



ONDERDEEL VAN CNV CONNECTIEF

bezoekadres  
Tiberdreef 4  
3561 GG Utrecht

postadres  
Postbus 2510  
3500 GM Utrecht

[www.cnvzorgwelzijn.nl](http://www.cnvzorgwelzijn.nl)  
[cnvconnectief@cnv.nl](mailto:cnvconnectief@cnv.nl)  
030 751 1048

# Position Paper

**Contactpersoon:** Daniëlle van der Eerden, [d.vandereerden@cnv.nl](mailto:d.vandereerden@cnv.nl)

**Datum:** september 2015

## Wijkverpleging

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

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

Reactie op de vragen die bij het rondetafelgesprek geagendeerd staan:

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

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

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

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

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

#### **c. Wat zijn de consequenties voor administratieve lasten?**

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

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

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

### a. Welke andere administratieve lasten werken belemmerend?

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

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

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

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

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

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

Echter...

### Registratie

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

## Financiering

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

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

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

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

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

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