

Pilot van Zilveren Kruis Achmea voor inkoop wijkverpleegkundige zorg in Utrecht:

“SAMENWERKING TUSSEN HUISARTSEN EN BUURTEAMS VERDER VERBETEREN”

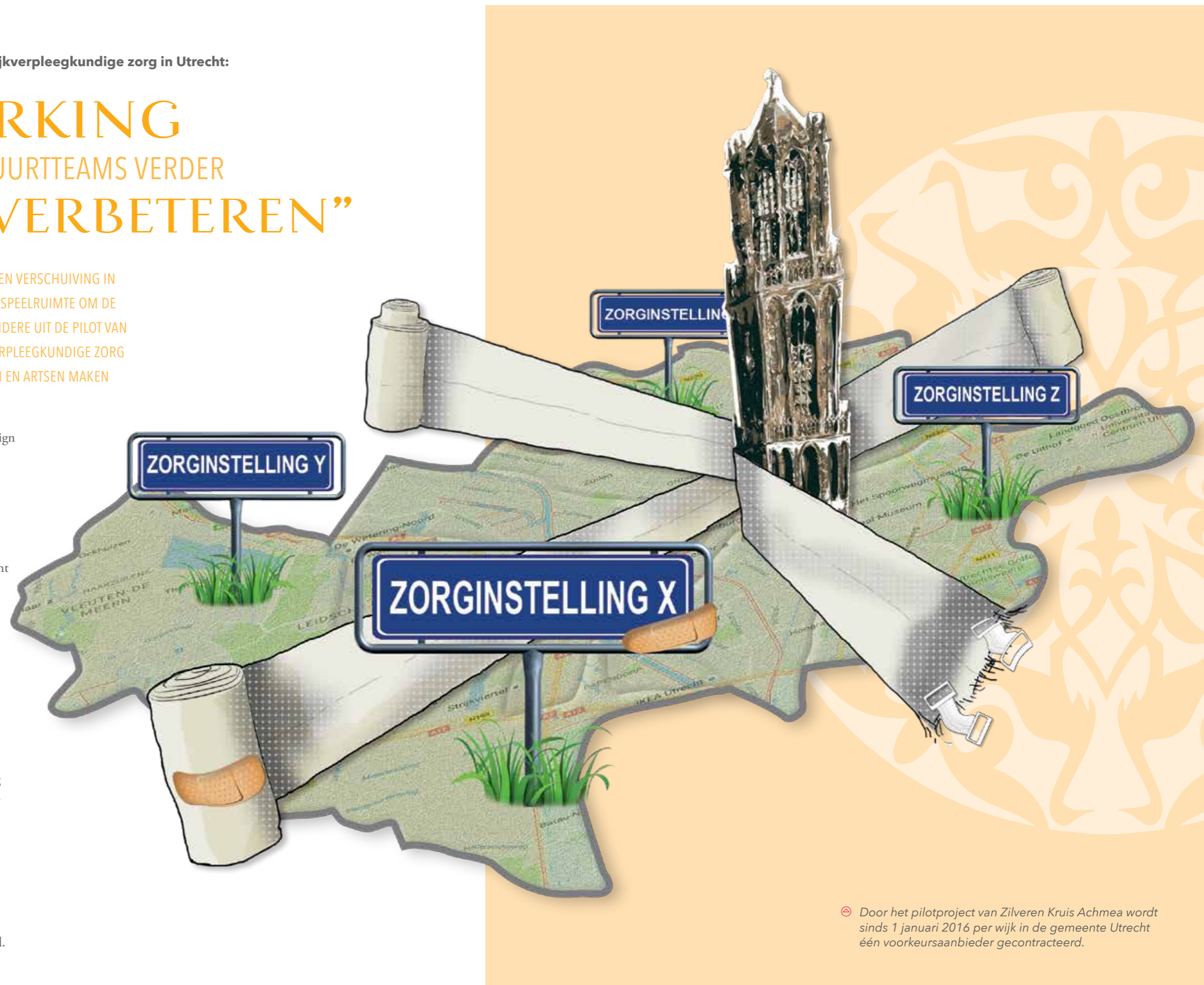
UTRECHT - DOOR HET NIEUWE ZORGSTELSEL ONTSTAAT EEN VERSCHUIVING IN FINANCIERINGSVORMEN. VERZEKERAARS KRIJGEN MEER SPEELRUIMTE OM DE MARKT NAAR HUN HAND TE ZETTEN. DIT BLIJKT ONDER ANDERE UIT DE PILOT VAN ZILVEREN KRUIS ACHMEA, VOOR DE INKOOP VAN WIJKVERPLEEGKUNDIGE ZORG IN ONDER MEER DE GEMEENTE UTRECHT. MAAR CLIËNTEN EN ARTSEN MAKEN ZICH GROTE ZORGEN.

Tekst: Muriël Kleisterlee ● **Illustratie:** Pepe Editorial Design
Foto: Henk Tukker

Sinds 1 januari 2016 wordt per wijk één voorkeursaanbieder gecontracteerd. Als patiënten verpleging van een andere aanbieder willen, wordt die zorg niet volledig vergoed. Voor wat betreft specialistische verpleegkundige zorg nam dit meteen problemen met zich mee, omdat van de vier gecontracteerde aanbieders in Utrecht (Buurtzorg, Leven & Zorg, AxionContinu en Careyn) alleen Careyn deze specialistische zorg kan leveren. Zilveren Kruis vindt dat de andere aanbieders deze specialistische zorg dan maar bij Careyn moeten inkopen, tegen 75 procent van de het tarief. Ook kon Careyn tijdelijk niet meer rechtstreeks declareren bij de Achmea. Cliëntenraden en artsen maken zich grote zorgen over de kwaliteit van de zorg. Artsen willen geen patiënten naar huis sturen die na een operatie slechts op generalistische wijkverpleging kunnen rekenen, terwijl ze specialistische zorg nodig hebben.

Marthijn Laterveer, coördinator LOC Zeggenschap in zorg, spreekt van een vreemde pilot: “Voor mensen die zorg nodig hebben, is het belangrijk dat ze kunnen kiezen wie er in hun huis aan hun lichaam komt. Dat wordt nu ontmoedigd. Er zijn mensen die vanwege een religie voor een bepaalde organisatie willen kiezen. Dat moet mogelijk blijven.”

Ook huisarts Carin de Kok, tevens medisch directeur van Huisartsen Stad Utrecht, heeft bezwaren. “De laatste jaren werkten de wijkverpleegkundigen al intensiever met huisartsen samen. Door de pilot is die samenwerking verbroken en moeten nieuwe verbanden worden opgebouwd.



⊖ Door het pilotproject van Zilveren Kruis Achmea wordt sinds 1 januari 2016 per wijk in de gemeente Utrecht één voorkeursaanbieder gecontracteerd.

Dat heeft natuurlijk wat gedaan met de relaties.” Ook is De Kok niet te spreken over de wijkindeling: “Die heeft Zilveren Kruis gebaseerd op buurtteams, en niet op de huisartsenpraktijk. En dat terwijl huisartsen veel meer samenwerken met wijkverpleegkundigen dan met buurtteams.”

Marjolein Dijns-van der Hoek, senior zorginkoper Landelijke Inkoop bij Achmea, legt uit welk doel de verzekeraar met de pilot heeft: “We willen dat onze verzekerden een herkenbaar, hecht team in de wijk hebben, zodat ze zo lang mogelijk thuis kunnen wonen. En we willen versnippering in de thuiszorg tegengaan. Het voordeel van de nieuwe werkwijze is dat je met minder thuiszorgorganisaties in de wijk te maken hebt, waardoor de samenwerking tussen huisartsen en buurtteams verbetert.”

“Het gaat om de personen, niet om de instelling”

Huisarts De Kok beaamt dat een kleiner aantal thuiszorgorganisaties ook altijd een wens van huisartsen is geweest: “Er waren enorm veel thuisorganisaties en daar kon je als huisarts niet allemaal intensief contact mee hebben. Die stip aan de horizon hebben we altijd gedeeld. Alleen had je het via een natuurlijker proces kunnen laten verlopen, dan hadden we hetzelfde effect ook binnen drie jaar kunnen bereiken.”

Marjolein Dijns van Achmea geeft toe onvoldoende oog te hebben gehad voor de bestaande samenwerking: “Welke bestaande werkrelaties zijn er met huisartsen, ziekenhuizen, buurtteams? Wat is er al opgestart? Welke thuiszorgorganisaties zijn aanwezig, wie hebben de specialistische teams? Daar hadden we meer naar moeten kijken. Achteraf gezien hadden we meer aan bestaande partijen moeten vragen om een aanbod te doen, samen met de gemeenten en huisartsen.”

Careyn weigerde om onder de kostprijs te gaan werken en spande in het najaar van 2015 een kort geding tegen

Zilveren Kruis Achmea aan. Dat verloor Careyn, maar Achmea bleef wel in gesprek met de diverse partners en de pilot werd uitgesteld. Na maanden onderhandelen bereikten de partijen een compromis en tekenden een intentieverklaring. Careyn krijgt het reguliere tarief voor specialistische wijkverpleging vergoed en mag weer rechtstreeks aan Achmea declareren. De wijkverpleegkundige van de zorgaanbieder aan wie een wijk is gegund, kijkt hoe de benodigde specialistische zorg geregeld kan worden. Het is dus iets ingewikkelder geworden.

Volgens huisarts De Kok is er nu een tekort aan wijkverpleegkundigen. “Zilveren Kruis eist dat er binnen een team meer wijkverpleegkundigen op niveau 5 zijn. Dat is volgens mij niet nodig. Als je in teamverband de zorg rondom de patiënt goed regelt, kan daar best wat diversiteit in zitten. Als er maar iemand is die de kwaliteit waarborgt. Door die opleidingseis is er nu een tekort aan wijkverpleegkundigen. Het komt voor dat een patiënt gespecialiseerde verpleegkundige zorg nodig heeft, maar dat de wijkverpleegkundige die niet heeft, bijvoorbeeld op palliatief gebied. We proberen in Nederland juist om de palliatieve zorg thuis te verbeteren en daar heb je specialisten voor nodig. Huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn generalisten. Als je de kwaliteit van zorg op een hoog niveau wilt houden, heb je specialistische teams nodig om de huisarts en de wijkverpleegkundige te ondersteunen.”

Marjolein Dijns onderzoekt hoe de kwaliteit gegarandeerd blijft. “Moet je gespecialiseerde zorg per wijk organiseren, of kun je dat beter op stadsniveau doen? Dat was één van de vragen. Misschien moet dat bij een uitbreiding van de pilot toch meer op stadsniveau gebeuren. In de intentieverklaring is afgesproken om gezamenlijk te kijken hoe we de gespecialiseerde zorg op een hoger niveau kunnen krijgen. Door betere scholing bijvoorbeeld.”

Huisarts De Kok: “Ik heb begrepen dat andere thuiszorgorganisaties de kennis en kwaliteit door middel van opleidingen en cursussen zelf gaan uitbreiden. Ik vind het jammer dat de expertise en samenwerking die we al hebben in de stad mogelijk verloren gaat. Maar



of de kwaliteit in de toekomst net zo goed is als de specialistische verpleegkundigen in het verleden, is maar de vraag. Daar maak ik mij zorgen over.” Marjolein Dijns: “Het is goed dat partijen bij ons hebben aangeklopt met hun twijfels. Waar nodig sturen we bij.”

Wat door het compromis niet is veranderd, is dat voor de generalistische wijkverpleging alleen de voorkeursaanbieder een regulier tarief ontvangt. De andere voorkeursaanbieders in de stad mogen in alle wijken zorg leveren, maar ontvangen in de wijken die hen niet gegund zijn slechts 75 procent van het tarief. Op de vraag waarom Zilveren Kruis vasthoudt aan die lagere vergoeding geeft Dijns geen antwoord. Wel zegt ze: “Voorkeursaanbieders kunnen ook afspraken maken voor onderaanneming als ze in elkaars wijk zorg leveren. Mensen houden dan keuzevrijheid tussen aanbieders.”

Huisarts De Kok vindt dat een vreemde gang van zaken: “Zilveren Kruis legt de verantwoordelijkheid bij de thuiszorgorganisaties, die moeten zorgverzekeraartje gaan spelen met het budget, terwijl het de rol van Zilveren Kruis is om zorg voor patiënten in te kopen.” Ook Marthijn Laterveer van LOC Zeggenschap in de zorg vindt een situatie met onderaanneming onaanvaardbaar. “Als je het over keuzevrijheid van burgers hebt, dan is

het raar dat je afhankelijk wordt van de vraag of een aanbieder bereid is om met een andere organisatie een contract te sluiten. We willen best nadenken over andere modellen. Of dat je kijkt of mensen in de wijk een rol kunnen spelen bij het selecteren van zorgaanbieders, zodat de diversiteit blijft. Maar niet op de manier waarop het nu georganiseerd is, waarbij het lijkt alsof er keuzevrijheid is maar het budget toch beperkt wordt of een aanbieder bereid moet zijn andere contracten te sluiten. Dat is niet de rol van een aanbieder.”

Voordeel van de nieuwe werkwijze is volgens De Kok dat huisartsen met de tijd de wijkverpleegkundige teams in hun eigen wijk beter leren kennen. “Het is voor de patiënt beter als huisarts en de wijkverpleegkundigen elkaar goed kennen, dan dat de patiënt een keuze heeft in welke instelling de zorg levert. Het gaat om de personen, het persoonlijke contact, niet om de instelling.”

Marjolein Dijns wil tot slot nog kwijt dat de pilot meer positieve gevolgen heeft: “Buurtteams gaan samenwerken met mantelorganisaties. Nu ben je als buurtteam verantwoordelijk voor een wijkbudget en loont het om mensen de juiste zorg te geven. De samenwerking met de informele zorg komt zo verder op gang. Dat is belangrijk om bijvoorbeeld eenzaamheid tegen te gaan.”