dat er met de zorgverzekeraar een oplossing is gevonden voor de overschrijding. Een zorgaanbieder die geen problemen heeft gehad met een plafond, geeft aan dat het tekort aan personeel eerder een reden zou zijn om geen zorg meer te leveren. In de gehele regio is het personeelstekort een groot probleem. Personeel wordt soms zelfs weggekocht door de concurrentie. Er is met name een tekort aan verpleegkundigen niveau 4 en

¹⁴ Waarstaatjegemeente.nl (dashboard Hilversum)

5. Dit zorgt ervoor dat teams niet altijd op volle sterkte zijn, waardoor er, zeker bij complexe zorgvragen, gekeken moet worden of deze zorg geleverd kan worden. De wijkverpleegkundigen geven aan dat de zorg wel eens lijdt onder het personeelstekort. Zo kan zorg niet geleverd worden op voorkeurstijden en wordt er gehaaster gewerkt. Door het tekort aan personeel wordt bovendien gewerkt met flex-medewerkers. Dit zorgt ervoor dat meer verschillende gezichten bij de cliënt komen dan wijkverpleegkundigen wenselijk achten.

Zorgverzekeraar

In juli 2017 is voor de regio Hilversum bij Zilveren Kruis gemeld dat geen van de zorgaanbieders capaciteit heeft om de benodigde zorg te leveren. Reden hiervoor is het personeelstekort, waar veel zorgaanbieders mee te kampen hebben. Vanaf dat moment is er veel afstemming en bemiddeling in de regio geweest. Ook in andere regio's in Nederland zorgt het tekort aan personeel ervoor dat het aannemen van nieuwe cliënten lastig is. Hierdoor is kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder vaak niet aan de orde, maar is het überhaupt leveren van zorg aan de cliënt het eerste doel.

Door de grote hoeveelheid vragen rondom wijkverpleging heeft de Zilveren Kruis sinds een half jaar een zorgcoach die zich enkel bezig houdt met bemiddeling in de wijkverpleging. *“Wij zijn als zorgcoach de stem van de klant, binnen onze organisatie. Dit betekent dat de casuïstiek die wij tegenkomen, de knelpunten in de praktijk blootlegt. Door deze knelpunten naar de afdelingen beleid en inkoop te communiceren, worden ze meegenomen om zo verbeteringen door te voeren.”*

Naast het personeelstekort kunnen budgetplafonds een belemmering vormen in het aannemen van nieuwe cliënten. Zorgaanbieders dienen tijdig bij de zorgverzekeraar aan te geven wanneer zij hun budgetplafond dreigen te bereiken. Zo kan in samenspraak met zorginkoop naar een oplossing worden gezocht. In regio's waarbij bekend is dat de vraag groot is, is het aanpassen van het plafond veelal geen probleem. Zorgaanbieders zonder contract in regio's waar een grote vraag is aan wijkverpleegkundige zorg kunnen met zorginkoop onderhandelen over een contract. *“De afstemming met de afdeling zorginkoop is belangrijk. Alleen door signalen aan ons door te geven, kunnen wij beoordelen of er voldoende zorg is ingekocht.”* Dergelijke casuïstiek wordt door de zorgcoaches intern doorgezet. Zo wordt voorkomen dat de zorgbehoevenden de dupe wordt van beleid. Er wordt geprobeerd een zo passend mogelijke oplossing te vinden. Wanneer een cliënt zorg wordt geweigerd, dient een zorgaanbieder altijd een weigerprocedure bij de zorgverzekeraar te doorlopen. Hierin wordt de weigering met argumentatie gemeld aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar probeert dan met de zorgaanbieder tot een oplossing te komen. Hierbij wordt de zorgaanbieder altijd gewezen op zijn acceptatieplicht en zorgplicht.

6.2. Rotterdam

Gemeente Rotterdam: Een aantal cijfers op een rij (2016) ¹⁵.

- 638.179 inwoners (CBS)
- 295 per 10.000 verzekerden ontvangt Wijkverpleging
- Totaal cliënten is: 18.502
- Kosten per verzekerde toebedeeld aan wijkverpleging zijn gemiddeld € 210,- per jaar
- 80% van de wijkverpleegkundige zorg in de Zvw wordt door 9 zorgaanbieders geleverd ⁶

¹⁵ Cijfers van Vektis; zorgprismaopenbaar.nl

Rotterdam is meegenomen in het onderzoek om het includeren van een hoog stedelijk gebied. De cijfers van Rotterdam komen redelijk overeen met de gemiddelden van Nederland. De grijze druk (verhouding tussen aantal 65+ en aantal 20-64 jarigen) is in Rotterdam lager dan het gemiddelde in Nederland¹⁶. Hierdoor zou een lager aantal zorgbehoefte mogelijk lijken. Echter heeft Rotterdam te maken met een grote groep inwoners met een lage SES en een allochtone achtergrond. Deze groepen hebben gemiddeld genomen een slechtere gezondheid.

Verwijzers

Verwijzers in Rotterdam hebben een groot aanbod van zorgaanbieders om uit te kiezen; er zijn 80 zorgaanbieders die wijkverpleegkundige zorg bieden in de stad. Dit maakt het lastig het volledige zorgaanbod in beeld te krijgen. Daarnaast leveren alle zorgaanbieders verschillende pakketten van zorg, wat correct verwijzen nog ingewikkelder maakt. Ondanks het grote aanbod is vinden van een zorgaanbieder voor een cliënt lastig en kunnen cliënten vaak niet bij hun voorkeursaanbieder terecht.

Veel zorgaanbieders proberen korte lijnen te onderhouden met de huisartsen, maar voor de huisartsen is het lastig met alle partijen het contact warm te houden. In een aantal wijken zijn wijkmanagers aangesteld door de huisartsen. Aan hen de taak om in een desbetreffende wijk huisartsen te ondersteunen bij het organiseren van gestructureerde, wijkgerichte zorg binnen een netwerk van zorgprofessionals. Dat dit de keuzevrijheid voor de cliënt inperkt is volgens de wijkmanager niet het geval, want *“de cliënt staat altijd centraal in het maken van een keuze. Maar als je zorg nodig hebt, moet je wel bekend zijn in het aanbod en dat zijn veel mensen niet. Mensen leunen daarom vaak toch op de huisarts.”*

Een uitzondering hierop is de mond-tot-mond reclame. Wanneer een cliënt een zorgaanbieder kent en zorg wil ontvangen van deze partij, wordt deze altijd als eerste benaderd. De transferverpleegkundige beaamt dit, echter is het vaak zo dat beschikbaarheid bepalend is. *“De buitenwereld is op slot, dus meestal geldt, waar plaats is, is plaats.”* Het afstemmen van een geschikte zorgaanbieder gebeurt vaak in samenspraak met de arts. Zeker wanneer er over een voorkeursaanbieder van de patiënt twijfels bestaan over het niveau van de geleverde zorg. Dit is met name in geval van specifieke medische handelingen nodig. *“Er zijn soms maar een paar partijen in de regio die een bepaalde handeling op een hoog niveau aanbieden, wij willen de patiënt hier in ieder geval over informeren.”*

De transferverpleegkundigen merken ook dat er veel (kleine) zorgaanbieders zijn in de regio. Het voordeel hiervan is een groot aanbod, nadeel is dat niet van alle zorgaanbieders inzicht is in de kwaliteit van de zorg. Soms zijn de transferverpleegkundigen genoodzaakt uit te wijken naar deze voor hen onbekende partijen. Patiënten kunnen niet onnodig een bed bij hen bezet houden. Niet alle cliënten zijn blij met een onbekende zorgaanbieder. *“Maar wanneer er een keuze gemaakt moet worden tussen uit bed gehaald worden bij een bekende zorgaanbieder om 12 uur, of bij een onbekende om 9 uur zijn ze vaak wel bereid deze zorgaanbieder een kans te geven.”*

Zorgaanbieders

Dat er krapte is in de wijkverpleegkundige zorg beaamt alle zorgaanbieders. Er is een groot tekort aan personeel, waardoor het lastig is in alle zorgbehoeften te voorzien. Met name cliënten met een complexe zorgvraag en cliënten woonachtig in buitengebieden zullen hierdoor een langere zoektocht ervaren.

Net als de eerdergenoemde wijkmanagers, is er eerder een pilot geweest met zichtbare schakels. Hier werden wijkverpleegkundigen als ‘spil in de wijk’ ingezet. Deze

¹⁶ Gezondheid in kaart 2014 – Rotterdam in cijfers

wijkverpleegkundigen waren niet aan een zorgaanbieder verbonden, wat de objectiviteit bij het aanvragen van zorg groter maakte, volgens een klantadviseur. Zo wordt onafhankelijk inzichtelijk gemaakt welke keuzes de cliënt kan maken. Dit zorgt voor een goede toegankelijkheid van zorg. *“Dit betekent niet dat het huidige indiceren niet goed gaat, maar wel dat afstemming tussen zorgaanbieders minder vanzelfsprekend is.”* Een klantadviseur van een andere organisatie is van mening dat er geen beperking is in objectiviteit. *“De lijnen zijn nu ontzettend kort, waardoor er snel gehandeld wordt en de cliënt snel zorg krijgt.”* Wanneer een zorgaanbieder de gevraagde zorg niet kan leveren, zal er toch uitgeweken worden naar een andere zorgaanbieder die de zorg wel kan leveren.

Het indiceren zorgt ervoor dat wijkverpleegkundigen meer tijd kwijt zijn aan administratieve handelingen. De wijkverpleegkundigen zou het indiceren niet op willen geven, maar een eenvoudiger proces zou de werkbaarheid wel ten goede komen. Dit geldt niet alleen voor het indiceren. Ook in het zorgproces dient erg veel verantwoord te worden en kost de registratie tijd. Dit gaat ten koste van zorg verlenen.

Routes zitten erg vol en ook al is het beleid om elke cliënt aan te nemen, is dit in de praktijk lastig. Wel wordt er altijd meegekeken in het bieden van een oplossing. Cliënten leveren volgens wijkverpleegkundigen in op keuzevrijheid bij zowel de keuze voor een zorgaanbieder, als de keuze voor de tijd van het zorgmoment.

Zorgverzekeraar

DSW vermoedt dat verzekerden hun keuze voor een zorgaanbieder voornamelijk maken op basis van naamsbekendheid. Echter merken zij dat met de huidige schaarste op de markt verzekerden minder kritisch zijn en het voornamelijk erg fijn vinden wanneer er zorg geleverd kan worden. *“Wij spreken cliënten vaak op het moment dat zij zelf al alles hebben geprobeerd. Zij willen alleen nog maar dat er een oplossing wordt gevonden.”*

De schaarste is volgens DSW geen gevolg van budgetplafonds, hierover zijn bij hen geen meldingen binnen gekomen van zorgaanbieders. Het personeelstekort bij zorgaanbieders is het grootste knelpunt in de wijkverpleging, waardoor mensen niet alle vrijheid hebben voor de keuze van een zorgaanbieder. DSW vindt keuzevrijheid voor de cliënt erg belangrijk. Zij voelen zich daarmee mede verantwoordelijk voor het vervullen van de zorgvraag van de cliënt. *“We noemen de doorleverplicht naar zorgaanbieders die we spreken, maar voelen ons zelf mede verantwoordelijk voor onze verzekerden. In onze regiogebieden merken we dat een samenwerking met zorgaanbieders via kortere lijnen loopt dan in regio's waar wij minder verzekerden hebben.”* Dit heeft niet direct invloed op de keuzevrijheid van de zorg, maar maakt wel dat ze voor deze groep soms sneller tot een oplossing komen.

6.3. Almelo

Gemeente Almelo: Een aantal cijfers op een rij (2016)¹⁷.

- 72.594 inwoners (CBS)
- 453 per 10.000 verzekerden ontvangt Wijkverpleging in Almelo
- Totaal cliënten is: 3.271
- Kosten per verzekerde toebedeeld aan wijkverpleging zijn gemiddeld € 325,- per jaar
- 80% van de wijkverpleegkundige zorg in de Zvw wordt door 11 zorgaanbieders geleverd⁶.

¹⁷ Cijfers van Vektis; zorgprismaopenbaar.nl

De cijfers van gemeente Almelo wijken behoorlijk af van het landelijk gemiddelde. Wanneer gekeken wordt naar de gezondheid van de gemeente draagt dit mogelijk bij aan een verklaring. Volgens een gezondheidsverkenning, uitgevoerd door de GGD¹⁸ heeft Almelo in vergelijking met Nederland een relatief hoog percentage lager opgeleiden. Dit gaat gepaard met een slechtere gezondheid blijkt uit de verkenning. Hierdoor zijn er meer chronisch zieken en worden de inwoners van Almelo ten opzichte van het landelijk gemiddelde minder oud. Almelo en de gehele regio Twente vergrijst sneller dan het Nederlandse gemiddelde, waardoor het percentage ouderen hoger ligt dan in andere regio's.

Verwijzers

Verwijzers kunnen in de regio Almelo ervaren geen problemen bij het verwijzen van cliënten naar wijkverpleegkundige zorg. Wanneer zorg niet geleverd kan worden heeft dit voornamelijk te maken met het gebrek aan expertise en niet met gebrek aan personeel.

De samenwerking met zorgaanbieders in de regio is goed georganiseerd, vooral de grote zorgaanbieders in de regio worden aangemerkt als samenwerkingspartner. Er zijn veel regionale overlegmogelijkheden en de lijnen zijn kort.

Een POH (Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg) heeft alle ouderen van de praktijk in kaart gebracht en monitort hun welzijn. De samenwerking met zorgaanbieders is hierin belangrijk, met name de klantadviseurs worden gevonden als sparringpartner. Er worden geen problemen ervaren met het aanvragen van zorg voor cliënten, *"Ik kom geen 'nee' tegen in de regio."* Ook de transferverpleegkundige geeft aan geen problemen met verwijzen te ervaren. In samenspraak met de cliënt (en diens naasten) wordt een voorkeursaanbieder geselecteerd. De zorg kan bijna altijd door deze zorgaanbieder worden geleverd. Er is geen zicht op eventuele onderlinge overdracht van zorgvragen tussen zorgaanbieders. De transferverpleegkundige ziet dit ook niet als verantwoording van het ziekenhuis.

Er wordt door de zorgaanbieders in kleine zorgteams gewerkt, waardoor de cliënt zo min mogelijk verschillende gezichten ziet. Wel is hierdoor een groot verschil van expertise per team zichtbaar. Waar het ene team de zorgvraag direct zelf op kan pakken, geeft een ander team aan dit niet zelf te kunnen. De cliënt zelf merkt hier weinig van, omdat altijd wel een oplossing wordt gevonden. Voor de verwijzer maakt dit het lastiger om cliënten direct goed te plaatsen.

De cliënt geeft volgens de verwijzer weinig sturing in het keuzeprocess, *"De cliënt hoopt vooral dat je meehelpt de juiste zorg te regelen."* Volgens alle verwijzers speelt de mentaliteit van de mensen in de regio mee. Veel mensen respecteren de meningen van artsen en vertrouwen op hun expertise. Daarnaast is er een groep die geen inzicht heeft hoe de zorg geregeld dient te worden, bijvoorbeeld oudere allochtonen. Deze groepen leunen sterk op de hulpverlening.

Zorgaanbieders

Het personeelstekort zorgt er niet voor dat de zorgaanbieders cliënten niet aan kunnen nemen. Wel zorgt de groei van complexe zorgvragen in combinatie met het personeelstekort ervoor dat wijkverpleegkundigen soms creatief moeten zijn in het inpassen van zorgvragen in de routes.

Aanmeldingen komen veelal binnen via de verwijzers in de omgeving. Hierin zit echter direct een verschil tussen de twee geïnterviewde zorgaanbieders. Waar de ene zorgaanbieder als grote partij in de omgeving op het netvlies staat bij veel verwijzers, is dit voor de andere zorgaanbieder een belangrijk aandachtsgebied waar zij op moeten investeren. Zij geven aan dat verwijzers een aantal grote organisaties in de omgeving benaderen en de meldingen bij hen

¹⁸ Twentse gezondheidsverkenning, Almelo (GGD Twente, 2013)

niet doorkomen. Dit komt ook door imagoschade die zij in het verleden hebben opgelopen, maar wat niet van toepassing is geweest op de wijkverpleegkundige zorg.

De klantadviseurs van de grotere zorgaanbieders ondersteunen de verwijzer, cliënt en wijkverpleegkundigen bij het inzetten van de benodigde zorg. Zo leggen zij huisbezoeken af, vragen zij WMO voorzieningen aan en zoeken zij naar passende zorg voor de cliënt wanneer zij dit als organisatie zelf niet kunnen bieden. Hierin zien zij een toename aan complexiteit van hulpvragen.

Door een tekort aan personeel is het lastig om aan alle vraag te voldoen, maar het beleid is om zorg altijd aan te nemen. Wanneer het wijkteam de vraag niet kan vervullen, kan worden uitgeweken naar andere teams binnen de organisatie. De kleinere zorgaanbieder ervaart geen problemen met personeelstekort en kan alle vragen aannemen.

Beide organisaties maken vooraf wel een inschatting van de complexiteit van de zorgvraag en beoordelen of hiervoor de juiste expertise binnen het team aanwezig is. Wanneer de zorgvraag complex is wordt een specialistisch team ingezet. De ene zorgaanbieder heeft deze binnen de organisatie, de ander is deze aan het opzetten. Hierdoor kunnen zij momenteel nog niet aan deze vraag voldoen. Het vermoeden is dat andere zorgaanbieders in de regio complexe vragen uit de weg gaan. Niet omdat zij de zorg niet kunnen leveren, maar omdat zij deze niet willen leveren in verband met de druk op het budgetplafond. De organisaties ervaren zelf geen problemen met plafonds. *‘Er is in de media een beeld geschetst van een probleem, waar wij ons niet in kunnen vinden’.* Wel geeft de kleinere zorgaanbieder aan het vreemd te vinden dat het slechts een aantal zorgaanbieders lukt goede afspraken te maken wanneer het plafond is bereikt. *“Zeker wanneer er in de regio zorgaanbieders zijn die nog niet aan hun plafond zitten is het vreemd dat andere al de mogelijkheid krijgen hun plafond te verhogen.”*

Voor de spoedaanmeldingen buiten kantooruren en in de weekenden is in de regio met een aantal zorgaanbieders een samenwerkingsverband opgezet. Op deze manier wordt gezorgd voor bereikbaarheid en het inzetten van snelle zorg. Cliënten geven bij de aanvraag een top 3 van voorkeursaanbieders aan en gekeken wordt of deze zorgaanbieder de zorgvraag direct op kan pakken. Het zijn wel meestal de zorgaanbieders die aangesloten zijn bij het samenwerkingsverband die de zorgvraag vervullen.

De ene zorgaanbieder geeft aan zelf veel geïnvesteerd te hebben in samenwerking met verwijzers in de regio, dit zorgt voor korte lijnen en een goede vindbaarheid en samenwerking. De andere zorgaanbieder is hierin aan het investeren. Zij zien hierin op het moment wel een beperking van keuzevrijheid voor de cliënt, omdat verwijzers mogelijk hun eigen voorkeuren laten spreken en cliënt hierdoor geen volledig beeld krijgt van de mogelijkheden aan zorg. *“Lijkt de Twentse mentaliteit te zijn, waarin veel onzorg voor en vertrouwen bij de zorgprofessional gelegd wordt.”*

Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraar Menzis geeft aan dat er dreigingen van cliëntenstops geweest zijn, maar geen enkele zorgaanbieder naar hen heeft uitgesproken geen zorg meer te leveren. Of dit in de praktijk wel gebeurd is, weten zij niet. Gezien het feit dat budgetplafonds wel degelijk zijn overschreden in een aantal gevallen, gaan zij uit dat zorg door geleverd wordt. *“Bij bijvoorbeeld veel nieuwe cliënten of palliatieve zorg of wanneer er in de regio meer tekorten zijn, wordt er gekeken in hoeverre een dreigende overproductie wordt aangevuld. Hierbij wordt ook de doelmatigheid van de zorgaanbieder betrokken.”*

De productexpert wijkverpleging van Menzis geeft aan dat een grote keuze niet persé bijdraagt aan een goede keuzevrijheid voor de cliënt. Een keuze maken op doelmatigheid en kwaliteit is

daarbij wel belangrijk. Het is daarbij aan de zorgverzekeraar hier zijn verzekerde over te informeren.

Cliënten die voor informatie bellen worden middels de zorgvinder begeleid in hun keuze. Meestal bellen cliënten naar de zorgverzekeraar wanneer zij al in zorg zijn. Dit betreft vragen over de zorglevering, de intensiteit, maar soms ook klachten over de zorgaanbieder. Hierin pakt de zorgverzekeraar de bemiddelende rol, echter kunnen zij zorgaanbieders niet sturen in inhoudelijke vraagstukken.

7. Knelpunten voor keuzevrijheid

Met het in kaart brengen van de zorgketen zijn knelpunten naar boven gekomen. Er is met name stil gestaan bij knelpunten die de keuzevrijheid van de cliënt beperken. Dit zijn een drietal knelpunten; arbeidsmarktproblematiek, budgetplafonds en het ontbreken van kennis over en inzicht in zorgaanbod. Daarnaast zijn uit de interviews nog knelpunten naar boven gekomen die niet direct invloed hebben op de keuzevrijheid, maar wel gerelateerd zijn aan de wijkverpleegkundige zorg. Deze knelpunten hebben betrekking op de overgang naar andere financieringsvormen; de Wlz en de WMO. Dit komt in paragraaf 7.4 aan de orde.

7.1. Arbeidsmarktproblematiek

Het tekort aan personeel is het meest genoemde knelpunt in de afgenomen interviews. Dit knelpunt wordt in alle regio's door alle zorgprofessionals genoemd. Zowel de zorgverzekeraars, de verwijzers als de zorgaanbieders zelf, geven aan dat er een groot tekort is aan verpleegkundig en verzorgend personeel. In de regio Almelo wordt het tekort ook benoemd, maar is de situatie niet zo nijpend dat zorgaanvragen niet opgepakt kunnen worden door de voorkeursaanbieder. Verwijzers in de regio Almelo ervaren geen problemen met het aanmelden van cliënten bij zorgaanbieders.

Oorzaak

Er worden meerdere oorzaken aangedragen voor het tekort aan personeel. De vraag naar wijkverpleegkundige zorg groeit, doordat mensen langer thuis blijven wonen. Daarbij zijn de zorgvragen complexer geworden, wat resulteert in zorgmomenten die langer en meermaals per dag geleverd worden.

Een andere oorzaak zijn de administratieve handelingen bij het indiceren. Doordat wijkverpleegkundigen zelf de indicatie op zich nemen, gaat tijd verloren. Dit betekent niet dat wijkverpleegkundigen het zelf indiceren onwenselijk vinden. Het draagt naar hun mening wel bij aan betere afstemming en bijsturing. Echter zou de verantwoording en administratie eenvoudiger kunnen. Dit geldt ook voor de registratie van andere zorgmomenten.

Verder wordt als oorzaak de instroom van nieuwe verpleegkundigen vanuit school genoemd. Deze groep is niet groot genoeg om in de vraag te voorzien. Bovendien is het niveau van afgestudeerden niet dusdanig dat zij direct zelfstandig aan het werk kunnen. Praktijkervaring mist en bovendien ontbreekt een goede bezetting bij de zorgaanbieder om hen goed in te werken.

Gevolg voor zorgproces

De gevolgen zijn in de gehele zorgketen merkbaar. Zo zijn verwijzers langer bezig om een geschikte plek te vinden voor cliënten. Wanneer cliënten opgenomen zijn in het ziekenhuis betekent dit soms een langere opname, omdat de zorg thuis niet geregeld is. Een ander gevolg voor de cliënt is een beperking in de keuze voor een zorgaanbieder. Wanneer cliënten een voorkeursaanbieder aangeven, kunnen zij hier niet altijd terecht. De wijkverpleegkundigen moeten creatieve oplossingen bedenken om cliënten in te kunnen passen in routes en om aan de vraag te kunnen voldoen. Hierbij is het beleid dat er geen cliënten zonder zorg het weekend in gaan en elke zorgvraag opgepakt dient te worden. Aanmeldingen van cliënten die ver buiten de route liggen, of hele complexe zorgvragen hebben zijn het lastigst te plaatsen en te voorzien van zorg.

Zorgaanbieders proberen rekening te houden met de wensen van cliënten voor tijden waarop de zorg wordt geleverd, maar kunnen hier niet altijd aan tegemoet komen. Routes zijn lang, waardoor cliënten soms later zorg krijgen en de kans op uitloop groter is. Wel wordt de groep zorgprofessionals die bij cliënten thuis komt zo klein mogelijk gehouden. Flex-medewerkers worden vaak wijk gebonden ingedeeld, waarmee getracht wordt een grote variatie van zorg professionals bij de cliënten thuis te voorkomen.

Een aantal wijkverpleegkundigen geeft aan dat zij door de hoge werkdruk niet altijd zorg kunnen leveren op de manier waarop ze dat zouden willen. Ze werken vaak gehaast.

Een ander gevolg betreft de hoge uitval onder medewerkers. De hoge werkdruk zorgt ervoor dat medewerkers uitvallen met klachten, waardoor de druk voor de collega's nog hoger wordt.

7.2. Cliëntenstop door budgetplafond

Voorafgaand aan het onderzoek werd door de begeleidingscommissie verondersteld dat budgetplafonds een rol spelen bij de beperking van keuzevrijheid voor cliënten. Daarom is specifiek uitvraag naar gedaan in de afgenomen interviews bij de zorgprofessionals. In de onderzochte regio's wordt dit niet expliciet als knelpunt ervaren.

Een aantal zorgaanbieders in dit onderzoek hebben wel te maken gehad met overschrijdingen van hun budgetplafond. Meestal werd in overleg met de zorgverzekeraars een oplossing gevonden. Hierdoor was het niet nodig een cliëntenstop toe te passen. Wel geeft een zorgaanbieder aan dat zij een kritischer beleid voerden voor het aannemen van nieuwe cliënten van de zorgverzekeraar waarvoor het budgetplafond was bereikt.

De zorgverzekeraars geven aan in overleg met een zorgaanbieder een oplossing te zoeken wanneer er problemen worden ervaren. Zij hebben wel vermoedens dat sommige zorgaanbieders geen zorg leveren op moment dat hun budgetplafond is bereikt, maar ontvangen zelf niet direct deze informatie. Verwijzers hebben wel signalen van cliëntenstops, maar de reden van de stop wordt hen niet altijd duidelijk gemaakt.

Oorzaak

Met de zorgverzekeraars worden afspraken gemaakt over het budget dat elke zorgaanbieder jaarlijks uit kan geven aan het leveren van zorg. Wanneer zorgaanbieders meer zorg leveren en dit budget dreigen te overstijgen dient er overleg plaats te vinden. Vaak zijn er op voorhand al afspraken gemaakt over consequenties voor het overschrijden van het budgetplafond. Zorgaanbieders krijgen hierdoor vaak een deel van de gemaakte kosten niet vergoed van de zorgverzekeraar, voor zorg die wel geleverd is. Het is daarom voor de zorgaanbieder minder aantrekkelijk om cliënten aan te nemen die bij deze zorgverzekeraar zijn verzekerd in zorg te nemen.

Gevolg voor zorgproces

De zorgaanbieders die hun plafond bereiken nemen cliënten niet altijd in zorg en verwijzen hen door naar een andere zorgaanbieder. Hierdoor kan een cliënt soms niet bij zijn voorkeursaanbieder terecht. De zorgaanbieders meegenomen in dit onderzoek geven aan soms wel het vermoeden te hebben dat andere zorgaanbieders in de regio grotere zorgvragen niet aannemen, omdat deze te veel drukken op het budget. Ook zorgverzekeraars geven aan dergelijke signalen te ontvangen. De verwijzers geven aan een langer en moeizamer proces te doorlopen bij complexe zorgvragen. Dit kost de verwijzers extra werk en in geval van opname is het mogelijk dat de cliënt later naar huis kan.

7.3. Ontbreken van inzicht in zorgaanbod

Cliënten hebben in de onderzochte regio's een ruim aanbod aan zorgaanbieders. Zo zijn er in de regio Rotterdam 80 zorgaanbieders die wijkverpleging leveren. Hierbij wordt 80% van de zorg in de regio geleverd door 11 zorgaanbieders. Inzicht in het zorgaanbod ontbreekt, zowel bij cliënten als verwijzers. Wat hierbij meespeelt is dat niet alle zorgaanbieders alle typen zorg verlenen, waardoor het bij complexe zorgvragen om een nog gerichtere zoekactie vraagt.

Oorzaak

Door de vele zorgaanbieders actief in de wijkverpleging is het lastig voor cliënten en verwijzers om overzicht te houden in het zorgaanbod. Er zijn geen centrale aanmeldpunten waar makkelijk informatie vandaan gehaald kan worden.

Gevolg voor het zorgproces

Het zoeken naar een zorgaanbieder vraagt veel tijd van verwijzers en cliënten. Bovendien is er geen centraal punt waarin alle zorgaanbieders vermeld staan met de typen zorg die zij bieden.

In een aantal wijken in de geïnccludeerde regio's zijn kleine zorgnetwerken ontstaan. Hier wordt met een aantal huisartsen en zorgaanbieders samengewerkt om de doorstroom te verbeteren. Zorgaanbieders die niet in zo'n netwerk zijn aangesloten vinden dat dit de keuzevrijheid van de cliënt beperkt, omdat verwijzers daardoor eerder bij de aangesloten zorgaanbieders terecht komen en minder objectief zijn. De cliënt houdt altijd de mogelijkheid zelf te kiezen, maar wanneer de toegankelijkheid voor de zorg beperkt is, zal de cliënt vaak afgaan op het advies van de verwijzer en daarmee het inzicht in het ruimere aanbod missen.

7.4. Andere knelpunten

Uit de interviews van dit onderzoek zijn nog een aantal knelpunten naar voren gekomen. Deze knelpunten hebben niet direct invloed op de keuzevrijheid van de cliënt in de wijkverpleegkundige zorg, maar zijn wel van invloed op de wijkverpleegkundige zorg.

7.4.1. Wachtlijsten verpleeg- en verzorgingshuizen

Wanneer een cliënt meer zorg nodig heeft, wat niet past binnen de kaders van de Zvw, kan een indicatie vanuit de Wlz nodig zijn. Hiermee kan een cliënt op een wachtlijst worden gezet voor een verpleeg- of verzorgingshuis. Deze wachtlijsten zijn veelal lang wat de doorstroom beperkt. Dit verergert de krapte in de wijkverpleegkundige zorg, omdat de zorg daar langer door geleverd wordt.

Oorzaak

Door de wachtlijsten bij verpleeg- en verzorgingshuizen kunnen cliënten die intensievere zorg nodig hebben niet direct worden opgenomen. Hierdoor loopt ter overbrugging de wijkverpleegkundige zorg door. Deze wordt wel vanuit de Wlz gefinancierd.

Gevolg voor zorgproces

De overbruggingszorg verergert de krapte in de wijkverpleegkundige zorg. De doorstroom naar de intramurale zorg stagneert, wat ook een negatieve invloed heeft op de instroom in de wijkverpleging.

7.4.2. Termijn indicatiestelling WMO

Cliënten kunnen naast de wijkverpleegkundige zorg vanuit de Zvw ook een WMO indicatie nodig hebben. Ondersteuning als begeleiding, voorzieningen (vervoer, hulpmiddelen) of huishoudelijke hulp wordt uit deze wet gefinancierd. De doorlooptijd van de aanvraag is lang, waardoor cliënten niet direct de ondersteuning krijgen die op dat moment nodig wordt geacht door de wijkverpleegkundige. Ter overbrugging komt een deel van de ondersteuning bij de wijkverpleegkundige zorgprofessional te liggen. Dit kost hen extra tijd en verergert de krapte in de wijkverpleegkundige zorg.

Oorzaak

Een indicatie voor wijkverpleegkundige zorg kan binnen een dag worden geregeld, maar WMO indicaties worden afgegeven met termijnen van 6-8 weken. Hierdoor kunnen voorzieningen niet op eenzelfde moment starten als de wijkverpleegkundige zorg.

Verder nemen de meeste WMO adviseurs de inschatting van de wijkverpleegkundige voor WMO ondersteuning niet over. Zij beoordelen de situatie zelf opnieuw, wat de aanvraagprocedure nog langer maakt.

Gevolg voor zorgproces

Doordat de voorzieningen niet gelijktijdig worden ingezet met de wijkverpleegkundige zorg moet een andere oplossing gevonden worden om hier tijdelijk in te voorzien. Vaak betekent dit dat een beroep op het netwerk van de cliënt wordt gedaan of de wijkverpleegkundige zorgverlener extra taken uitvoert. In samenspraak met de zorgverzekeraar kan soms de Zvw indicatie tijdelijk worden opgehoogd. Hierdoor wordt meer zorg geleverd, maar

Wijkverpleegkundigen geven aan dat met name het ontbreken van hulpmiddelen lastig op te vangen is. Dit vraagt soms om Arbo technisch onverantwoorde handelingen van de wijkverpleegkundigen.

8. Perspectief keuzevrijheid

Onderstaand figuur is gebruikt om de gehele zorgketen rondom de cliënt te bevragen. De antwoorden op de hoofdvragen van dit onderzoek worden hieronder uitgeschreven.



Figuur 5: Hoofdvragen onderzoek keuzevrijheid (Arteria, 2018)

1. Hoe verloopt het keuzeproses van de cliënt voor een zorgaanbieder?

Uit onderzoek van de PFN (2016) blijkt dat de zorgprofessional met wie cliënten het eerst spreken over de inzet van wijkverpleegkundige zorg in 38% van de gevallen een medewerker uit het ziekenhuis is. Daarna volgt de huisarts met 19%.

Bij het aanvragen van de wijkverpleegkundige zorg is de hierboven genoemde zorgprofessional ook meestal betrokken. In afstemming met de cliënt wordt een zorgaanbieder benaderd. Om tot de keuze voor aan zorgaanbieder te komen heeft 82% van de cliënten geen organisaties vergeleken. Zij wisten direct bij welke organisatie zij zorg wilden, of hebben de zorg laten regelen door een zorgprofessional.

De respondenten die wel zorgaanbieders vergeleken hebben, geven aan het meest te letten op ervaring van anderen met de organisatie bij het maken van een keuze (42%), gevolgd door de tijden waarop de zorg geleverd kan worden (38%).

In de interviews met zorgprofessionals die in het huidige onderzoek zijn bevroegd wordt dit beeld bevestigd. Zorgaanbieders geven aan dat cliënten, wanneer zij een voorkeur hebben, dit meestal baseren op mond-tot-mond reclame. Verder wordt vooral de ervaring van de verwijzer, in combinatie met diens kennis over beschikbaarheid van zorg gebruikt om tot een keuze te komen.

Bij ziekenhuizen en revalidatiecentra geven cliënten vaak 1 of 2 voorkeursaanbieders aan. Wanneer deze niet zijn ingevuld, of wanneer deze zorgaanbieders de zorg niet kunnen leveren, is het aan de transferverpleegkundigen om een passende zorgaanbieder te selecteren.

2. Welke knelpunten zijn van invloed op het keuzeproces?

De voornaamste knelpunten die zijn aangedragen en van invloed zijn op het keuzeproces zijn de arbeidsmarktproblematiek en het ontbreken van kennis over en inzicht in het zorgaanbod. De knelpunten werden in alle drie de regio's genoemd, alhoewel in Almelo de situatie niet zo ernstig wordt beoordeeld als in de regio's Rotterdam en Hilversum. Verwijzers en zorgaanbieders geven aan dat de problemen de laatste jaren zijn verergerd.

3a. Hoe worden de knelpunten veroorzaakt?

De arbeidsmarktproblematiek komt in alle betrokken regio's voor. Doordat cliënten langer thuis blijven wonen, stijgt de vraag naar wijkverpleegkundige zorg. Daarbij worden de zorgvragen in de wijkverpleging complexer doordat ook de doorstroom naar intramurale zorg door de ambulantisering minder vanzelfsprekend is. De groei van de zorg gaat niet gelijk op met de groei van personeel in de wijkverpleging. Er is een groot tekort aan zorgprofessionals en ook de aanwas van nieuwe verzorgenden en verpleegkundigen blijft uit.

Net afgestudeerde wijkverpleegkundigen missen volgens een zorgaanbieder praktijkervaring. Daarbij is er bij de zorgaanbieders een tekort aan getraind personeel die de net afgestudeerde kunnen opleiden.

Bij cliënten en verwijzers mist een goed overzicht van het zorgaanbod. Door de groei aan zorgaanbieders, die inspelen op de vraag in de markt, is het zorgnetwerk groot. Bovendien levert elke zorgaanbieder andere typen zorg, waardoor cliënten niet voor alle zorgvragen bij elke zorgaanbieder terecht kunnen.

3b. Hoe beïnvloeden ze het zorgproces?

Het verwijzen van cliënten naar wijkverpleegkundigen is lastig. Verwijzers zijn veel tijd kwijt met het vinden van een geschikte zorgaanbieder voor hun cliënt. Daarbij biedt het ruime aanbod van zorgaanbieders een mogelijkheid in het vinden van een plek, maar vraagt het ook kennis over kwaliteit van al deze aanbieders en inzicht in typen zorg die ze leveren. Voor verwijzers en cliënten is dit lastig en daarmee beïnvloedt het de toegankelijkheid van de zorg. Met het opzetten van kleine zorgnetwerken wordt geprobeerd de zoektocht naar passende zorg te vereenvoudigen. Tegelijkertijd wordt hiermee sneller voorbij gegaan aan andere zorgaanbieders en wordt de keuzevrijheid van de cliënt beperkt.

In Almelo kan nog worden voorzien in de zorgvraag, maar in de andere regio's zorgt het personeelstekort ervoor dat cliënten niet bij alle zorgaanbieders kunnen worden aangenomen. Hoe complexer de zorgvraag, hoe langer de zoektocht van de verwijzers duurt. Ook cliënten die aan de rand van een zorggebied wonen zijn moeilijk plaatsbaar. Zij drukken zwaar op de tijd in de toch al overvolle routes. Door het tekort aan personeel is het inzetten van een extra route vaak niet mogelijk. Door de inzet van flex-medewerkers wordt de vraag tijdelijk opgevangen, maar dit betekent meer verschillende gezichten aan bed van de cliënt. Zowel de tijd, als de vaste groep medewerkers zijn juist factoren die cliënten erg belangrijk vinden in de zorg die zij ontvangen. Wijkverpleegkundigen geven aan dat de geleverde zorg niet altijd op het niveau is dat zij zouden willen.

9. Contact

Arteria Consulting

Voor vragen en/of opmerkingen over dit document kunt u contact opnemen met:

Lisanne Puijk	06 206 403 20	Lisanne.Puijk@arteriaconsulting.nl
René Meijer	06 228 128 11	Rene.Meijer@arteriaconsulting.nl
Nico Baas	06 133 109 63	Nico.Baas@arteriaconsulting.nl

10. Bijlagen

- Bronnenlijst
- Interviewleidraden

Bronnenlijst

- Kwaliteit en keuze informatie verpleging en verzorging thuis (PFN, 2015)
- Rapport meldactie Verpleging en/of Verzorging Thuis (PFN, 2016)
- Niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging (Arteria, 2017)
- Uw route naar zorg thuis (PFN, 2017)
- Evaluatie van de wijkverpleging (Nivel, 2017)
- Zorgen Actiz over budget en volume wijkverpleging, Actiz 2016
- Zorgprisma publiek (Vektis, 2017)
- CBS.nl
- Rijksoverheid.nl
- Twentse gezondheidsverkenning, Almelo (GGD Twente, 2013)
- Waarstaatjegemeente.nl (dashboard per gemeente)
- Gezondheid in kaart 2014 – Rotterdam in cijfers

Interviewleidraden

Verwijzers

Overdracht

- Kunt u een beschrijving geven van het proces van doorverwijzen naar de wijkverpleging?
- Verschilt deze manier van verwijzen met andere zorgsectoren?
- Hoeveel cliënten (percentage?) draagt u over naar wijkverpleging
- Welke type cliënten zijn dit/ welke zorg is nodig?
- Wat zijn partijen in regio waar u contact mee legt?
- Specifieke volgorde/keuze voor zorgaanbieder?
- Waar let u op bij combineren van zorgaanbieder/cliënt
- Specifiek type cliënt naar specifieke zorgaanbieder?
- In hoeverre in samenspraak met cliënt/mantelzorgers
- Welke wensen uitten cliënt?
 - Welke vragen stellen ze?
- Kan er altijd worden voldaan aan de wensen/eerste keus van cliënt/ uzelf?
 - Waarom wel/niet?
 - Wat doet u wanneer de cliënt niet terecht kan bij de eerste keus
 - Komt dit vaak voor
- Komt lange zoektocht bij specifieke doelgroep vaker voor?
- Bij wie kan u hiervoor terecht voor advies?

Netwerk

- Zijn er verschillen tussen verwijzers/verzekeraars in de samenwerking?
- Ervaart u bij uzelf en de netwerkpartijen voldoende kennis over het zorgnetwerk?
- Hoe verloopt de samenwerking en afstemming met netwerkpartijen in de regio?
- Hoe verwijst u cliënten die niet in de regio wonen?
- Ervaart u dit als veel anders (lastiger?)

Knelpunten

- Zijn er specifieke knelpunten te benoemen in keuzeprocess?
 - Zo ja, waar heeft cliënt het meest last van?
- Waar heb je zelf het meest last van?
- Zijn er knelpunten die regio gebonden zijn?
- Loopt u tegen problemen aan met doorverwijzen?
 - Zo ja, welke?
 - Wat is de oorzaak?
 - Wat zou een oplossing kunnen zijn volgens u?
 - Bemerkt u knelpunten bij het keuzeprocess van de cliënt?
- In hoeverre is het budgetplafond van invloed op toelaten van cliënten?
- Hoe wordt hier mee omgegaan door organisaties in de regio?
 - Wat zijn consequenties voor u/ cliënten
 - Wat zou een oplossing kunnen zijn volgens u?
- Zijn er in de regio wachttijden?
 - Zo ja, waar is dit volgens u afhankelijk van (personeel, budget)?
- Zijn er (andere) knelpunten die regio gebonden zijn?

Zorgaanbieders

Aanmelden

- Kunt u een beschrijving geven van het proces van aanmelding?
- Waar komen (nieuwe) cliënten vandaag? (Ziekenhuis, revalidatie, huisarts)
 - Wie neemt dan contact op? (Verwijzer of cliënt zelf)
- Hoe worden nieuwe cliënten bij jullie aangemeld? (Telefonisch/mail/vooroverleg?)
- Wat geven zij als reden om zorg specifiek bij jullie aan te vragen
- Zijn jullie altijd de eerste keuze, of soms al langere zoektocht gehad?
 - Komt lange zoektocht bij specifieke doelgroep vaker voor?
- Nemen jullie alle cliënten altijd aan?
 - Waarom wel/niet?
 - Wat doet u wanneer de cliënt niet terecht kan bij de eerste keus en komt dit vaak voor
- Vindt u dat zorgplicht van u als zorgaanbieder hierbij een rol speelt?
- Vindt u dat zorgplicht van zorgverzekeraar hierbij een rol speelt?

Intake gesprek

- Wie voert het intakegesprek
- Hoe snel na aanvraag van zorg vindt eerste gesprek plaats?
- Hoe gaat dit bij een spoed aanmelding?
- Waar ligt de focus op bij intake gesprek?
- Wat zijn vragen die cliënt stelt om te bepalen of zij bij jullie in zorg willen gaan?
- Hoeveel cliënten met wie intakegesprek is gevoerd, komen uiteindelijk in zorg?
 - Reden om niet in zorg te komen?

Knelpunten

- Zijn er specifieke knelpunten te benoemen in het keuzeprocess?
 - Zo ja, waar heeft cliënt het meest last van
 - Waar heb je zelf het meest last van?
 - Zijn er knelpunten die regio gebonden zijn?
- Is er binnen uw organisatie sprake van personeelstekort/overschot?
 - Zo ja, wat zijn consequenties voor u?
 - Wat zijn consequenties voor bestaande cliënten
 - En voor nieuwe cliënten?
- In hoeverre is het budgetplafond van invloed op toelaten van cliënten?
 - Hoe wordt hier mee omgegaan binnen organisatie?
 - Hoe wordt hier mee omgegaan in regio/netwerkpartners?
 - Hoe verlopen gesprekken met zorgverzekeraars hierover?
 - Wat zijn consequenties voor u? en voor bestaande en nieuwe cliënten?
- Wat zou bijdragen aan een oplossing van de genoemde knelpunten?

Regio

- Zijn er verschillen tussen verwijzers/verzekeraars in samenwerking?
- Ervaart u bij alle netwerkpartijen voldoende kennis over het netwerk hebben?
- Hoe verloopt de doorstroom naar jullie en vanaf jullie?
- Welke huisartsenpraktijken/revalidatiecentra werkt u mee samen en zou u gegevens van kunnen aanleveren voor medewerking aan dit onderzoek?

Zorgverzekeraars

Klantcontact

- Wie vragen bij jullie om informatie over de keuze voor een zorgaanbieder?
- Op welk moment nemen zij contact op?
- Welke typen vragen worden er gesteld?
- Welke vragen zou u zelf stellen, maar worden niet tot nauwelijks door de verzekerden gesteld?
- Waar baseren verzekerden volgens u hun keuze voor zorgaanbieder op?
- In hoeverre komt het voor dat verzekerde niet bij zijn gewenste zorgaanbieder terecht kan?
 - Wat zijn redenen hiervoor?
 - Welke oplossingen dragen jullie voor?
 - Zijn zij tevreden met de geboden oplossing?
- Welke afdelingen binnen uw zorgverzekeraar krijgen te maken met dergelijke vraagstukken?
- Welke rol spelen jullie in informeren/adviseren?
 - Van verzekerden
 - Van zorgaanbieder/verwijzer?

Knelpunten

- Welke vraagstukken worden bij verpleegkundig adviseurs neergelegd rondom keuzevrijheid/verwijzing?
- Welke andere knelpunten in keuzevrijheid voor cliënten zie je?
 - Wat is de oorzaak?
 - Wat is de oplossing?
- Is keuzevrijheid een onderwerp wat in klantenpanels wordt besproken?
 - Welke belemmeringen worden genoemd?
- Hoe ziet u zorgplicht van zorgverzekeraars?
 - Hoe valt dit samen met keuzevrijheid van cliënt
- Hoe ziet u zorgplicht van zorgaanbieder?
 - Hoe valt dit samen met keuzevrijheid van cliënt
- Welke vraagstukken rondom keuzevrijheid spelen er bij zorginkopers?
 - Hoe zorgen zij dat keuzevrijheid wordt gewaarborgd?
 - Hebben budgetplafonds invloed op keuzevrijheid van nieuwe cliënten?
 - Zijn er consequenties voor bestaande cliënten?
 - En voor de zorgaanbieders?
 - Heeft inkoop van kwaliteit/doelmatige zorg invloed op keuzevrijheid?

Regio

- Zijn er verschillen te benoemen tussen regio's wat betreft knelpunten in keuzevrijheid?
- Zijn er met zorgaanbieders uit de regio gesprekken over budgetplafonds?
- Zijn er grote personeelstekorten bij zorgaanbieders in de regio?
 - Ziet u verschil in regio's waar u groter/kleiner aandeel van de markt beheert?
 - Wat is volgens u oorzaak van die verschillen?
 - Welke oplossingen ziet u hiervoor?
 - Welke partijen zijn hiervoor nodig?

Wijkverpleegkundigen

Aanmelden

- Kunt u een beschrijving geven van het proces van aanmelding?
- Waar komen (nieuwe) cliënten vandaag? (Ziekenhuis, revalidatie, huisarts)
 - Wie neemt dan contact op? (Verwijzer of cliënt zelf)
- Hoe worden nieuwe cliënten bij jullie aangemeld? (Telefonisch/mail/vooroverleg?)
 - Wat geven zij als reden om zorg specifiek bij jullie aan te vragen?
 - Zijn jullie altijd de eerste keuze, of soms al langere zoektocht gehad?
 - Komt lange zoektocht bij specifieke doelgroep vaker voor?
- Nemen jullie alle cliënten altijd aan?
 - Waarom wel/niet?
 - Wat doet u wanneer de cliënt niet terecht kan bij de eerste keus
 - Komt dit vaak voor
- Vindt u dat zorgplicht van u als zorgaanbieder hierbij een rol speelt?
- Vindt u dat zorgplicht van zorgverzekeraar hierbij een rol speelt?

Intake gesprek

- Wie voert het intakegesprek
- Hoe snel na aanvraag van zorg vindt eerste gesprek plaats?
- Hoe gaat dit bij een spoed aanmelding?
- Waar ligt de focus op bij intake gesprek?
- Wat zijn vragen die cliënt stelt om te bepalen of zij bij jullie in zorg willen gaan?
- Hoeveel cliënten met wie intakegesprek is gevoerd, komen uiteindelijk in zorg?
 - Reden om niet in zorg te komen?

Knelpunten

- Zijn er specifieke knelpunten te benoemen in keuzeproces?
 - Zo ja, waar heeft cliënt het meest last van?
- Waar heb je zelf het meest last van?
- Zijn er knelpunten die regio gebonden zijn?
- Is er binnen uw organisatie sprake van personeelstekort/overschot?
- Zo ja, wat zijn consequenties voor u?
- Wat zijn consequenties voor bestaande cliënten
- En voor nieuwe cliënten?
- Wat zou bijdragen aan een oplossing van de genoemde knelpunten?

Regio

- Zijn er verschillen tussen verwijzers in de regio op het gebied van doorverwijzen?
- Zijn er verschillen tussen zorgverzekeraars op het gebied van medewerking bij problemen rondom cliënt?
- Ervaart u bij alle netwerkpartijen voldoende kennis over het netwerk hebben?
- Hoe verloopt de doorstroom naar jullie en vanaf jullie?