



Wat geef jij de minister mee in onze kennismaking?

We vroegen deelnemers aan de bewegingen Radicale vernieuwing langdurige ggz en Radicale vernieuwing zorg en het netwerk LOC cliëntenraden: Wat wil jij de minister meegeven in onze kennismaking? Het volgende geven ze mee.

Deelnemers Radicale vernieuwing langdurige ggz

Boodschap van een psychiater werkzaam in een herstelkliniek:

In de WLZ-GGZ (behandeling en begeleiding voor mensen die langdurig 24-uurs zorg nodig hebben vanwege een psychische aandoening) leveren we zorg aan een **kwetsbare groep mensen**. Deze groep is **geenszins 'uitbehandeld' of 'opgegeven'**, maar wel kwetsbaar.

Een deel van deze groep **kan zijn/haar belangen niet op alle fronten goed zelf behartigen**. Een klein deel staat zelfs niet achter de WLZ-aanvraag. Een deel wil zelf geen zorg vanuit beschermd wonen of GGZ behandeling. Bij het maken van beleid voor deze groep is het dus belangrijk **altijd meervoudig perspectief mee te nemen**: cliënt-ervaringsdeskundigheid maar ook naasten-ervaringsdeskundigheid, klinische ervaring van zorgprofessionals, wetenschappelijke kennis en maatschappelijke issues rondom veiligheid en overlast.

Een deel van deze groep heeft al een langdurige geschiedenis in de GGZ, waarbij zorg vaak gefinancierd wordt of is geweest vanuit ZVW, WLZ en WMO. Deze verschillende 'potjes' maken het uiterst complex om goede zorg aan deze groep te leveren. We kunnen nog niet beoordelen of de huidige wet WLZ dat probleem deels oplost. Ik hoop

dat erg. **De 'grensproblemen' tussen de potjes is een groot probleem in de dagelijkse zorg.** Een voorbeeld: een patiënt is klinisch psychiatrisch opgenomen vanuit de ZVW. Het is een ernstig beeld dat nog onvoldoende reageert op behandeling. In het verleden is er al een keer een uithuiszetting geweest en veel overlast voor de buurt. Patiënt heeft nu nog een huurwoning. Hoop en doel behandelaars is dat hij terugkeert naar de eigen woning. Dat is ook wens patiënt. Het is alleen nog niet duidelijk of dat haalbaar wordt. **De zorgverzekeraar oefent druk uit om WLZ aan te vragen vanwege de lange opnameduur.** Dat willen behandelaars nog niet. Patiënt wil het al helemaal niet en zal dus ook niet tekenen voor de WLZ aanvraag. Een belangrijke **reden om nog niet aan te vragen is dat patiënt in de WLZ eigen bijdrage gaat betalen en dan de woning niet aan kan houden.** Maar stel dat het beoogde doel (ontslag naar eigen woning) niet behaald wordt, dan wil je eigenlijk dat patiënt al op wachtlijst beschermd wonen staat. Maar dat kan nog niet want daarvoor moet je eerst een WLZ aanvraag doen.... Beschermd wonen binnen WMO accepteert hem niet op de wachtlijst want die vindt het 'een typische WLZ casus'.

Deze grensproblemen tussen de potjes en de enorme druk om binnen de GGZ kort te behandelen maken de behandelgeschiedenis van veel WLZ-patiënten rommelig en onoverzichtelijk. Ik kan het niet bewijzen maar ik vraag me vaak af of het beloop voor de patiënt niet gunstiger was geweest als er eerder (dure) langdurige zorg op was gezet. Als je alle kosten bij elkaar optelt (ZVW, WLZ, WMO maar ook overige maatschappelijke kosten) denk ik dat het ook goedkoper is om eerder te intensiveren.

Iets zeggen over de WLZ-GGZ groep blijft complex (zie 2e bullet) omdat het snel paternalistisch is omdat een deel van deze groep een andere visie heeft op wat er aan de hand is en wat ze nodig hebben dan de zorgprofessionals. Dus neem bovenstaande tekst van mij (psychiater) niet at face value aan maar betrek ook ervaringsdeskundigen bij beleidsvorming! Dat moeten wel ervaringsdeskundigen zijn die deze groep snappen en kennen. Een probleem is dat juist de meest ernstig aangedane mensen het vaak niet eens zijn met hun diagnose of met het feit dat ze psychisch kwetsbaar zijn, en dus ook geen lid zijn van patiëntenbewegingen, en hun stem niet laten horen. Sommige ervaringsdeskundigen hebben zelf heel ander soort problematiek en kennen deze groep niet.

Stabiele woonplekken zijn een vereiste voor herstel. Voor deze groep zijn deze goede woonplekken er onvoldoende. Onderzoek wijst uit dat patiënten veelvuldig verhuizen (van ambulante naar klinische en omgekeerd, of van zorginstelling naar zorginstelling, en van locatie naar locatie). Verhuizen is een major life event. En dit is al een kwetsbare groep. **We zouden 'wonen' voor deze groep tot absolute prioriteit moeten maken om meer herstel te bereiken.**

Boodschap van een Regiomanager RIBW:

Als het Ministerie daadwerkelijk een Radicale vernieuwing voorstaat dan moeten zorgorganisaties de ruimte krijgen om hiermee te experimenteren, ongehinderd door accountsprotocollen, financieringsstromen, verantwoording, NZA etc. Er is zoveel gereguleerd dat het daardoor bijna niet mogelijk is om radicaal te vernieuwen. Zo lang het ministerie en dus gemeenten en zorgkantoren blijven sturen op controle, blijven organisatie en dus haar medewerkers sturen op verantwoorden. Ik probeer al een paar jaar om de gemeenten mee te krijgen om binnen het ambulante werken niet alleen met een maatwerkvoorziening (lees: je moet een indicatie hebben) te werken, maar een lumpsum financiering te geven. Net als in het voorliggende veld. Hierdoor is onze expertise direct beschikbaar voor alle inwoners. Hierdoor voorkom je dure zorg, je voorkomt escalatie, je hebt geen traject nodig om tot een indicatie te komen etc. met andere woorden, de zorg is toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed.

Iedereen is het met de beweging eens, maar, niemand durft dit aan, want...dan is er geen controle meer. Voor de duidelijkheid, ik vraag niet om meer middelen, maar om een ander label aan die middelen waardoor we beter ons werk kunnen doen.

We blijven volhouden, ik geloof in daadwerkelijke verandering.

Boodschap van een directeur behandelzaken en verpleegkundig specialist Herstel Voorzieningen:

Ik denk dat er heel veel goed gaat. Dat onze langerdurende zorg cliënten steeds meer profiteren van behandeling en werken aan herstel. En dus minder afhankelijk van ons worden. Vaker uitstromen naar voorzieningen buiten de GGZ. Zoals beschermde woonvormen, zelfstandige woningen of andere vormen van wonen. Maar voor specifieke doelgroepen knelt het daar. **Het wonen voor mensen met een complexe begeleidingsvraag is lastig. Meeste woonvormen zijn ingericht op mensen die minder zorg intensief zijn.** Maar onze klinieken zijn ook (liever) niet de permanente woonplekken. Hier is teveel de focus op behandelen en is de klinische setting niet helpend in het herstel van mensen. Zeker als er alleen nog maar een woonvraag is. Ik merk dat veel GGZ instellingen hiermee worstelen. Je wilt niet terug naar de klassieke verblijfsafdelingen, je gunt mensen een eigen woning, maar met intensieve zorg in de nabijheid. Vaak zit de maatschappij niet te wachten op deze burens. En is er ook veel te zeggen voor meer beschutte woningen, op bijvoorbeeld onze terreinen. Kortom een dilemma.

Een meer sluitende keten van zorgaanbod, gericht op zelfstandigheid, zou mooi zijn.

Waarbij financiering en scheiden wonen-zorg niet altijd meehelpen. WLZ openstelling kan mogelijk wel meehelpen en biedt kansen.

Boodschap van een teammanager woonvoorziening:

Naar aanleiding van jullie gesprek met de minister zou ik haar willen meegeven:

- Net zulke gesprekken als wij hebben gehad bij de meetings.
- Meer woonvoorzieningen / woonplekken waar mensen kunnen wonen en de begeleiding en/of zorg makkelijk is op en af te schalen.
- Dus **niet** de cliënt/bewoner verplaatsen maar de zorg brengen naar de cliënt/bewoner.
- Minder klinieken. Kleinschaliger opvang en respijtplakken in de wijken.
- Verkorten opnameduur, versterken thuissituatie met behandeling thuis.
- Behandelaars beter bereikbaar 24 uur per dag en niet alleen in nood toegankelijkheid van begeleiding en behandeling.
- Gelijkwaardigheid en ervaringsdeskundigheid. Iedereen aanspreken op eigen kunnen en mogelijkheden om erkenning te kunnen geven. Minder macht bij behandelaar bij diagnoses. Minder regelgeving.

Boodschap van een programmaleider onderzoek bij een RIBW:

Het draait in het beschermd, begeleid wonen niet om uitstroom, maar om kwaliteit van leven. Wijkgerichte ggz en buiten de kliniek verblijven met epa is een resultaat van 40 jaar rehabilitatie en 10 jaar herstelgerichte zorg.

Boodschap van een Programmamanager langdurige ggz:

Richt je op manieren waaruit vertrouwen kan blijken tussen samenwerkende partners in de zorg waarbij regelgeving /richtlijnen e.d. maximaal verminderd worden en minimaal initiatieven in de weg staan.

- Personeelstekort: zij-instromers promoten en salaris dan wel doorgroeien in je functie meer mogelijk maken

- Voor de cliënten die te maken hebben met de langdurige Ggz is stabilisatie essentieel om van daaruit een plek in de samenleving (klein/groot/naar persoonlijke wens) te vinden. Initiatieven waaruit samenwerking voor deze doelgroep met voorliggend veld in praktische zin (dus niet op papier) blijkt, stimuleren

Boodschap van een Manager Bedrijfsvoering Herstelgerichte ggz:

Wet- en regelgeving/beleid in de wlz ggz wonen is te veel een kopie van de regelgeving die geldt in wlz vg of vvt sectoren. Weinig oog voor de ggz doelgroep.

Deelnemers Radicale vernieuwing zorg VVT

Boodschap van een Directeur Zorg

Wat ik wenselijk zou vinden dat meegenomen wordt, is het werken/verder ***vorm geven aan een andere vorm van verantwoording*** afleggen, zoals in het rapport van de RVS Blijk van Vertrouwen (zie bijlage). Willen we dat echt vorm geven, dan zullen niet alleen de zorgorganisaties iets moeten doen, maar zeker ook de overheid en uitvoeringsorganen, waaraan verantwoording wordt afgelegd. Het initiatief moet liggen bij zorgverleners die verantwoording afleggen en niet bij de partijen die verantwoording vragen. Daarmee komt verantwoord en in het teken te staan van het verbeteren van zorg en ondersteuning.

https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2019/05/14/advies-blijk-van-vertrouwen---anders-verantwoorden-voor-goede-zorg/RVS_advies_Blijk+van+vertrouwen_webversie.pdf

Boodschap van een Creatief Therapeut

In de kaderbrief van Conny Helder spreekt ze over het niet verder gaan met de integrale vergelijking verpleeghuiszorg en over het inzetten op andere maatregelen waaronder;

doorontwikkelen kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit sluit aan bij de notitie van zorgvisie "maak gebruik van verhalen voor kwaliteitsverbetering in het verpleeghuis". **Het is tijd voor meer aandacht voor de persoonlijke beleving van kwaliteit vanuit het perspectief van bewoners, naasten en medewerkers. Het in kaart brengen van verhalende informatie draagt bij aan het verbeteren van kwaliteit van zorg.** Hier willen we graag verder invulling aangeven. We hebben binnen onze organisatie verhalen over persoonsgericht werken opgehaald bij onze medewerkers door middel van de narratieve methode storylistening. We gebruiken de uitkomsten van dit onderzoek om onze kwaliteit van zorg te verbeteren. **Hoe maken we deze toekomstgericht en wat vertellen de verhalen ons over de dilemma's die uitvergroot ook landelijk spelen? Wat vraagt dit van het systeem? Samenwerking tussen de zorgorganisaties en toezichthoudende partijen zijn hierbij van groot belang om naast de kwaliteitsverbetering binnen zorgorganisaties ook in beoordeling en toezicht een omslag te maken naar meer ruimte voor narratieve methoden** (zie notitie zorgvisie).

Meetbaarheid is nu dominant, het gaat om anders verantwoorden, we omarmen niet de waarden en werkwijze die passen bij de bedoeling, bij doen wat nodig is, bij ruimte voor de professional, herwaardeer (inter)subjectiviteit; en betrek daar vooral bewoners en familie bij, medewerkers en vrijwilligers. Opdat we leren en verbeteren. Leren en reflecteren is anders dan sturing en controle. Bij het eerste gaat het om het proces, bij het tweede meer om de prestatie. Hoe doe je dat dan met die verhalen, eruit halen waar je trots op bent, waar vragen liggen, wat echt verbeterd moet worden en hoe verantwoord je daarover? Maar bovenal wat vinden we wel en niet acceptabel, op welk verhaal zijn we trots en welk verhaal vinden we onacceptabel? En wat zijn daar dan de rode draden in? Samen met 'systeempartners' zetten we graag deze waardevolle zoektocht, die in onze optiek bijdraagt en leidt tot de juiste zorg, voort.

Boodschap vanuit actieteam Vrijheid, veiligheid voor het levensgeluk

Binnen ons netwerk hebben de afgelopen anderhalf jaar 14 zorgorganisaties samengewerkt in het actieteam 'Vrijheid en veiligheid voor het levensgeluk van cliënten'. **Vanuit de praktijk** onderzochten we **hoe de Wet** zorg en dwang (Wzd) maximaal **kan bijdragen aan vrijheid, veiligheid en levensgeluk van cliënten.**

We kwamen erop uit dat je datgene moet doen wat waarde toevoegt aan vrijheid, veiligheid en levensgeluk. Passend bij onze gezamenlijke droom, zorg waarin de mens echt centraal staat. Dat zouden we op veel meer onderdelen moeten doen! **Alleen datgene doen wat daadwerkelijk waarde toevoegt en daar waar dat niet het geval is laten!** Laat de leefwereld van cliënten, naasten en medewerkers de basis zijn van al het

denken en doen, zie ook

<https://www.radicalevernieuwing.nl/praktijkvoorbeelden/adviezen/>

Boodschap van een Woonbegeleider

De verantwoordingsdruk moet echt naar beneden! Verder zou een nieuw kwaliteitskader opgebouwd vanaf de werkvloer er toe doen en meerwaarde kunnen hebben.

Er moet gepraat worden met het zorgpersoneel die met de voeten in de klei staan en niet met de Bobo's die niet weten wat een helpende of zo allemaal doet en moet doen.

De Financiering van de zorg is en wordt te duur zegt men? Ik snap dat goed als wij op deze manier doorgaan, maar kijk dan eens eerst naar de miljoenen die in de zorg verloren gaan door zulke onbenullige dingen.

Bijv. hier in de omgeving wordt een particuliere zorgverlener overgenomen door een grote zorgaanbieder. De particuliere zorgverlener bestond nog geen 5 jaar.

Alles maar dan ook alles moest aangepast worden, briefpapier, koffiekopjes, de auto's van ambulant team, pennen, kladblokjes enz. dat alleen al heeft meer dan 200.000 euro gekost!?! Een redelijk gemiddeld pgb tarief is €47,00 per uur $200000 : 47,00 = 4255$ uur zorg

Een zorgvrager met de indicatie VV5 heeft recht op 3,81 uur (Persoonlijke zorg, Verpleging en persoonlijke begeleiding) dat is 118 uur per maand $4255 : 118,11 = 36$ maanden zorg.

Volgens de statistieken woont iemand met een VV5 indicatie 2 a 3 jaar in een zorginstelling dus alleen het veranderen van een eigenaar kost hetzelfde als 1 bewoner zorg verlenen.

En ja ik weet wat de mensen zeggen dit is geld wat niet uit de zorg komt. Dan vraag ik mij af hoe komt een bedrijf wat alleen maar Zorg levert dan aan geld om zulke dingen te doen ze maken ergens winst op? Zo maar even een voorbeeld van het onbenullige....

Dus ik zou voorstellen om een overhead plafond in te stellen van een redelijk percentage wat uitgegeven mag worden aan andere zaken dan directe zorg. Er blijft gewoon te veel geld in de zorg hangen aan randzaken; ik zou zo nog andere rekenvoorbeelden kunnen geven maar ik denk dat mijn punt duidelijk is

Boodschap van een Manager

Conny Helder kent de agenda voor de ouderenzorg heel goed, dus vooral succes!

Boodschap van een Verpleegkundig specialist

Investeer in ontwikkeling/loopbaan van verzorgenden; verzorgenden moeten zich kunnen ontwikkelen binnen hun eigen vak. Wij horen nu vaak dat verzorgenden wel gestimuleerd worden om verder te leren door een opleiding tot verpleegkundige te doen (mooi!), maar dat er te weinig tijd/ruimte/middelen zijn om te ontwikkelen binnen het vak verzorgende, en dat is wel hard nodig.

Wat kan er concreet gedaan worden?

- Ontwikkelen loopbaanpaden voor verzorgenden (kun je rol patiëntenzorg combineren met onderwijs, beleid, onderzoek)
- Méér verzorgenden stimuleren een vervolgopleiding te doen, zoals de vervolgopleidingen gespecialiseerd verzorgende psychogeriatric, somatiek, gerontopsychiatrie, revalidatie
- Tijd/ruimte/middelen vrijmaken voor ontwikkelen leervraag voor verzorgenden
- V&VN een plaats geven bij het in het coalitieakkoord afgesproken opleidingsakkoord VVT (uit onze contacten met VWS blijkt dat men met name werkgevers-werknemers een plek wil geven en niet de beroepsverenigingen)

Waarom? Zonder bovenstaande punten zal de uitstroom van verzorgenden uit de ouderenzorg blijven plaatsvinden en naast voldoende instroom is er veel behoefte aan het terugdringen van de uitstroom van professionals in de ouderenzorg, zodat er voldoende senioriteit blijft bestaan. Een kritische factor in de stabiliteit van een organisatie (kwaliteit van zorg) is voldoende senior-personeel en niet continu wisselen van mensen.

Een laatste punt: als we voldoende verpleegkundigen willen binden, boeien en benutten in de langdurige zorg, zullen we ook hen loopbaanpaden moeten bieden. Eén belangrijke mogelijkheid is het bieden van klinische vervolgmogelijkheden, bijvoorbeeld als verpleegkundig specialist. Daarom:

- Investeer in méér opleidingsplaatsen voor verpleegkundig specialisten (specifiek in de langdurige zorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg)
- Stap af van de gedachte dat er een tekort is aan specialisten ouderengeneeskunde; dat is niet het geval; met een andere inrichting van de zorg, is dit vermeende tekort echt oplosbaar.

- Zorg voor goede inzetbaarheid van expertise, bijv. door de verpleegkundig specialist Wzd-functionaris te maken

Het aantal oudere echtparen neemt toe, de kans dat zij met een zorgvraag te maken gaan krijgen is hoog. Echtparen ervaren de kans om gescheiden geworden als hoog en stressvol. Ook het behouden van eigen regie lukt niet altijd. Dit, terwijl de kaders verpleeghuiszorg en wijkverpleging duidelijk zijn over behoud van eigen regie. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat ouderen zo lang mogelijk samen kunnen blijven, zodat gezamenlijke coping in stand blijft, of dat zij zo goed mogelijk gefaciliteerd worden als ze wel apart wonen? Deze relatie is cruciaal, zeker omdat zij ook voor elkaar zorgen.

LOC Cliëntenraden

Boodschap van een cliëntenraadslid

Ik zou ervoor willen pleiten dat de onkosten naast de vacatievergoeding voor cliëntenraadsleden onbelast gaat worden. We moeten het hebben van mensen met uitkeringen en hierdoor kunnen we deze mensen niet binnen krijgen terwijl ze zo waardevol zijn. Daarnaast als het belast is komt het voor je buitengewone lasten, de drempel voor de CIZ bijdragen en nog veel meer financiële gevolgen. We missen hierdoor een grote groep belangrijke kandidaten.