

“Dat kan toch niet de bedoeling zijn!”

Casuïstiek voor onbedoelde zorgverlening binnen het sociaal domein.

Inleiding

Recent is binnen het sociaal domein van de gemeente Berkelland een werkgroep geïnstalleerd met vertegenwoordigers vanuit verschillende geledingen. Deze werkgroep bestaat uit Lena van Gastel (procesbegeleider), Agnes Geerdink (zorgverlener bij Zozijn), Michel Ligtenbarg (strateeg sociaal domein), Susan van der Zwaag (concernopdrachtgever) en Monique Pragt (teamcoach Voormekaar VMK). De werkgroep heeft tot taak een advies aan het College van B & W voor te bereiden omtrent een pragmatische, eensluidende aanpak van werksituaties die in de praktijk afwijken van ‘de bedoeling.’ Bijkomende vraag is tevens of de gehanteerde methodiek schaalbaar kan zijn. De opdracht wordt uitgevoerd aan de hand van drie casussen, praktijksituaties binnen het sociaal domein.

Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op vier stelselwetten, de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Daarnaast bestaat binnen het sociaal domein de Participatiewet. De Wlz wordt landelijk geregeld, maar de Wmo en de Jeugdwet vallen sinds 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Zij moeten, geholpen door zorgaanbieders, ondersteuning verlenen op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang. Door de almaar stijgende kosten van de zorg, maakte de regering de afweging dat de uitvoering van de Wmo en jeugdwet efficiënter en (dus) goedkoper via de gemeenten zou kunnen verlopen. Zij immers zitten dicht bij de inwoners. Uitgangspunt bij de nieuwe Wmo bovendien werd de zelfredzaamheid van de zorgvrager. Niet langer geldt het principe ‘ik heb recht op’, maar staat de vraag centraal wat ik, al dan niet met behulp van mijn omgeving, nog zelf kan en wat niet meer.

Het was zeker geen gemakkelijke opgave voor de gemeenten die ineens met nieuwe taken werden geconfronteerd en bovendien gekort in de financiering die er tot dan toe op landelijk niveau mee gemoeid was. Het zorgstelsel op zich is al complex en de combinatie met nieuwe zorgtaken en (tijds)druk om binnen de nieuwe financiële kaders lopende en nieuwe contracten te respecteren en af te sluiten, werd een zware uitdaging. Na drie jaar ‘pionieren’ en ontwikkelen mag de conclusie getrokken worden dat de achterstand zo goed als weg is, maar het spreekwoord zegt niet voor niets dat ‘waar gehakt wordt, spaanders vallen’. Tussen beleid en uitvoering zit een complexe weg die niet altijd rechtdoor loopt. Herstel daarvan vraagt inspanning en onderling vertrouwen van de verschillende partners die in het proces betrokken zijn.

Ook binnen het sociaal domein van de gemeente Berkelland zijn de gevolgen van de vrij abrupte overdracht van de Wmo, de Participatiewet en de Jeugdwet merkbaar geweest. De gehanteerde procesmethodiek, aanvraag tot zorgondersteuning, keukentafelgesprek consulent, indicatie, beschikking college, inschakeling zorgaanbieder en zorguitvoering, bleek lastig en niet vrij van hobbels. De praktijk leerde aldoende dat niet iedere thuissituatie vergelijkbaar is en niet iedere zorgvraag gebaat is bij dezelfde oplossing. Het gehanteerde beleid echter verliep wel langs die lijn en zorgde voor een wegdrijven van de bedoeling, zorg op maat in het belang van de cliënt. Gelukkig lijkt de wal het schip te keren. De boven genoemde werkgroep is al actief en onderzoekt via een drietal casussen hoe praktijkafwijkingen van ‘de bedoeling’ het beste kunnen worden aangepakt. De eerste casus betreft de Wmo.

Casus: Praktijkvoorbeeld van een keukentafelgesprek/Wmo aanvraag

Onderstaand voorbeeld is een geanonimiseerde situatie van een indicatiegesprek en een opvolgend, geautomatiseerd herhalingsgesprek na een jaar. Echter, beschreven casus is wel degelijk te herleiden naar een reële praktijksituatie. Het herhalingsgesprek wordt vanuit het systeem opgedragen,

onafhankelijk van de input van de betrokkenen omtrent de feitelijke situatie. De praktijk wijst uit dat zorgverleners vragen zetten bij deze methodiek. Een herhalingsgesprek is niet altijd nodig en kan bovendien kwetsend voor de cliënt in kwestie zijn. Bovendien gaat het ten koste van de beschikbare tijd van de consulent, met als gevolg achterstand in keukentafelgesprekken en uitstel van de benodigde zorg.

Mevrouw B. is 68 jaar en heeft in 2017 een herseninfarct gehad. Zij heeft geluk gehad met het herstel, maar kampt desalniettemin met concentratieproblemen, evenwichtsstoornissen, zware vermoeidheid en een vertraging van het denkproces. Volgens de arts is onduidelijk of en wanneer er een verder herstelproces zal intreden. Waarschijnlijker is echter dat het mevrouw B. in de tijd eerder achteruit dan vooruit gaat. Na twee weken thuis verzorgd te zijn door haar dochter, besluit deze laatste dat ze lang niet alle benodigde hulp zelf kan leveren en ze belt naar het Wmo-loket van de gemeente. Ze wil een gesprek met de consulent over ondersteuning. Eigenlijk schaamt haar moeder zich omdat ze het niet meer zelf kan, maar ze ziet ook wel in dat er geen andere mogelijkheid is. Bovendien wil ze graag in haar eigen huis blijven wonen. Mevrouw B. krijgt binnen de gestelde zes weken de consulent van het Voormekaar Team op bezoek voor het zogenaamde keukentafelgesprek. Dochter C. zit er eveneens bij. Tijdens het gesprek worden de knelpunten m.b.t. de zelfredzaamheid van mevrouw B. onderzocht. Tevens wordt gekeken naar het eigen zorgnetwerk (mantelzorg), zoals familie, vrienden, kennissen en burens. Tenslotte wordt per levensdomein bekeken waar de witte vlekken liggen en waar additionele, passende ondersteuning moet worden geboden in het kader van de Wmo. Besloten wordt een stukje maatwerk te bieden op het terrein van huishouding en vervoer en mobiliteit. Mevrouw B. ontvangt voorlopig twee halve dagen per week huishoudelijk hulp met de aantekening dat mocht blijken dat mevrouw B. zichzelf op termijn weer redt met het huishouden, het kan worden afgebouwd. Verder krijgt ze een taxipas waarmee ze naar haar dochter op bezoek kan en onder de mensen blijft. Zij mag niet meer autorijden en is dus afhankelijk van derden voor haar vervoer. Dochter C. zorgt een keer per week voor de boodschappen, post en administratie. Bovendien worden de burens gevraagd om een oogje in het zeil te houden. De papieren worden ingevuld en de consulent vertrekt. Binnen de gestelde acht weken ontvangt mevrouw B. de beschikking van de gemeente. Zij kan nu contact opnemen met een van de zorgaanbieders die door de gemeente ondersteund worden. In samenspraak met haar dochter kiest mevrouw B. voor Zozijn.

Na een jaar neemt het Wmo-loket wederom contact op en maakt een nieuwe afspraak. Zoals de regels het voorschrijven, wordt ieder jaar opnieuw een indicatiegesprek gehouden. Dit keer belt niet de consulent van vorig jaar aan, maar een nieuwe. Dochter C. is ook dit keer aanwezig. De volgende vragen onder meer worden gesteld aan mevrouw B.

“U heeft in 2015 een herseninfarct gehad, zie ik in het dossier. Hoe gaat het nu met u?”

“U krijgt begeleiding van een aanbieder. Waar ondersteunt deze u bij?”

“Bent u tevreden over de aanbieder die u nu begeleiding biedt?”

“Ik lees in het rapport dat er de vorige keer is afgesproken dat u mogelijk zelf weer een stukje van het huishouden gaat oppakken. Wat kunt u nog zelf?”

“Wat vindt u nog moeilijk?”

“Hoe ziet u zichzelf over twee jaar?”

Dochter C. is duidelijk niet tevreden na afloop van het gesprek. Ze zag de schrikreactie van haar moeder toen ze weer werd geconfronteerd met haar aandoening en hoorde dat de hulpverlening mogelijk teruggeschroefd zou worden. Bovendien snapt ze absoluut niet waarom er weer een keukentafelgesprek moest volgen, terwijl de diagnose van de arts na het herseninfarct toch helder was. De kans op (volledig) herstel van haar moeder was uitermate gering. Daarnaast begreep ze niet waarom het punt van meer zelf doen en minder ondersteuning naar voren kwam. Ze hield regelmatig contact met Zozijn en uit die gesprekken bleek niet dat haar moeder in staat was om zelfstandig het

huishouden te doen. Zozijn twijfelde zelfs of de twee halve dagen wel voldoende waren. Door het intensieve contact zagen zij een langzame verslechtering. Hielden die twee instanties geen contact onderling? Goed, haar moeder behield de twee halve dagen zorg, maar hoe zat dat op termijn? Waren de twee halve dagen voldoende om naar voren toe haar zorgbelangen te behartigen? Wat nu, als er een plotselinge verergering optreedt, komt er dan eerst weer een keukentafelgesprek met kans op vertraging van de benodigde zorg?

Een tweede ergernis kan ontstaan als de beschikking langer dan de wettelijke termijn van acht weken uitblijft door achterstanden in het proces, bijvoorbeeld bij de afwikkeling van de keukentafelgesprekken. Cliënten wachten daardoor onnodig lang op hun zorg en de zorgaanbieder werkt feitelijk zonder contract en inkomen. De zorgverlener staat klaar, maar wacht op autorisatie van de gemeente. Natuurlijk zal de zorgverlener niet snel afhaken en het nieuwe contract gaat ongetwijfeld met terugwerkende kracht in. Het is echter de vraag of dit volgens de bedoeling is. Zo zijn er meer vragen over de geschetste situatie te stellen:

- Was het de bedoeling dat een cliënt (onnodig) werd herinnerd aan haar aandoening?
- Was het de bedoeling dat er op zo'n korte termijn weer een vervolgggesprek kwam?
- Was het de bedoeling dat er een nieuwe consulent op bezoek kwam?
- Was er gaande het zorgproces voldoende contact tussen zorgverlener en consulent?
- Is er naar de toekomst toe voldoende vanuit het belang van de cliënt geacht in plaats van het belang van het proces (vraaggestuurd)? Met andere woorden, blijven we lekke banden plakken of zoeken we naar de oorzaak?

Aan het begin kwam de complexiteit binnen de zorg al naar voren. Binnen de Wmo zijn er drie perspectieven van waaruit wordt gehandeld, de cliënt, de zorgverlener en de zorgautoriteit/gemeente. Uiteindelijk gaat het om de cliënt die zolang mogelijk moet kunnen blijven meedoen in de samenleving. Opzet is vraaggestuurd werken waarbij geld niet de enige drijfveer mag zijn. Als dat de bedoeling is, maar we constateren dat we in de praktijk soms goedbedoeld tegen zaken aanlopen die niet de bedoeling zijn, hoe lossen we dit dan op? Is er vanuit de casuïstiekgedachte een werkwijze te bedenken die ons terugbrengt naar 'de bedoeling' en tevens schaalbaar is? **Deze vraag wordt bij de eindconclusie nader besproken.**

“Dat kan toch niet de bedoeling zijn!” (2)

Casuïstiek voor onbedoelde zorgverlening binnen het sociaal domein.

Inleiding

Deze verslaglegging heeft betrekking op de tweede besproken casus. Aanvullend op de eerder genoemde werkgroep waren aanwezig: Jan Lenselink (raadslid GroenLinks), Joke Pot-Klumper (raadslid Gemeentebelangen), Rudy van de Esschert (raadslid Gemeentebelangen), Martine Tenhagen (raadslid CDA), Anne Weijman (communicatieadviseur gemeente Berkelland), Petra Ruesink (beeldverslaglegger gemeente Berkelland), Ada Hartman (ex-bestuurder van een zorginstelling), Janna Sielias (beleidsmedewerker SDOA), Marleen Kosterink (projectmanager Berkellandse Uitdaging) en Gerrie Derking (ondernemer).

De eerste casus betrof de Wmo met als kernprobleem het pijnpunt van de geautomatiseerde indicatiegesprekken. De tweede casus gaat over een andere gebied binnen het sociaal domein, de bijstandsuitkering, gerelateerd aan ‘de zorg voor werk’. Deze casus beschrijft gerichte, praktijkafwijkende ondersteuning via de ‘proeftuin maatwerk’ binnen de SDOA.

Casus 2: Proeftuin Maatwerk

(Onderstaand voorbeeld is een bestaande situatie)

Meneer B is een alleenstaande man op leeftijd. Hij ontvangt AOW, maar heeft beperkte financiële mogelijkheden. Als gevolg van een hersenbloeding heeft meneer B meerdere keren per week fysiotherapie. Door deze maatregel kan hij zelfstandig thuis blijven wonen. Medio 2018 is vastgesteld dat de aandoening van meneer B chronisch is en hij structureel gebruik moet maken van de fysio ter bestrijding van de lichamelijke klachten. Hierdoor krijgt hij sinds de diagnosestelling de behandelingen vergoed. De fysiobehandelingen in de voorliggende periode in 2018 moet meneer B zelf betalen. Het is namelijk zo dat de basisverzekering alleen fysiobehandelingen vergoedt vanaf de 21^e behandeling. Voorwaarde is wel dat de aandoening chronisch is en als zodanig vastgesteld. Meneer B heeft echter geen financiële middelen om zich aanvullend te verzekeren. Wanneer hij de fysio niet betaalt, wordt de behandeling stopgezet met als gevolg dat hij niet langer thuis kan blijven wonen.

Wordt meneer B aan zijn lot overgelaten? Dat kan tot niet de bedoeling zijn?

Meneer doet een aanvraag voor een vergoeding van de voorafgaande fysiobehandelingen in 2018. Voor deze aanvraag heeft hij contact met zijn inkomensconsulent. De SDOA vergoedt deze behandelingen niet vanwege het bestaan van een zogenaamde ‘passende en toereikende, voorliggende voorziening’, de zorgverzekering. Dit is op grond van artikel 15 van de Participatiewet (PW), waarin staat beschreven dat er geen recht op bijstand bestaat als er een beroep gedaan kan worden op een voorliggende voorziening.

De spagaat bestaat hierin dat de wetgeving feitelijk participatie tot doel heeft, maar tegelijkertijd de regelgeving niet bij alle praktijksituaties aansluit. De SDOA besluit, vanuit de maatwerkgedachte dat het wenselijk is dat meneer zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen, om de ingezette behandelingen wel te vergoeden.

De volgende afwegingen worden gemaakt:

- Sociale : Meneer B kan door de regeling thuis blijven wonen;
- Financiële : Een geringe investering nu bespaart waarschijnlijk een hoop zorgkosten later;

-Organisatorisch : Door meneer B thuis te laten wonen behoudt hij zijn zelfstandigheid

Natuurlijk zijn er ook vraagteken bij deze casus:

-Wie bepaalt dat fysiotherapie voor meneer B de juiste behandeling is?

-Wat gebeurt er als de financiële last voor de gemeente te hoog wordt?

In het boven beschreven praktijkvoorbeeld werd een oplossing voor en op een doodlopende weg gezocht. Een latere evaluatie zal moeten uitwijzen of de gekozen weg tot voldoende maatwerk leidt en onbedoelde gevolgen kan ombuigen naar 'de bedoeling'. Partijen moeten elkaar stimuleren om het beste uit de zorg en de beschikbare gelden te halen. **De mogelijk weg naar ombuiging wordt nader besproken bij de eindconclusie.**

“Dat kan toch niet de bedoeling zijn!” (3)

Casuïstiek voor onbedoelde zorgverlening binnen het sociaal domein.

Inleiding

In de eerste twee casussen is gekeken naar situaties waarin de gemeente als aanbieder, eigenaar en bewaker van het zorgsysteem de hoofdrol heeft. Gaat iets niet volgens ‘de bedoeling’ dan ligt het aan het systeem. Maar de wetgeving heeft eveneens bepaald dat ook de vragende partij een verantwoordelijkheid heeft. Zorg wordt in principe pas verleend als de eigen mantelzorgkring letterlijk en figuurlijk uitgeput is. In de derde casus keren we terug naar mevrouw B en beschrijven we onder de kop “De mantelzorger” twee hypothetische situaties. In de eerste wordt de zorginstantie onbedoeld belast. In de tweede raakt de mantelzorger te diep betrokken in het proces en loopt daardoor vast.

Casus 3: ‘De mantelzorger’

(Onderstaand voorbeelden zijn hypothetische situaties.)

Mevrouw B. is 68 jaar en heeft in 2017 een herseninfarct gehad. Zij heeft geluk gehad met het herstel, maar kampt desalniettemin met concentratieproblemen, evenwichtsstoornissen, zware vermoeidheid en een vertraging van het denkproces. Volgens de arts is onduidelijk of en wanneer er een verder herstelproces zal intreden. Waarschijnlijker is echter dat mevrouw B. in de tijd gezien eerder achteruit dan vooruit gaat. Als mevrouw B weer thuis is, wordt ze de eerste twee weken door haar dochter verzorgd.

(situatie 1) Maar dan besluit deze laatste dat ze de zorg niet langer op zich wil nemen. Uiteindelijk betaalt haar moeder zorgpremie en heeft dus recht op zorg. Ze belt naar het Wmo-loket van de gemeente. Ze wil een gesprek met de consulent over ondersteuning. Tijdens het gesprek laat de dochter haar moeder niet aan het woord. Zij weet tenslotte wat het beste voor haar moeder is. “Ik kan het er echt niet meer bijhebben”, begint ze. “Mijn vrije tijd is spaarzaam. In de week heb ik slechts één dag vrij en die besteed ik aan mijn sociale contacten. Lekker weg met vriendinnen, saunaaftjes pakken, nou ja, wat vriendinnen onder elkaar zo doen. In het weekend is het hollen en vliegen met de sport van de kinderen. Mijn oudste tennist op hoog niveau en dat kost veel reistijd. Dan heb ik echt geen zin meer om ook nog eens voor mijn moeder het huishouden te doen. Mijn moeder betaalt zorgpremie, dus ik verwacht dat dit door de gemeente wordt opgelost.”
Vr. “Is er verder iemand in de directe sociale kring die af en toe iets kan doen, kennissen of burens wellicht?”

Antw. “Nee hoor, mijn moeder heeft nooit zo’n goed contact met de burens gehad. Bovendien gruwelijk ik alleen al van het idee dat iedereen zomaar toegang krijgt tot de woning”.

(situatie 2) Eigenlijk bevalt de hulp aan haar moeder dochter B wel. De band tussen hen was nooit heel warm, maar nu merkt ze dat deze door haar te helpen verstevigt. Best een prettig gevoel, denkt ze. In de weken die erop volgen, raakt ze steeds meer betrokken bij het werk. Huishouding, boodschappen doen, afspraken met de instanties maken, tuintje aanharken et cetera. Aangezien ze zelf slechts twee dagen per week werkt, kan ze het er best bijdoen. Bovendien is moeder nog prima in staat om hier en daar te helpen. In de maanden erna echter verslechtert de toestand van haar moeder en de ‘eigen bijdrage’ van haar gaat naar nul. Het laatste wat haar dochter wil, is een achteruitgang in het huishouden en ze er besteedt allengs meer tijd aan. Thuis worden er vragen gesteld, maar ze wil er niets van weten. Het is haar moeder en daar zorgt ze zelf voor. Het duurt niet lang meer of de overbelasting eist zijn tol. Haar belasting en belastbaarheid zijn niet meer in balans.

Bovenstaande casus richt zich geheel op de mantelzorgers. “Ik heb recht op” staat niet in de wet, maar anderzijds kan de wet niemand verplichten om zich als mantelzorgers in te zetten. De andere kant is ook waar. De wet wil ook bescherming bieden tegen de situatie dat een te zware last aan zorg ten koste van de eigen gezondheid gaat. Voor de consulent is hier een belangrijke, maar niet altijd gemakkelijke taak weggelegd. Een persoonlijk gesprek kan de status quo doorbreken. Dat vergt echter ervaring en training. Bovendien is het de vraag hoe overbelaste mantelzorgers worden getraceerd. Melden zij zichzelf, is er een special loket? Wordt daar in de publiciteit voldoende aandacht aan geschonken? De gemeente kan hieraan bijdragen, en doet dit al, bijvoorbeeld door voor mantelzorgers gerichte vormen van gesprekstraining en een cursusaanbod te faciliteren.

4. Wat leren we vanuit de casussen en hoe komen we tot ‘de bedoeling’ ?

De uitgewerkte casussen geven een inzicht in de bestaande werkwijze in een specifiek zorgproces binnen het sociale domein. Het zijn feitelijk (geanonimiseerde) praktijksituaties waarin de betrokkenen op onderdelen vastlopen als gevolg van een jarenlang vast geprotocolleerd systeem. Als we dit dus constateren, hoe krijgen we hierin dan verandering? Met andere woorden, is er vanuit de casuïstiekgedachte een werkwijze te bedenken die ons terugbrengt naar ‘de bedoeling’ en tevens schaalbaar is?

Werken vanuit de bedoeling is ook leren op alle niveaus.

Lena Van Gastel bedacht een mooie metafoor om op een laagdrempelige manier tot ‘de bedoeling’ te komen. Werken vanuit ‘de bedoeling’ is namelijk meer dan alleen werken. Aan het werkproces gaat een leerproces vooraf waarbij alle betrokkenen op alle niveaus leren hoe je met elkaar tot ‘de bedoeling’, tot verbetering van het bestaande proces komt. De gebruikte metafoor bestaat uit banden plakken, steentjes uit de band verwijderen en straatje vegen. Aan de hand van casus nummer 1 wordt deze metafoor nader uitgewerkt:

a. Banden plakken

In geval van ‘banden plakken’ staat de consulent centraal. Hij of zij heeft de keuzevrijheid ten aanzien van het wel of niet inplannen van een hernieuwd indicatiebezoek. De bedoeling is continuering van zorg met zo min mogelijk wisselingen van de wachters. Goed en regelmatig overleg met de zorgverlener leidt tot inzicht omtrent de wenselijkheid en noodzaak voor een hernieuwd indicatiebezoek. ‘Banden plakken’ vormt de directe oplossing als het gaat om werken vanuit ‘de bedoeling’.

b. Steentjes uit de band

Bij ‘steentjes uit de band halen’ wordt de oorzaak van de lekke band weggenomen. Doorgetrokken naar de praktijk betekent het dat er naar een verbeterde overlegstructuur tussen de betrokken, uitvoerende professionals wordt gezocht. Een korte lijn en goede vertrouwensband tussen de VMK regisseur en zorgverlener Zozijn hadden kunnen voorkomen dat er een nieuw indicatiebezoek bij mevrouw B volgde. Maar dat geldt ook voor alle andere ‘mevrouw B’s’ die afhankelijk zijn van zorg. Steeds weer het steentje uit de band halen leidt weliswaar tot reparatie, maar blijft desalniettemin achterafbeleid. Het gaat juist om continuebeleid dat geborgd wordt en vooral ook willekeurig uitsluit. Wat hebben de professionals daarvoor nodig en welke mate van beslissingsbevoegdheid wordt hen beleidsmatig toebedeeld?

c. Straatje vegen

Bij straatje vegen gaat het om het wegnemen van de steentjes die een lekke band tot oorzaak hebben. De ‘veegploeg’ in dit geval bestaat uit de bestuurlijke en organisatorische laag. Refererend aan de casus zou er sprake kunnen zijn van een systeemaanpassing wat moet leiden tot een mandaat lager in de organisatie en tevens het voorkomen van overbodige indicatiegesprekken en wachtlijsten

(i.e. werken vanuit 'de bedoeling'). Mogelijk is ook dat een mandaat voor beleidsaanpassing op een hoger niveau dan gemeentelijk ligt, bijvoorbeeld bij de zorgverzekeraar.