

Regio Midden-Limburg

Samenwerkingsagenda Gemeenten Zorgverzekeraars en Zorgkantoor

Bestuurlijke notitie

Datum vaststelling in colleges:

23 februari 2021: Weert, Nederweert, Leudal, Echt-Susteren, Maasgouw, Roerdalen

2 maart 2021: Roermond



gemeente roerdalen



Met hart voor zinnige zorg



Inhoudsopgave

Inleiding	2
Reikwijdte van de samenwerkingsagenda	2
Overlegstructuur	2
Randvoorwaarden en werkwijze	2
Hoe samenwerking rondom de drie thema's?	3
Thema: Ouderen	4
Gezamenlijke doelstelling	4
Regiobeeld speerpunten ouderen	4
Thema: GGZ	5
Gezamenlijke doelstelling	5
Thema: preventie	6
Gezamenlijke doelstelling	7
Bijlage 1 Situatiebeschrijvingen samenwerking zorgverzekeraar/zorgkantoor en gemeenten	8

Inleiding

De VNG en zorgverzekeraars Nederland hebben in het voorjaar van 2019 afspraken gemaakt over landsdekkende en structurele samenwerking, in een werkstructuur die ervoor moet zorgen dat alle gemeenten beter kunnen samenwerken met de zorgverzekeraars en zorgkantoren. Om zo te komen tot maximale verbinding van het medisch domein, het zorgdomein en het sociaal domein in heel Nederland

Er is veel samenhang in de hulp, ondersteuning en zorg aan inwoners waarvoor zowel gemeenten als de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn, zoals ouderen, chronisch zieken en kwetsbare GGZ-cliënten. Samenwerken kan veel betekenen voor inwoners en verzekerden. Echter een goede samenwerking is niet vanzelfsprekend. De basis voor goede samenwerking is wederzijdse kennis, begrip, vertrouwen en commitment. Door te werken aan gezamenlijke doelen zoals vastgelegd in deze samenwerkingsagenda willen we samen werken aan goede zorg en ondersteuning dichtbij de inwoner en daarin ook een gezamenlijke ontwikkeling doormaken.

We hebben de intentie om duurzaam met elkaar samen te werken. Het is een doorlopend proces, daarom koppelen we er geen begin en einddatum aan. De samenwerking ontwikkelen we stapsgewijs waarbij we samen concrete resultaten boeken voor de inwoners/verzekerde.

Reikwijdte van de samenwerkingsagenda

Landelijk zijn door het ministerie VWS en de VNG een aantal thema's benoemd waarop de samenwerking in elk geval gericht moet zijn:

- Ouderen
- GGZ
- Preventie

Verder kunnen zich nieuwe onderwerpen of ontwikkelingen voordoen waarop samenwerking gewenst is. Op dat moment bekijken we gezamenlijk of en zo ja hoe dat gestalte krijgt.

Overlegstructuur

Met deze samenwerkingsagenda maken we conform de landelijke richtlijnen ook afspraken over de overlegstructuur. Deze overlegstructuur zorgt ervoor dat de activiteiten uit de samenwerkingsagenda gevolgd worden en daar waar nodig bijgestuurd kunnen worden. De overlegstructuur houden we licht en functioneel. We spreken het volgende af:

- er is een vaste contactpersoon vanuit het zorgkantoor/zorgverzekeraar (CZ en VGZ) en gemeenten (per subregio (MLW en MLO); zij hebben ten minste twee-maandelijks contact over de stand van zaken en de voortgang van de agenda en nieuwe ontwikkelingen die zich voordoen lokaal, regionaal of landelijk. Daarnaast is er overleg per deelonderwerp tussen de betrokken medewerkers van beide partijen;
- ten minste éénmaal per jaar is er overleg op bestuurlijk niveau. Ook bestuurlijk zijn er voor de regio vaste aanspreekpunten: 1 wethouder uit MLO en 1 wethouder uit MLW. Vanuit het zorgkantoor / zorgverzekeraar is dit de regiomanager Zorg van VGZ én de zorginkoper eerste-lijnszorg van CZ.
- Als zich initiatieven uit de samenleving en vanuit verzekerden voordoen waar een rol van de gemeente, zorgkantoor en zorgverzekeraar wordt gevraagd dan gaan we daarover samen in gesprek rekening houdend met samenhang en prioritering.

Randvoorwaarden en werkwijze

Om de samenwerking te laten slagen zijn de volgende randvoorwaarden en afspraken van belang:

- deze samenwerkingsagenda wordt vastgesteld voor een langere periode. In de tweede helft van 2022 worden de afspraken herijkt. Indien eerder een herijking gewenst is, gaan gemeenten (regio's MLO en MLW), zorgkantoor en zorgverzekeraar hierover met elkaar in gesprek;
- de hierboven beschreven **overlegstructuur** functioneert goed qua frequentie, deelname en onderlinge communicatie en uitwisseling;

- om **afgestemde inkoop** te realiseren wisselen we ieders inkoopstrategie en –beleid uit en daar waar wenselijk en mogelijk verbinden we het met elkaar. Dit is geen doel op zich, vanuit de inhoud moet er aanleiding/behoefte zijn om inkoop af te stemmen;
- we hebben **respect voor elkaars rollen en mogelijkheden**; samen zoeken we naar oplossingen en als het niet te veranderen is door het systeem dan doen we wat wel binnen de mogelijkheden ligt; dan kijken we ook of we over die systeem-belemmeringen een signaal af willen geven naar het landelijke niveau (VNG en ZN, rijk);
- het creëren van draagvlak bij de aanbieders van zorg en ondersteuning, door de regio-opgave en oplossingsrichtingen bij hen te toetsen en in gesprek te gaan over verdieping/aanvullingen hierop. Zij zijn degenen, die uitvoering moeten geven aan de plannen en de knelpunten in de praktijk moeten oplossen.
- Inwonerparticipatie: bij de uitwerking van de samenwerkingsagenda worden inwoners/cliënten betrokken, vanuit de gedachte dat zij degene zijn die de problemen ervaren en daardoor ook kunnen participeren in het bedenken van oplossingsrichtingen. Daarnaast inventariseren we lopende initiatieven van inwoners, die aansluiten bij de thema's van deze samenwerkingsagenda.

Hoe samenwerking rondom de drie thema's?

Gemeenten in Midden-Limburg en CZ/VGZ werken samen aan de thema's vanuit de driehoek van het perspectief van de klant, gemeenten en zorgverzekeraar/zorgkantoor. We nemen hierin mee hoe klanten de zorg en ondersteuning ervaren en waar zij tegenaan lopen. Welke knelpunten worden ervaren en vragen om een oplossing? De samenwerking krijgt vooralsnog vorm conform de samenwerkingsafspraken die we hierover met elkaar maken. We maken de afspraken zo concreet en praktisch mogelijk zodat we direct een start kunnen maken.

De principes van Positieve gezondheid en de Juiste Zorg op de Juiste Plek zijn het uitgangspunt bij de thema's in de samenwerkingsafspraken. Hierbij streven we er naar om 'de beweging naar voren' te maken en 'de mens centraal' te stellen, door een brede en integrale blik ten aanzien van het bevorderen van de gezondheid. We gaan niet uit van de beperkingen, maar van de mogelijkheden en daarbij hebben we een brede en integrale blik in de aanpak en de oplossingen.

Aandachtspunten bij de samenwerkingsagenda:

- optimaal gebruik maken van elkaars mogelijkheden om knelpunten voor de inwoner/verzekerde op te lossen. Bij belemmeringen zoeken we naar nieuwe oplossingen en nemen hierover zo nodig contact op met de Rijksoverheid.
- arbeidsmarkt problematiek: personeelstekort kan passende dienstverlening in de weg staan. Vernieuwend arbeidsmarktsparend aanbod kan hier (deels) een oplossing zijn.
- hoe geven we invulling aan de principes van positieve gezondheid?
- hoe geven we inwonerparticipatie een plek in de samenwerkingsagenda?
- bij oplossing van knelpunten uitgaan van kosteneffectiviteit Wmo-Zvw-Wlz
- we concretiseren de samenwerkingsagenda en thema's, zodat scherper wordt waar zich verbeterpunten bevinden in de zorg en ondersteuning voor de inwoner, met het doel dat de inwoner resultaat ervaart van de samenwerking
- we houden oog voor nieuwe ontwikkelingen/inzichten en blijven hierover met elkaar in gesprek

Thema: Ouderen

Gezamenlijke doelstelling

Het aantal ouderen in Midden-Limburg groeit, net als elders. Ons doel is dat ouderen zo lang mogelijk op een prettige en veilige manier thuis kunnen blijven wonen als ze dat willen én dat ze daarbij zoveel mogelijk zelf de regie hebben over hun leven en het zorgproces. Gemeente en zorgverzekeraar/zorgkantoor staan voor de opgave dit samen met aanbieders, professionals, klanten/inwoners en hun directe omgeving optimaal te ondersteunen.

Regiobeeld speerpunten ouderen

In de subregio Midden-Limburg Oost is het Zorgnetwerk Samen Gezond actief. Zij zijn gestart met een programma 'Samen Gezond ouder worden'. Voor het programma ouderen wil 'Samen Gezond' vanuit haar ambitie de mate van kwetsbaarheid van ouderen (65+) in de regio positief beïnvloeden. In de subregio Midden-Limburg West is het netwerk Gezond Samen Leven actief. Dit netwerk heeft als doel om de gezondheid van inwoners te bevorderen, o.a. met een aanpak van het thema eenzaamheid.

a) Arbeidsmarkt

Hoe krijgen we de regio toekomstbestendig? Ligt er voor het arbeidsmarktbeleid een opgave als apart thema of zien we dat als randvoorwaarde? Vanuit de langdurige zorg is er een aanpak voor de arbeidsmarktproblematiek met transitie middelen.

b) Versterken verbinding medisch-sociaal domein

Met elkaar vaststellen wat beter moet in de samenwerking (vanuit klantperspectief) in het medisch-sociaal domein. Dit betreft zowel met de huisartsen als met de wijkverpleegkundigen als ook met bijvoorbeeld de behandelaars in de GGZ.

c) Beter coördinatie en duidelijkheid over de beschikbaarheid tijdelijk verblijf ZVW, WLZ en WMO (respijt- en logeerbedden)

Inzicht in vraag en aanbod respijt/logeerbedden, leren van andere regio's; kijken of we ook de respijt/logeerbedden die over verschillende regelingen heen verspreid zijn, kunnen clusteren, verbetering van de beschikbaarheid aansluitend bij de vraag/passende respijtzorg.

d) Afstemming over grensvlakken

In beeld krijgen of er problemen zijn in de regio met betrekking tot de overgang ZVW/WMO/WLZ. Contactgegevens delen tussen medewerkers klantcontact gemeenten-zorgverzekeraar-zorgkantoor voor complexe vraagstukken. Inzet cliëntondersteuning WMO/WLZ optimaliseren. Afstemming zoeken bij gebruik maken van verschillende regelingen door 1 klant. Zie bijlage 1 'situatiebeschrijvingen samenwerking zorgverzekeraars/zorgkantoor en gemeenten'.

e) Dementie aanpak afstemming

Het zorgen voor passende zorg en ondersteuning voor het toenemend aantal oudere mensen met dementie gaat knellen. Hiervoor heeft de gemeente Roermond het initiatief genomen tot de Sociale Benadering Dementie. Daarbij zijn CZ en VGZ samenwerkingspartners.

f) Eenzaamheid aanpak afstemming

De onderliggende oorzaak van hulpvragen, die bij huisartsen terecht komen, is vaak eenzaamheid. Hiervoor wordt geregeld een oplossing gezocht in het medisch domein. Pleidooi is om te kijken naar een aanpak, waarbij wordt ingezet op het herkennen van signalen en daarop acteren.

g) Ouderen voorbereiden op de toekomst

Ouderen zelf zijn zich vaak onvoldoende bewust van hun kwetsbaarheid. Iets minder dan de helft van de 65-plussers heeft onvoldoende gezondheidsvaardigheden en weet bijvoorbeeld niet wat zij nodig hebben en wat er mogelijk is, wie kan helpen en hoe dat te organiseren. Ook het eigen netwerk kan lang niet altijd helpen en is soms overbelast.

Dat ouderen zich onvoldoende voorbereiden op de toekomst blijkt ook uit het feit dat een groep ouderen in een huis woont dat niet goed past, en niet wil of kan verhuizen. Ze vinden het nog te vroeg of ervaren belemmeringen om de woning aan te passen of om te verhuizen. Naast het woonaspect is het belangrijk dat ouderen een sociaal netwerk hebben en deelnemen aan sociale activiteiten. Het is belangrijk dat gemeenten, zorgkantoor en zorgverzekeraar dezelfde boodschap uitstalen, en daarmee de bewustwording bij de ouderen vergroten.

Thema: GGZ

Gezamenlijke doelstelling

Zowel de gemeente(n) als zorgverzekeraar (en vanaf 2021 ook het zorgkantoor) hebben diverse verantwoordelijkheden bij de zorg en ondersteuning aan mensen met psychische aandoeningen. Daar hebben we elkaar hard nodig om goede en betaalbare zorg en ondersteuning te kunnen bieden, dusdanig dat deze kwetsbare mensen het leven kunnen leiden dat ze wensen.

Herstel en burgerschap zijn de belangrijkste kerndoelen voor inwoners en cliënten die te maken hebben met ernstig psychische aandoeningen (EPA). Met herstel bedoelen we niet alleen herstel in medische zin, maar ook persoonlijk en maatschappelijk. Daarbij spelen factoren als regie over het eigen leven en participatie in de samenleving een cruciale rol. Daarom werken we aan het versterken van de ambulante behandelketen en de samenhang tussen ondersteuning, begeleiding, werk en inkomen bij de mensen thuis.

a) Normaliseren van de beantwoording van de hulpvraag van de inwoner

Door meer integraal naar de vraag van de inwoner te kijken, wordt er vaak gekomen tot andersoortige oplossingen voor de inwoner. Het streven hierbij is dat het systeem zo functioneert, dat enkel indien dit noodzakelijk is tweedelijns GGz wordt ingezet. Integraal kan onder andere zijn:

- een huisarts (medisch domein) in samenwerking met een ervaringswerker
- een begeleider van een GGz-aanbieder in samenwerking met een medewerker van het maatschappelijk werk of een welzijnsinstelling
- Inzetten van zelfregie en herstelinitiatieven (ZHI)

Door op deze manier samen te werken ontstaat meer kennis over elkaars mogelijkheden en kan er tot andere, minder ingrijpende, oplossingen worden gekomen. Ook kan gekeken worden waar men elkaar aan kan vullen. Zo kan er tijdens een behandeling gewerkt worden aan zaken als het vinden van een passende daginvulling en/of het opbouwen / versterken van een sociaal netwerk. Hierdoor wordt er gewerkt aan herstel van de positie van de inwoner in de samenleving, waardoor de kans wordt vergroot dat de behandeling van de inwoner een langdurig(er) positief effect heeft.

b) Grensvlakproblematiek GGZ

Er zijn diverse situaties denkbaar waarbij een overgang van het ene naar het andere domein (bijvoorbeeld van ZVW naar Wmo) tot problemen leidt. Dat geldt ook voor de overgang van 18-/18+. In bijlage 1 zijn ter illustratie enkele van deze situaties beschreven.

c) Digitaliseren

Inzet van digitale middelen. Uit evaluatie door GGZ-platform blijkt dat de stap naar digitaal werken door corona in een stroomversnelling is gekomen dat dit goed werkt. Inzetten op meer gebruik van E-Health.

d) Samenwerking volwassen GGZ en jeugdhulp

We zijn op zoek naar een (betere) samenwerking in de volwassenen GGZ met Jeugdzorg aanbieders en/of CJG rondom opvoeding van de kinderen bij en door een GGZ patiënt.

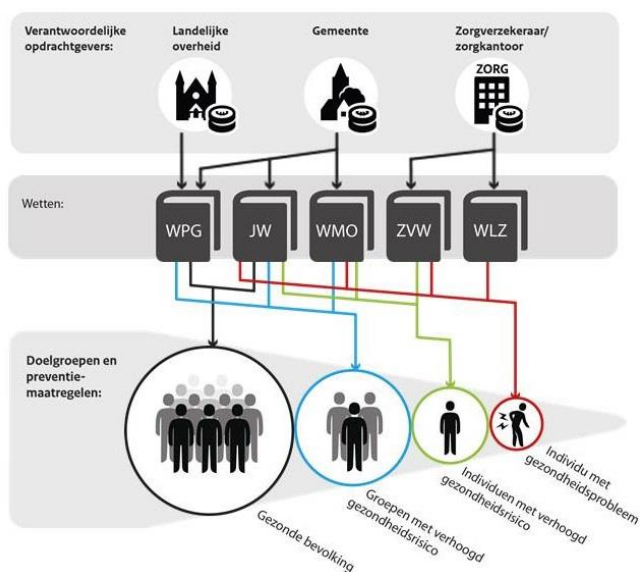
Thema: preventie

Preventie is gericht op het voorkomen van problemen of het verminderen van de ernst van problemen. Dit door het versterken van het vermogen van mensen om eigen regie te voeren over hun leven en om te leren gaan met (bestaande) kwetsbare situaties. Preventie draagt bij aan zelfredzaamheid en eigen kracht door het bevorderen van beschermende factoren en het voorkomen en verminderen van risicofactoren. Het is van belang om te investeren in preventie, zodat mensen de juiste keuzes kunnen maken om zelf de regie over hun leven te houden.

Om meer samenhang op het gebied van preventie te realiseren is het nodig dat:

- Bestaande samenwerkingsrelaties tussen verschillende organisaties versterkt worden;
- Nieuwe samenwerkingsrelaties tot stand gebracht worden zodat nieuwe, integrale en effectieve preventie-activiteiten ontwikkeld worden.
- Vrijwilligers en professionals naast hun eigen expertise ook basiskennis hebben van andere preventie-thema's en -activiteiten;
- De deelname aan en het bereik van preventie-activiteiten toeneemt;
- Voorheen moeilijk bereikbare doelgroepen beter worden bereikt.

De vijf wetten waarin preventie een rol speelt, zijn de Wet publieke gezondheid (Wpg), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), de Jeugdwet, de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz), de zogeheten stelselwetten. Dit geeft aan dat zowel de gemeente, als de zorgverzekeraar als het zorgkantoor op dit thema bepaalde verantwoordelijkheden hebben.



Voor de uitwerking van het thema preventie hanteren we de volgende definitie van een gezondheidsrisico: "Een verhoogde kans op het optreden van een ongewenste uitkomst ten aanzien van het fysiek, psychisch of sociaal functioneren."

De gemeentelijke verantwoordelijkheid (voor preventie) richt zich op:

- de gezonde bevolking (Wpg, Jeugdwet)
- groepen met een verhoogd gezondheidsrisico (Wpg, Wmo 2015 en Jeugdwet)
- individuen met een verhoogd gezondheidsrisico (Wmo 2015 en Jeugdwet)
- individuen met een gezondheidsprobleem (Wmo 2015, Jeugdwet)

De verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars (voor preventie) richt zich op:

- individuen met een vastgesteld verhoogd gezondheidsrisico (geïndiceerde preventie)
- individuen met een gezondheidsprobleem (zorggerelateerde preventie)

De verantwoordelijkheid van het zorgkantoor (voor preventie) richt zich op:

- individuen met een gezondheidsprobleem (zorggerelateerde preventie)

Gezamenlijke doelstelling

De gezamenlijkheid wordt gevonden bij de doelgroep individuen met een verhoogd gezondheidsrisico en de doelgroep individuen met een gezondheidsprobleem. Hierbij onderscheiden we 3 richtingen:

1. het bevorderen van een gezonde leefstijl

Door roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik aan te pakken kan de gezondheid van heel veel Nederlanders verbeteren. Op basis van de GGD Gezondheidsmeter kunnen de belangrijkste gezondheidsrisico's in beeld worden gebracht en kunnen we bepalen welk probleem we in gezamenlijkheid aan kunnen pakken. Zo zijn we in deze regio al gestart met het Healthy Life.

2. De verbinding tussen het medisch en sociaal domein

Door breed naar de vraag van de inwoner te kijken (volgens het gedachtegoed van Positieve Gezondheid), worden niet-medische oorzaken van problemen (eenzaamheid, schuldenproblematiek etc.) eerder gesignaleerd. Door samen te werken met het Sociaal Domein kunnen andersoortige oplossingen voor de inwoner worden gevonden.

3. Preventie is gericht op normaliserend gedachtegoed

Preventie activiteiten zijn gericht op "terug naar het normale leven". Het resultaat hiervan is dat gebruik van bijvoorbeeld huisartsen of ziekenhuiszorg en (crisis)opname in verpleeghuizen enkel wordt ingezet indien dit noodzakelijk is en mensen langer (weer) thuis kunnen wonen.

Kansrijke Start

Voor de jongere doelgroep biedt het programma Kansrijke Start de mogelijkheid om de gewenste verbinding tussen het medisch en sociaal domein tot stand te brengen. "Ieder kind verdient de best mogelijke start van zijn of haar leven en een optimale kans op een goede toekomst. De eerste 1000 dagen van een kind zijn cruciaal voor een goede start. De gezondheid van een kind voor, tijdens en na de geboorte blijkt een belangrijke voorspeller te zijn van problemen – zowel fysiek als mentaal – op latere leeftijd".

Bijlage 1 Situatiebeschrijvingen samenwerking zorgverzekeraar/zorgkantoor en gemeenten

Situatie 1

Constatering

De huisartsen verwijzen (te) snel naar de tweedelijns GGz omdat dat de wereld is die zij kennen en een verwijzing naar de tweede lijn kost relatief weinig inspanning voor de huisarts gezien de korte tijd die zij per consult tot hun beschikking hebben. In de praktijk is het namelijk zo dat vrijwel alle tweedelijns GGz-aanbieders een 'verwijsblokje' bij de huisarts hebben liggen.

Betekenis voor de burger

- Vormt een verwijzing naar de tweedelijns GGz wel altijd een passende oplossing voor de vraag van de burger? Zijn er geen andere, meer voorliggende oplossingen mogelijk waardoor een burger zich ook geholpen voelt zonder dat het toch zware middel van de tweedelijns in gezet moet worden.
- Doorverwijzing naar de tweedelijns maakt van een burger een patiënt. Dat kan een grote invloed hebben op het leven van de betreffende persoon en is niet altijd nodig

Wat is nodig?

Een passende werkwijze waarbij er aan de voorkant breder gekeken wordt wat voor die betreffende burger een passende oplossing is.

Wat levert het op?

- Waar mogelijk blijft de burger burger en word hij geen patiënt
- De wachtlijsten en wachttijden in de tweedelijns GGz dalen
- Een verschuiving van de ZVW naar het gemeentelijk domein

Hoe?

- Samen te bepalen. De nieuwe GGz in de wijk Donderberg in Roermond zou als voorbeeld kunnen dienen.

Situatie 2¹

Constatering

Wanneer een burger opgenomen is geweest in een GGz-kliniek vindt er niet altijd een warme overdracht plaats richting de situatie waar de burger oorspronkelijk vandaan kwam. Oftewel: hebben we ervoor gezorgd dat wanneer een burger is uitbehandeld in een kliniek hij ook weer goed 'landt' in de wijk?

Betekenis voor de burger

- Door een opname wordt een burger (tijdelijk) uit zijn normale leefomgeving gehaald. Het is belangrijk dat de burger weer goed zijn plek in de samenleving in kan nemen en dat hij, waar nodig, ook de juiste ondersteuning krijgt. Gebeurt dit niet dan liggen zaken als eenzaamheid, gevoel van nuttelosheid maar ook de kans op herhaling op de loer.

¹ Deze situatie zou zich ook kunnen voordoen bij ontslag vanuit het ziekenhuis

Wat is nodig?

Afspraken tussen de twee werelden (ZVW en gemeentelijk domein) die op dit punt in het leven van de burger samenkomen.

Wat levert het op?

- Rust voor de burger
- Duidelijkheid voor de betrokken partijen wie waarvoor aan zet is
- Minder (herhaalde) opnames in de GGz (ZVW)

Hoe?

- Samen te bepalen

Situatie 3²*Constatering*

Door inzet van ondersteuning 'aan de voorkant' bij mensen met dementie én hun mantelzorgers kunnen zij langer zelfstandig blijven wonen c.q. blijven zij langer in staat hun naaste te ondersteunen en kan opname in een verpleeghuis worden uitgesteld of zelfs voorkomen.

Betekenis voor de burger

- De burger kan (indien gewenst) zo lang mogelijk thuis blijven wonen met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven
- Wanneer er een mantelzorger betrokken is, wordt deze in staat gesteld de ondersteuning aan diens naaste zo goed mogelijk vol te kunnen houden.

Wat is nodig?

- Goede afstemming met de huisarts en eventuele POH
- Afspraken over wie verantwoordelijkheid neemt waarvoor: medische, zorg- en welzijnsaspecten

Wat levert het op?

- Een goede kwaliteit van leven voor de burger en diens eventuele mantelzorger
- Duidelijkheid voor de betrokken partijen wie waarvoor aan zet is
- Uitgestelde of minder opnames in de verpleeghuizen (Wlz)

Hoe?

- Samen te bepalen. Hulp bij dementie werkt op deze manier. CZ is hier volgens de website niet bij aangesloten.
- CZ en VGZ zijn wel betrokken bij traject Sociale Benadering Dementie. Deze gaat benadering omvat niet alleen de ziekte, maar ook de impact op de persoonlijke leefwereld van mensen met dementie en hun naasten. Hierdoor wordt beter aangesloten bij de behoeften van mensen met dementie en hun naasten.

² Deze situatie zou ook vertaald kunnen worden naar mensen met een GGz-achtergrond

Situatie 4

Constatering

Door inzet van ondersteuning bij kind & gezin met (beginnend) overgewicht en obesitas en het afnemen van een brede anamnese kan de leefstijl eerder beïnvloedt worden, wat uiteindelijk resulteert in een duurzame gedragsverandering en een gezondere jeugd die tijdens het opgroeien en als volwassene minder zorg behoeven uit de tweedelijns zorg.

Betekenis voor de burger

- De burger kan door middel van het versterken van eigen redzaamheid en weerbaarheid makkelijker zelf inspelen op zijn of haar gezondheid
- Regie blijft bij kind & gezin, maar kan gepaste en juiste ondersteuning krijgen

Wat is nodig?

Een passende werkwijze waarbij er aan de voorkant breder gekeken wordt wat voor die betreffende burger een passende oplossing is., waarbij afspraken zijn gemaakt tussen de twee werelden (ZVW en gemeentelijk domein) die op dit punt in het leven van de burger samenkomen.

Wat levert het op?

- Gezondere en meer zelfredzame kinderen en gezinnen
- Door vroeg aan de voorkant te zitten en kinderen/gezinnen te ondersteunen verwachten we dat met deze inzet minder tweedelijnszorg op latere leeftijd nodig is.
- Duidelijkheid in wie waar verantwoordelijk voor is

Hoe?

- Samen te bepalen. In de provincie wordt momenteel al gewerkt aan een voorstel om in vijf steden (waaronder Roermond) te starten met een pilot, waarbij sociaal domein en ZVW samen komen.

Focusgroep reis van de patiënt, 12 februari 2019

Vraagstelling: Wat kunnen we uit de beschrijvingen van de “reis van de patiënt”, zie terugkoppeling 12 februari 2019, leren? Welke knelpunten zien we en welke conclusies kunnen getrokken worden?

Werkwijze: de 3 beschrijvingen van de reis van de patiënt op basis van de casuïstiek is niet afzonderlijk besproken. Veelmeer is dat wat opviel verzameld en vertaald in knelpunten. Aan het einde van deze bespreking is een poging gedaan om de knelpunten te vertalen in aanbevelingen.

Wat viel op:

- Hulpverlening is organisatiegericht en niet zorggericht
- Probleem is leidend en niet de client
- Hulpverlening is ontleed in financiële deeltrajecten
- Geen regie over het totale hulpverleningsproces
- Doorverwijzen door diagnose van anderen over te doen
- Geen overdracht van patiënt in de keten, wel doorverwijzingen
- Onvoldoende communicatie tussen organisaties en patiënt
- Communicatie is reactief en gebaseerd op problemen
- Behandeling en doorverwijzing is reactief en op basis van ontstane problemen
- Eigenlijk begon elke traject te laat, op basis van incidenten (kwaad was al geschied)
- Het als lastig ervaren is leiden voor de behandeling en doorverwijzing
- Geen maatwerk
- Veel diagnostisch denken, weinig klachtgericht
- Geen samenhang in het handelen van de organisaties
- Oplossingen worden ook buiten de regio gezocht
- Probleem wordt vrij snel in medische termen vertaalt
- Fragmentarische benadering van het probleem
- Client wordt gereduceerd tot probleem en niet gezien als mens met klachten
- Blijkbaar weinig vertrouwen tussen organisaties
- Er wordt weinig genormaliseerd
- Onderlinge communicatie onvoldoende
- Communicatie met client is onvoldoende
- Privacy als hindernis
- Weinig ervaringsdeskundigheid
- De beleving van de patiënt is nauwelijks beschreven
- Kenmerken Positieve Gezondheid weinig zichtbaar

Knelpunten:

- Fragmentarisch diagnostiek, gebaseerd op aanbod organisatie
- Geen brede invalshoek op de klacht van de patiënt
- Onvoldoende communicatie tussen de organisaties bij overdracht en doorverwijzing
- Geen duidelijke regie over het hulpverleningsproces
- Trajecten zijn gebaseerd op therapeutische behandeling
- Normaliseren en eigen kracht input (ervaringsdeskundigheid) ontbreekt
- Geen klachtgerichte benadering
- Ingrijpen pas na escalatie
- Geen preventie
- Geen netwerkbenadering (wel traditionele ketensamenwerking/verwijsgedrag)
- Vertrouwen tussen de partners ???
- kennis van regionaal aanbod???
- Niet helder hoe client eigenaar van eigen traject is / kan worden
- Regie

Aanbevelingen:

- Vraag naar een andere werkhouding
- Bij multi-situaties gezamenlijke intake
- Aan de voorkant bepalen wie regie heeft/het proces monitoort
- Duidelijke afspraken tussen organisaties over communicatie of /en samenwerking ofwel handhaven dat deze nagekomen worden
- Knelpunten vertalen in verbeterpunten op gepaste schaal: suggestie regio Roermond in het DNG-project. Voor de regio Weert is de suggestie om de samenwerking daar structureel maar ook inhoudelijk (zie knelpunten) een impuls te geven om met alle partners in een wijk een DNG samenwerkingsproject op te starten. NHG sessie landelijke samenwerkingsafspraken kunnen hierin behulpzaam zijn, resp. een opstart zijn. (aanbod NHG/wel splitsen in Weert en Roermond)
- Het zou interessant zijn om een casus (reis op inhoud/proces) te vertalen als financiële reis

Informatie klantreis Wlz - VGZ

Met betrekking tot de klantreis in de Wlz/V&V weten we dat de Zorggroep hiermee bezig is (geweest). Hiernaar doen we momenteel navraag. Vanuit het zorgkantoor hebben we gekeken waar we meerwaarde konden creëren voor klanten binnen de langdurige zorg. Met name als de klant zich gaat oriënteren, als ze een keuze moeten maken om de zorg te gaan regelen en in de evaluatiefase, zijn er momenten waar wij als Zorgkantoor en VGZ iets extra's kunnen betekenen voor onze klanten. Hieronder treffen jullie een opsomming aan van de zaken die het betreft en hoe we daarmee aan de slag zijn gegaan.

1. Klanten weten niet hoe en waar zij (extra) zorg moeten regelen.

Er is te veel (versnipperde) informatie en klanten weten niet waar ze het moeten zoeken. Daarom hebben we besloten onze klanten beter op weg te kunnen helpen in hun zoektocht door de zorgnavigatie te vergemakkelijken. Zie: <https://www.vgz.nl/zorg-regelen/route-naar-passende-zorg/zorgnavigatie#/zorgadvies/zorgnavigatie>

2. De overstap van ZVW naar WLZ wordt door onze klanten als een impactvolle gebeurtenis benoemd.

Middels het Kennisloket Thuis in blijvende zorg helpen we onze klanten om die overstap met een gerust gevoel te maken. Ook helpt het kennisloket onze klanten door het vinden en regelen van de juiste zorg op de juiste plek. Klanten kunnen bellen om advies te vragen, waarbij we net zoveel hulp aanbieden als zij prettig vinden. Dat houdt in dat we soms echt voor de klant naar een ander loket bellen om zaken te helpen regelen. En op een ander moment is enkel het geven van een advies voldoende. Lees meer op www.vgz-zorgkantoren.nl/kennisloket of <https://www.vgz.nl/kennisloket>

* Vanuit de praktijk weten we dat de WMO vaak een eerste aanspreekpunt is om (extra) zorg te regelen. Vaak klopt de mantelzorger aan omdat deze overbelast dreigt te raken. Hier proberen we juist vanuit de vergoedingen voor respijt zorg en mantelzorgondersteuning uit de AV iets extra's te betekenen. Ook door de samenwerking met de gemeente op te zoeken vanuit het kennisloket.

* Als er een indicatie is gesteld vanuit het CIZ, moet er van alles geregeld gaan worden. Door de opgedane kennis uit de praktijk zijn er aanpassingen gedaan in het eerste kennismakingsgesprek met het zorgkantoor. Het bescrypt is aangepast zodat klanten beter geholpen worden in het zoeken naar passende oplossingen voor hun zorg.

* Bij de overgang van ZVW naar WLZ is er geregeld dat de klant niet de dupe is voor het wachten van het opstarten van het PGB via zorgkantoor VGZ. Als VGZ klant is er sprake van een overgangs-budget, zodat de klant tijd heeft om alle zaken bij het zorgkantoor te regelen zodat de zorg weer via PGB ingekocht kan blijven worden.