Andersson Elffers Felix

Verbinding wijkverpleging en sociaal domein

Afspraken over de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg

Utrecht, 23 februari 2015
GV325/eindrapport

Andersson Elffers Felix Maliebaan 16 | postbus 85198 | 3508 AD Utrecht | telefoon 030 236 3030 | telefax 030 236 3070 | kvk 30096560 | mail@aef.nl

Inhoud

1	**Inleiding**	**3**
1.1	Aanleiding voor het onderzoek	3
1.2	Aanpak onderzoek	4
2	**Kaders niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg**	**6**
2.1	Kaders vanuit het Rijk	6
2.2	Kaders Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	7
2.3	Kaders zorgverzekeraars	8
3	**Afspraken over de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg**	**12**
3.1	Verdeling middelen en capaciteit niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg	12
3.2	Positionering wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg	14
3.3	Signalering, behoeftebepaling, mandaat en coördinatie van multidisciplinaire zorg	16
3.4	Uitwisseling van informatie over zorgvraag en zorgconsumptie	17
3.5	Voortzetting bestaande initiatieven	19
3.6	Betrokkenheid bij de vormgeving van het sociaal domein	20
4	**Proces om tot afspraken te komen**	**22**
5	**Samenvattende analyse**	**25**
Bijlage I	**Gespreksronde**	**27**
Bijlage II	**Vragenlijst**	**28**
Bijlage III	**Regio-indeling**	**29**
Bijlage IV	**Randvoorwaarden zorgverzekeraars**	**31**

1 Inleiding

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Andersson Elffers Felix (AEF) gevraagd om begin 2015 inzichtelijk te maken welke afspraken zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten hebben gemaakt over de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van wijkverpleegkundige zorg. Over de inzet van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg maken zij per 1 januari 2015 afspraken met de gemeenten om een zo integraal mogelijk aanbod aan zorg en ondersteuning voor de cliënt te realiseren. Door het organiseren van verbindingen tussen het sociaal en medisch domein kan samenhangende zorg dichtbij de mensen worden geboden.

Naast toewijsbare taken[1], voert de wijkverpleegkundige ook taken uit die niet terug te voeren zijn naar één cliënt. Onder deze niet-toewijsbare zorgtaken valt o.a. het signaleren van een mogelijke zorgvraag bij kwetsbare burgers en het deelnemen in sociale wijkteams. Hiermee wordt geregeld dat mensen in de wijk, die nog geen verpleging en verzorging hebben (bijvoorbeeld zorgmijders en mensen die de weg niet kennen) geholpen kunnen worden.[2] De wijkverpleegkundige staat in nauw contact met het wijkteam en is de verbindende schakel tussen het sociaal en medisch domein.

De taken van de wijkverpleegkundige op het vlak van samenwerking in de wijk met professionals uit de verschillende disciplines hebben een structurele plek gekregen binnen de bekostiging van de wijkverpleging. Wijkverpleegkundigen kunnen hiermee verpleegkundige taken combineren met taken op het sociaal gebied zoals het verbeteren van de samenhang tussen preventie, zorg, welzijn en wonen. Tevens is er voldoende ruimte ontstaan voor de wijkverpleegkundige om bij het bepalen van de zorgvraag van de cliënt ook de mogelijke zelfredzaamheid en de sociale omgeving te betrekken.[2]

In 2015 is € 40 miljoen gereserveerd voor niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorgtaken. Zorgverzekeraars en gemeenten maken in de regio's afspraken over de inzet van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Deze afspraken gaan over de invulling van de taken van de wijkverpleegkundige, de relatie met het sociaal domein en de wijken waar deze zorg wordt ingezet. Insteek is dat de wijkverpleegkundige zorg wordt ingezet waar deze het meest nodig is. Hiervoor worden prioriteitswijken bepaald aan de hand van een aantal criteria, zoals de lage sociaaleconomische status (SES) en een hoge zorgconsumptie in de

[1] Hierbij gaat het om verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging, katheterisaties, injecties en verzorgende handelingen zoals wassen en aankleden. Deze taken hebben een directe relatie met de zorgvraag van de cliënt en zijn dus individueel toewijsbaar.

[2] Kamerbrief *Bekostiging wijkverpleging* 19 mei 2014

wijk. De verantwoordelijkheid voor de verdeling van het budget over de regio en het contracteren van de zorgaanbieders ligt bij de zorgverzekeraar.

Om richting te geven aan de samenwerkingsafspraken is een Focuslijst verbinding wijkverpleging en sociaal domein[3] opgesteld met onderwerpen waarover zorgverzekeraars en gemeenten afspraken kunnen maken. Deze Focuslijst bestaat uit de volgende onderwerpen:

1 Positionering van de wijkverpleegkundige: positionering niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie ten opzichte van het wijkteam, contact en samenwerking tussen wijkteam en wijkverpleegkundigen
2 Signalering: opvangen en uitwisselen van signalen en omgaan met kwetsbare groepen
3 Behoeftebepaling en mandaat: bepalen of de wijkverpleegkundige of het wijkteam de behoeftebepaling uitvoert, doorverwijzing naar gemeentelijke voorzieningen en de mate van afstemming over de methodiek van vraagverheldering
4 Coördinatie van multidisciplinaire zorg en ondersteuning: bepalen van wie de coördinatie voert over de casus
5 Middelen en capaciteit niet-verwijsbare wijkverpleegkundige functie: verdeling binnen de regio tussen gemeenten
6 Informatie- en kennisdeling: informatie- en kennisdeling op wijk,- gemeenten- en/of regioniveau door zorgverzekeraar en gemeenten.

In juni 2014 heeft Zorgverzekeraars Nederland een Inkoopgids Wijkverpleging 2015 opgesteld, waarin de kaders voor de contractering van zorgaanbieders worden beschreven. Op basis van deze inkoopgids hebben zorgverzekeraars eigen inkoopbeleid opgesteld waarin zij hun eigen kleur en specifieke eisen hebben toegevoegd.

De inkoop van de niet-toewijsbare zorg voor 2015 vindt plaats op Wmo-regioniveau via representatie. Ten aanzien van de niet-toewijsbare wijkgerichte zorg worden door de representerende zorgverzekeraar afspraken gemaakt met gemeenten. Deze afspraken worden door de representerende zorgverzekeraar vertaald naar inkoopafspraken.

Het Rijk beoogt met meer inzet op niet-toewijsbare zorgtaken een integraal aanbod voor burgers, waarbij zorg en ondersteuning dicht aan huis georganiseerd wordt. Dit vraagt om een nauwe afstemming tussen zorgverzekeraar, gemeente en aanbieder.[4] AEF heeft onderzocht welke afspraken er tussen deze partijen zijn gemaakt en hoe landelijk beleid is geland in deze afspraken.

1.2 Aanpak onderzoek

AEF heeft de volgende activiteiten uitgevoerd om de afspraken tussen zorgverzekeraars en gemeenten in kaart te brengen:

[3] Focuslijst verbinding wijkverpleging en sociaal domein, mei 2014.

[4] Kamerbrief *Samenhang in zorg en ondersteuning* 4 maart 2014

1 Analyse van de inkoopdocumenten van de zorgverzekeraars

De inkoopdocumenten van de zorgverzekeraars zijn vergeleken met de Inkoopgids Wijkverpleging 2015 van ZN en er is een onderlinge vergelijking tussen zorgverzekeraars gemaakt. Bij de analyse is met name gelet op de verbinding tussen de niet-toewijsbare en toewijsbare wijkverpleegkundige taken, de verbinding met het sociaal domein en de voortzetting en gebruikmaking van bestaande initiatieven als proeftuinen en project 'Zichtbare Schakel'.

2 Gespreksronde

In gesprekken met vertegenwoordigers van de acht zorgverzekeraars die representant zijn in hun regio en met gemeentelijke vertegenwoordigers van twaalf regio's[5] is gesproken over welke afspraken er gemaakt zijn tussen zorgverzekeraar en regio en hoe dit proces verlopen is. Ook is gesproken met vertegenwoordigers van vier zorgaanbieders[6] over de afspraken die zij hebben gemaakt met de zorgverzekeraar(s) en met de gemeenten over de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.

3 Digitale uitvraag

Er is een digitale vragenlijst[7] uitgezet bij 35 regio's[8] waarmee geen gesprekken zijn gevoerd. Deze is door 32 regio's ingevuld.

Waar in dit rapport gesproken wordt over de 'wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg' wordt gedoeld op de wijkgerichte taken en werkzaamheden die de wijkverpleegkundige als onderdeel van haar werk, uitvoert. Er wordt hiermee niet bedoeld dat dit een aparte functionaris zou moeten zijn.

[5] Zie bijlage I, in de regio Zeeland zijn de afspraken per sub-regio gemaakt. Er is gesproken met vertegenwoordigers van twee subregio's.

[6] Zie bijlage I

[7] Zie bijlage II

[8] In bijlage III is de regio-indeling per zorgverzekeraar opgenomen.

2 Kaders niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg

Om inzichtelijk te maken hoe zorgverzekeraars de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige willen inzetten en welke afspraken zij hierover hebben gemaakt met gemeenten, wordt in dit hoofdstuk eerst gekeken naar de kaders die het Rijk stelt voor de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Vervolgens wordt beschreven hoe deze kaders zijn vertaald in de Inkoopgids Wijkverpleging 2015 van Zorgverzekeraars Nederland en welke kaders de afzonderlijke zorgverzekeraars in hun inkoopdocumenten hebben opgesteld.

2.1 Kaders vanuit het Rijk

Met de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) beoogt het Rijk de 'kwaliteit van zorg en ondersteuning te verbeteren, de financiële houdbaarheid te vergroten en de zelf- en samenredzaamheid van burgers te versterken.'[9] Deze verbetering wil zij bereiken met een integraal aanbod van zorg en ondersteuning dat dicht aan huis georganiseerd wordt. Het beroep op zware zorg kan zo verschuiven naar lichtere vormen van zorg en ondersteuning. Deze hervorming en transformatie vraagt om een nauwe afstemming tussen de verschillende domeinen en alle spelers in het veld.

Door de inzet van wijkverpleegkundigen wil VWS deze afstemming vorm geven en borgen. De wijkverpleegkundige draagt kortweg zorg voor 'de verbinding tussen het sociale en medische domein.'[10]

De aanspraak wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet luidt: 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'. Daarbij zal de verpleegkundige onder andere 'alert zijn op signalen uit de omgeving van betrokkene, bijvoorbeeld vanuit het sociale wijkteam'.[9]

Van de wijkverpleegkundige wordt verwacht dat zij, om integrale zorg en ondersteuning voor de cliënt te kunnen bieden, samenwerkt met andere eerstelijns aanbieders, zoals de huisarts en met partners in het sociaal domein. 'De verpleegkundige functie zal daarom in het sociale wijkteam, of een vergelijkbaar verband, vertegenwoordigd zijn.'[9] Streven is dat de burger zo min mogelijk last heeft van de verschillende domeinen en bijbehorende bekostiging.

De wijkverpleegkundige staat in dit zorgstelsel dicht bij de cliënt en is toegankelijk en bereikbaar. Zij is de schakel tussen de cliënt en zorg- en welzijnsprofessionals en coördineert een samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning.[11] De beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk (de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg) wordt op basis van populatiebekostiging vorm gegeven.[11]

[9] Kamerbrief *Samenhang in zorg en ondersteuning* 4 maart 2014

[10] Kamerbrief *Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst* 25 april 2013

[11] Kamerbrief *Bekostiging Wijkverpleging* 19 mei 2014

2.2 Kaders Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

In 2015 wordt er via representatie ingekocht. Verzekeraars hebben daarom gezamenlijk binnen ZN-verband hun inkoopbeleid vormgegeven. De Inkoopgids is bedoeld als 'een basisset van afspraken bij de onderhandelingen' en geeft 'structuur, richting en ruimte aan het inkoopproces'.[12]

In de Inkoopgids Wijkverpleging 2015 wordt niet-toewijsbare zorg als volgt gedefinieerd: 'Deze zorg richt zich op de wijk/buurt, zoals het signaleren en het aangaan en onderhouden van contacten uit het wijknetwerk. Omdat de wijkverpleegkundige zorg rechtstreeks toegankelijk is, zijn dit triagerende gesprekken. Door middel van deze gesprekken wordt er ingeschat of sprake is van een mogelijke zorgvraag binnen de aanspraak wijkverpleging. Tevens speelt preventie (stimuleren) hierbij een belangrijke rol (bron: memo NZa CE 14-05).'[12]

Samengevat ziet het onderscheid tussen de toewijsbare en niet-toewijsbare zorg er als volgt uit:

	Niet-toewijsbare, wijkgerichte zorg	Toewijsbare zorg
Doelgroep	Wijk/buurt	Individuele verzekerde
Taken	- Signaleren - Netwerktaken - Stimuleren	- Indiceren - Zorgverlening - Coördinatie van zorg
Inkoop	Door zorgverzekeraar op basis van afspraken met gemeenten	Door zorgverzekeraar

In de voetnoot bij dit schema merkt ZN op dat het van belang is 'om te realiseren dat het weergegeven onderscheid tussen de niet-toewijsbare wijkgerichte zorg en toewijsbare zorg in de praktijk minder scherp zal zijn. Samenwerking tussen beide vormen van zorg en ondersteuning is van belang om tot een succesvolle inrichting en uitvoering te komen.'[12] In de Inkoopgids wordt er van uitgegaan dat de niet-toewijsbare zorgtaken niet door een aparte functionaris worden vervuld: de wijkverpleegkundige levert zowel niet-toewijsbare als toewijsbare zorg: 'Naast de wijktaken binnen de niet-toewijsbare wijkgerichte zorg levert zij echter ook zorgtaken, de kern van haar professie. Dit valt onder de toewijsbare zorg.'[12]

De niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg wordt selectief ingezet, in vooraf bepaalde prioriteitswijken. Richtinggevende criteria daarbij zijn:

- De wijk heeft een lage sociaaleconomische status: SES
- De gemeente investeert in de wijk waar een wijkverpleegkundige wordt ingezet
- In de wijk lopen projecten op het gebied van wijkteams/wijknetwerken
- De wijk heeft een hoge zorgconsumptie in zowel de 1e als 2e lijn
- In de wijk moet er sprake zijn van problematiek op grote schaal inzake kwetsbare ouderen en/of chronisch zieken (bijv. DMII, COPD, CVRM).

[12] Inkoopgids Wijkverpleging 2015 (juni 2014) Zorgverzekeraars Nederland, pg. 7

Zorgverzekeraars en gemeenten maken op regionaal niveau afspraken over de inzet van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Als kader voor deze regionale gesprekken tussen zorgverzekeraars en gemeenten is de Focuslijst[13] opgesteld. ZN benadrukt in de Inkoopgids Wijkverpleging 2015 dat het van belang is dat in de gesprekken tussen zorgverzekeraars en gemeenten de integraliteit van het verpleegkundige beroep, dus de relatie tussen wijkgerichte taken en de toewijsbare zorg, bewaakt moet worden.[14]

Zorgaanbieders moeten aan een aantal voorwaarden voldoen willen zij niet-toewijsbare zorg mogen leveren. [15] De aanbieder:

- Moet kunnen voldoen aan de gestelde voorwaarden van toewijsbare zorg
- Organiseert zich in de wijk en heeft draagvlak voor de methodiek van wijkteams
- Werkt volgens de geldende beroepsstandaarden en –protocollen
- Conformeert zich aan het beschikbare budget voor toewijsbare en niet-toewijsbare zorg
- Heeft (wijk)verpleegkundigen niveau 5 in dienst
- Positioneert de wijkverpleegkundige los van de moederorganisatie, zodat de wijkverpleegkundige professioneel onafhankelijk kan werken
- Stelt de wijkverpleegkundige randvoorwaardelijk in staat dat de verwijzing naar een zorgaanbieder onafhankelijk gebeurt en kan ook aantonen hoe dit is geregeld. De verzekeraar zal monitoren of er +/- naar rato van productieafspraken wordt verwezen naar aanbieders welke werkzaam zijn in het betreffende werkgebied van de wijkverpleegkundige
- Heeft als uitgangspunt dat de wijkverpleegkundige volgens het normenkader van de V&VN werkt. En in het verlengde daarvan werkt de wijkverpleegkundige volgens de principes ontzorgen/eigen kracht/inzetten informele zorg/regie bij de verzekerde en actief betrekken bij het sociale domein. De aanbieder moet dit kunnen aantonen door resultaten te overleggen die aantonen dat de wijkverpleegkundige /aanbieder werkt volgens deze principes
- Toont aan dat er een samenwerkingsrelatie is met het sociaal domein binnen de gemeenten waar de zorgaanbieder actief is.

2.3 Kaders zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben op basis van de Inkoopgids Wijkverpleging 2015 van ZN eigen inkoopbeleid samengesteld, waarin zij hun eigen invulling en kleur geven aan wat zij scharen onder niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg en hoe deze volgens hen vorm moet krijgen. Dit vertaalt zich naar eisen aan zorgaanbieders.

CZ houdt nagenoeg de indeling uit de ZN Inkoopgids aan. De wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg signaleert, inventariseert, overlegt met het wijknetwerk en verwijst waar nodig door naar Wmo, Zvw en Wlz. Zij voert met name triagerende gesprekken en geeft advies rondom zelfzorg en mantelzorg. CZ spreekt over de ‘wijkverpleegkundige’ als het gaat over zorg die de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg levert en

[13] Focuslijst verbinding wijkverpleging en sociaal domein, opgesteld in opdracht van VWS, VNG en ZN, mei 2014.

[14] ZN Inkoopgids Wijkverpleging 2015, pg.12

[15] Inkoopgids Wijkverpleging 2015 (juni 2014) Zorgverzekeraars Nederland, pg. 19

'verpleegkundige' als het over toewijsbare taken gaat. Over deze afbakening is opgenomen: 'Ondanks bovenstaande afbakening zal het voorkomen dat een wijkverpleegkundige incidenteel een wondje verzorgt. Evengoed zal een verpleegkundige de afstemming zoeken met het wijknetwerk.'[16] Eno heeft een soortgelijke passage in het inkoopdocument opgenomen.[17] In de neerslag van de afspraken valt deze knip weg: de niet-toewijsbare en toewijsbare zorg wordt door dezelfde functionaris geleverd.

Bij CZ en Eno wordt expliciet vermeld dat de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg kan doorverwijzen naar een zorgaanbieder voor toewijsbare zorg, waarbij de cliënt de keuze maakt voor de desbetreffende aanbieder.

VGZ vindt het belangrijk dat de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg de ruimte en tijd heeft om de verbinding met de wijk en het sociaal wijkteam te kunnen leggen en zo het voortouw kan nemen in de coördinatie van zorg en ondersteuning. Zorg en Zekerheid volgt VGZ in deze lijn. VGZ schaart, in afwijking van de Inkoopgids ZN, het opstellen van een zorgplan en de coördinatie van zorg bij cliënten met meervoudige problematiek onder de niet-toewijsbare zorgtaken. 'De toegang en het opstellen van het zorgplan bij cliënten met meervoudige problematiek op zowel het sociale domein als het zorgdomein, schaart VGZ doelbewust onder de niet-toewijsbare zorg.'[18]

De Friesland[19] en Achmea zijn in hun inkoopdocumenten het minst uitgesproken over de taken: zij spreken – op basis van de landelijk vastgestelde taken - over signaleren, stimuleren, netwerktaken en preventieve taken.

Voor DSW zijn de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg het verbinden van het sociaal en medisch domein, met als kerntaken: signaleren, regisseren en coördineren.[20]

Voor Menzis is de wijkverpleegkundige bij uitstek de spil in de wijk, waarbij burgers terecht kunnen. Mensen hebben zo één aanspreekpunt voor al hun vragen rondom welzijn, wonen en zorg.[21]

Om gecontracteerd te kunnen worden moesten zorgaanbieders door het invullen van formats aangeven hoe en of zij aan de gestelde eisen en randvoorwaarden van de zorgverzekeraar voldoen. Alle zorgverzekeraars vroegen om inzichtelijk te maken hoe samenwerking met het sociaal domein en met het medisch domein in de 1e lijn vorm krijgt. Ze kozen hiervoor verschillende vormen.

---

[16] Zorg inkoopdocument wijkverpleging 2015 CZ, pg.9

[17] Samen voor goede zorg, Addendum ZN inkoopgids Wijkverpleging Eno, pg.6

[18] Inkoop wijkverpleging Coöperatie VGZ 2015, pg.7

[19] De Friesland Inkoopdocument 2015 Niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg, pg 9.

[20] DSW addendum wijkgericht werken (onderdeel van de Overeenkomst Wijkverpleging)

[21] Menzis Inkoop Wijkverpleging 2015, pg. 7

Menzis vroeg om een business case, met SMART doelstellingen, waarin de aanbieder onder andere de deelname aan (integrale) ouderenzorg aantoont en hoe er substitutie van duurdere naar lichtere vormen van zorg en naar welzijn of informele zorg plaatsvindt. Ook konden aanbieders aangeven voor welke doelgroep of op welke knelpunten zij de niet-toewijsbare zorg wilden inzetten.

De Friesland vroeg om een plan van aanpak voor de problematiek die geconstateerd was in een bepaald postcodegebied. Dit plan bevatte bijvoorbeeld een activiteitenplanning en een resultaatdefinitie.

VGZ en Zorg en Zekerheid bevroegen aanbieders op hun visie op de rol van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg en de samenwerking tussen de verpleegkundigen en verzorgenden toewijsbare en niet-toewijsbare zorg. Daarnaast vroegen zij hoe de aanbieder de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg in staat stelt onafhankelijk te verwijzen naar toewijsbare zorg en hoe geborgd wordt dat zij werkt volgens principes van ontzorgen/eigen kracht, et cetera.

DSW vroeg van aanbieders om soortgelijke informatie en vroeg van aanbieders om voor 1 december 2014 aan te tonen hoe de wijkverpleegkundige werd gepositioneerd ten opzichte van het sociaal wijkteam, hoe de samenwerking met de gemeente en collega-aanbieders georganiseerd werd en welke afspraken er gemaakt zijn over signalering, vraagverheldering en coördinatie.[22]

Voor Achmea is met name de aantoonbare actieve relatie met het sociaal domein en met andere 1e lijns zorgaanbieders van belang en de onafhankelijke positionering van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg.[23]

CZ vroeg om soortgelijke informatie en vroeg ook om een analyse en aanpak voor de wijk waarvoor men zich inschreef. Daarnaast vraagt CZ de aanbieder ook om het inrichten van een compliance commissie, om het functioneren van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg te evalueren en de onafhankelijkheid van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg te borgen.

Eno vroeg van aanbieders om een offerte met een kwalitatief en kwantitatief deel, waarin SMART en ambitieus doelstellingen worden beschrijven die ‘bijdragen aan het vergroten van de zelf- en samen redzaamheid en het voorkomen van het beroep op formele zorg.’[24] Bijlage IV geeft een overzicht van aanvullende eisen die in de inkoopdocumenten aan zorgaanbieders gesteld zijn om in aanmerking te komen voor contractering voor de niet-toewijsbare zorgtaken. In dit overzicht zijn de algemene eisen die in de Inkoopgids Wijkverpleging van ZN staan niet opgenomen, zoals de voorwaarde dat de zorgaanbieder

[22] DSW Addendum Wijkgericht werken (onderdeel van de Overeenkomst Wijkverpleging)

[23] Achmea Veelgestelde vragen over inkoopdocument wijkverpleging 2015, vraag 30.

[24] Eno Addendum ZN inkoopgids Wijkverpleging, pg. 10

ook gecontracteerd is voor de toewijsbare zorg en dat de aanbieder voldoende wijkverpleegkundigen niveau 5 in dienst heeft.

In september 2014 zijn in bestuurlijk overleg uitgangspunten met betrekking tot niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg vastgesteld.[25] In de afspraken die zorgverzekeraars hebben gemaakt met zorgaanbieders en gemeenten zijn deze uitgangspunten meegenomen.

Deze uitgangspunten zijn[25]:

- *Wijkgericht werken*: Hieronder vallen de activiteiten die niet direct te koppelen zijn aan een individueel zorgtraject van een patiënt. Het gaat hierbij om zaken als deelname aan het sociale wijkteam en andere wijkgerichte activiteiten. Met het wijkgericht werken wordt het ook mogelijk gemaakt dat mensen op basis van signalen uit het sociale wijkteam (bijvoorbeeld over zorgmijders of mensen die de weg naar de zorg niet kennen) worden geholpen. Dat betekent kijken wat er aan de hand is en indien nodig doorschakelen naar Zvw- zorg en of welzijn. Deze prestatie is niet bedoeld voor het indiceren van cliënten.

- *Inkoop en integrale inzet wijkverpleegkundigen*: Organisaties die gecontracteerd worden voor het wijkgericht werken moeten ook gecontracteerd worden voor de individueel toewijsbare verpleging en verzorging. Op die manier zal de deskundigheid van de wijkverpleegkundigen ten volle benut worden, blijven ze bekwaam en bevoegd voor het uitvoeren van zorg, behouden ze hun BIG registratie en leveren ze goede kwaliteit van zorg.

[25] Bekostiging wijkverpleging 2015, 29 september 2014

3 Afspraken over de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg

Zorgverzekeraars en gemeenten hebben in de afgelopen maanden afspraken gemaakt over de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Daarbij verschilt het per zorgverzekeraar in hoeverre de gemeenten betrokken zijn bij het vaststellen van prioriteitsgebieden, de verdeling van de middelen, de positionering van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg, de invulling van de functie in relatie met het sociaal domein en de aanbieders die gecontracteerd zouden worden.

In dit hoofdstuk wordt op basis van de gesprekken met vertegenwoordigers van de regio's (gemeenten), zorgaanbieders en zorgverzekeraars en de resultaten van de digitale uitvraag in de regio's inzichtelijk gemaakt hoe deze afspraken eruit zien.

3.1 Verdeling middelen en capaciteit niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg

De niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg wordt op basis van populatiebekostiging vorm gegeven en is voor iedereen beschikbaar.[26] De voor 2015 beschikbare 40 miljoen euro voor deze zorg is op basis van inwoneraantallen verdeeld over de Wmo-regio's. De uiteindelijke verdeling over de gemeenten is verschillend vormgegeven. De ZN Inkoopgids zegt hierover: 'de zorg zal selectief in de wijken worden ingezet, daar waar de hoogste prioriteit wordt vastgesteld.'[27]

Menzis heeft ervoor gekozen om op basis van een capaciteitsverdeelmodel[28], dat in overleg met de regio's is opgesteld, het beschikbare budget over de prioriteitsgebieden in de regio's te verdelen. Criteria in dit model zijn naast inwoneraantal onder andere een lage SES[29], 70+'ers, gezondheid en de mate van landelijkheid /stedelijkheid in een gebied. Dit model wordt in de regio's als positief ervaren: gemeenten herkennen zich in de uitkomsten. Met name het meenemen van het criterium landelijkheid/stedelijkheid van een gebied wordt als pluspunt gezien. Regio's benadrukken de goede relatie en het heldere proces met de zorgverzekeraar.

CZ heeft de beschikbare middelen verdeeld over de regio's, omdat er een risico was dat het budget anders versnipperd zou raken over kleine gemeenten. Binnen de regio's hebben zij zorgaanbieders en gemeenten gevraagd om prioriteitswijken aan te geven. Hierin hebben met name de zorgaanbieders een grote rol gespeeld. Zij hebben wijken aangedragen op basis van o.a. een lage SES, aantal 80+ en de zorgconsumptie. Regio's/gemeenten waren niet altijd tevreden met deze verdeling per gemeente. In overleg tussen CZ, gemeenten en zorgaanbieders is uiteindelijk tot een wederzijds geaccepteerde verdeling gekomen.

[26] Kamerbrief *Bekostiging wijkverpleging* 19 mei 2014

[27] ZN Inkoopgids Wijkverpleging 2015, pg.13

[28] Zie: http://www.werkagendamenzisgemeenten.nl Link: Capaciteitsverdeelmodel wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg

[29] SES: Sociaal Economische Status

DSW heeft het beschikbare budget verdeeld op basis van inwoneraantal per gemeente. Per gemeente zijn vervolgens de aanbieders gecontracteerd met het grootste marktaandeel (o.a. vanwege deelname aan bestaande structuren als Zichtbare Schakel). Waar mogelijk is in overleg met zorgaanbieders een wijkverdeling gemaakt (wijken met een lage SES, veel ouderen in zorg). Gemeenten zijn niet betrokken geweest bij deze verdeling. Een aantal gemeenten geeft aan dat zij in de toekomst graag betrokken wil worden bij de verdeling.

VGZ heeft het beschikbare budget verdeeld op basis van inwoneraantallen in de regio. Gemeenten in de VGZ-regio's hebben gezamenlijk criteria kunnen aanleveren voor het bepalen van prioriteitswijken, of hebben zelf op basis van een analyse prioriteitswijken aangewezen. VGZ vraagt aan de regio's een plan van aanpak. Dit bestaat uit een aantal onderdelen: per gemeente aangeven (a) wat prioriteitswijken zijn (b) waar al initiatieven lopen en (c) waar de gemeente zelf in investeert. VGZ heeft alle plannen van aanpak afgestemd met de centrumgemeente van de regio. De plannen en analyses zijn door VGZ gebruikt als basis voor de inkoop. In meerdere VGZ-regio's hebben gemeenten onderling concrete afspraken gemaakt over de beschikbare middelen: mocht gedurende het jaar blijken dat de niet-toewijsbare zorg in een bepaald gebied meer nodig is, dan wordt in overleg geschoven met de toegewezen middelen. VGZ biedt hiervoor ruimte. De VGZ-regio's zijn unaniem tevreden over de verdeling van de beschikbare middelen.

Zorg en Zekerheid heeft de beschikbare middelen verdeeld over alle gemeenten op basis van inwoneraantal. Het budget voor niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg taken is toegevoegd aan het budget voor toewijsbare wijkverpleegkundige zorg van al gecontracteerde aanbieders. Dit is in overeenstemming met de gemeenten gedaan. Gemeenten en zorgaanbieders maken gezamenlijk afspraken over de inzet van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg per wijk. Daarbij is de niet-toewijsbare zorg in principe voor iedereen toegankelijk, ongeacht de wijk waar hij/zij woont. De Zorg en Zekerheid-regio's geven aan dat de verdeling van de middelen naar wens is verlopen.

Achmea heeft de beschikbare middelen en capaciteit op basis van inwoneraantal verdeeld over de gemeenten in de regio's. Achmea heeft regio's/gemeenten gevraagd input te leveren over gewenste aanbieders. Vanuit de Achmea-regio's komen wisselende beelden over in hoeverre deze input naar hun mening voldoende is meegenomen. Zowel vertegenwoordigers van regio's als een zorgaanbieder geven aan dat de timing van de vraag om input (zomer 2014) onhandig was en dat de gebruikte vragenlijst onduidelijk was. Elke gemeente kan in overleg met de aanbieders de beschikbare capaciteit verdelen over de gemeente, op basis van de omvang of de problematiek in een bepaald gebied van de betreffende gemeente. In gesprek met gemeenten beoogt Achmea dat de inzet aansluit op het profiel van een wijk en dat aansluiting gezocht wordt met bestaande indelingsstructuren, zoals die van huisartsengroepen. Bijna alle Achmea-regio's geven aan de ruimte te waarderen die Achmea biedt om de inzet per wijk met de gecontracteerde aanbieders te bepalen. In enkele regio's leidde dit tot onduidelijkheid en heeft Achmea in samenspraak met de betreffende gemeenten en zorgaanbieders een verdeling per wijk gemaakt. In één regio kiezen gemeenten ervoor de wijkverpleegkundigen niet-toewijsbare zorg gemeente-breed in te zetten.

De Friesland heeft de beschikbare middelen verdeeld over de regio op basis van prioriteitsgebieden. De Friesland heeft zelf een onderzoek laten uitvoeren waarbij per postcodegebied een beeld is verkregen over achtergrond kenmerken, chronisch zieken, psychosociale zorg, leefstijl en medische contacten. Met dit onderzoek zijn

prioriteitsgebieden bepaald in 30 postcodegebieden in 10 van de 24 Friese gemeenten. Zorgaanbieders zijn gevraagd op basis van de vastgestelde problematiek een plan van aanpak te schrijven. De gemeenten hebben geen inbreng gehad in dit proces. Gemeenten en De Friesland organiseren in februari en maart 2015 sessies om het inkoopproces te evalueren en met het doel om de inkoop voor 2016 meer in gezamenlijkheid te doen.

Eno heeft het budget verdeeld op basis van het inwoneraantal per gemeente. Binnen elke gemeente is de capaciteit verdeeld op basis van risico's in de wijk en kwetsbare groepen. Gemeenten waren hierin leidend. De gemeenten hebben met de zorgaanbieders die door de zorgverzekeraar zijn gecontracteerd afspraken gemaakt over hoeveel capaciteit zij kunnen inzetten op basis van het beschikbare budget.

Samenvattend

In de verdeling van middelen en capaciteit zijn twee modellen te onderscheiden. In het eerste model worden de middelen verdeeld op basis van inwoneraantallen per gemeente en krijgt iedere gemeente een deel van het budget. Daarna worden (al dan niet in overleg) prioriteitswijken bepaald.

	Verdeling over **gemeenten** op basis van inwoneraantal
Gemeenten en zorgverzekeraar bepalen prioriteitswijken	Eno
Zorgverzekeraar en zorgaanbieders bepalen prioriteitswijken	DSW
Zorgverzekeraar, gemeenten en zorgaanbieders bepalen prioriteitswijken	Achmea, Zorg en Zekerheid

In het tweede model wordt het budget verdeeld over de hele regio en worden in de regio prioriteitswijken bepaald. In dit model kan het zijn dat in sommige gemeenten geen niet-toewijsbare zorg aanwezig is.

	Verdeling over **wijken/gebieden** in de regio op basis van criteria
Gemeenten betrokken	Menzis, VGZ,
Zorgaanbieders betrokken	CZ, VGZ
Zorgverzekeraar leidend	De Friesland

3.2 Positionering wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg

De wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg kan op verschillende manieren worden gepositioneerd ten opzichte van het sociale (gebieds-/wijk)team: zij kan integraal onderdeel uitmaken van het sociaal (wijk)team, in het sociaal (wijk)team zijn gepositioneerd met een eigenstandige rol of er (dicht) tegenaan functioneren.

Sommige zorgverzekeraars spreken zich uit over de positie die zij voor ogen hebben en stellen hiertoe eisen aan de zorgaanbieders, waarbij andere zorgverzekeraars deze positionering laten afhangen van de lokale situatie en de wensen van de gemeenten en zorgaanbieders. Hieronder wordt nader ingegaan op deze keuzes.

In samenspraak met de gemeenten positioneert Eno de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg (op detacheringsbasis) in het wijkteam. Gemeenten waren daarom o.a. betrokken bij de sollicitatieprocedure van de wijkverpleegkundigen niet-toewijsbare zorg, om zich ervan te verzekeren dat de geselecteerde functionaris goed past binnen het desbetreffende wijkteam.

DSW positioneert de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg juist buiten het wijkteam, haar uren moeten worden ingezet op de schakeltaken tussen het sociaal en het medisch domein en niet 'wegvloeien' in het sociaal domein. Als reden hiervoor geeft DSW het beperkte beschikbare budget en de deskundigheid van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg. In het addendum dat toegevoegd wordt aan de overeenkomsten met zorgaanbieder schrijft DSW dan ook dat Wmo-activiteiten niet onder de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg vallen.[30] Gemeenten waren niet altijd gelukkig met de positionering buiten het sociaal wijkteam. Een DSW-regio geeft aan dat zij graag had gezien dat er meer focus was geweest op de samenwerking tussen de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg en de wijkteams in het inkoopproces.

Achmea, CZ, Menzis, Zorg en Zekerheid, VGZ en De Friesland laten de positionering afhangen van de lokale situatie, waarbij gemeenten en zorgaanbieders samen afspraken maken over de positionering. Zorg en Zekerheid heeft uitgesproken dat zij een voorkeur heeft voor positionering buiten het sociaal wijkteam, maar stelt hieraan geen eisen aan gemeenten of zorgaanbieders. Menzis onderscheidt verschillende mogelijkheden voor positionering: integraal, mandaat of afstemming.[31] Zorgaanbieders en gemeenten maken onderling afspraken over de positionering, waarbij deze genoemde mogelijkheden richtinggevend, maar niet verplicht zijn. Begin 2015 wordt in alle Menzis-regio's onderzocht welke effecten de verschillende vormen van positionering opleveren.[32] Menzis heeft aangegeven het van belang te vinden dat gemeenten investeren in het sociaal domein (aanwezigheid van voorzieningen) en het lokale team. Als dat niet het geval is, dan zal dat gevolgen moeten
hebben voor de inzet van de wijkverpleegkundige met niet-toewijsbare zorgtaken.[33] Regio's die te maken hebben met deze zorgverzekeraars geven aan waardering te hebben voor de ruimte en het vertrouwen dat zij van hun zorgverzekeraar krijgen.

CZ geeft aanbieders en gemeenten ook de ruimte om eigen keuzes te maken in positionering. Daarbij heeft CZ een model ontwikkeld om integrale zorg en ondersteuning te bevorderen, het ZoWel-model (ZOrg en WELzijn). In dit model bestaat een wijkteam uit twee deskundigen: een wijkverpleegkundige en een Wmo-deskundige.[34] De positie van de wijkverpleegkundige is in dit model binnen wijkteamverband. In vijf gemeenten wordt dit

[30] DSW Addendum Wijkgericht werken (onderdeel van de Overeenkomst Wijkverpleging)

[31] Menzis Inkoop Wijkverpleging 2015, pg. 34

[32] http://www.werkagendamenzisgemeenten.nl/ : Effectenanalyse

[33] http://www.werkagendamenzisgemeenten.nl/ : Scenario's inzet wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg

[34] CZ Zorg en Welzijn model oktober 2013, pg 11.

model gehanteerd. CZ wil gemeenten in hun regio's stimuleren om dit model te gebruiken, maar heeft tegelijkertijd ruimte geboden aan gemeenten om hier van af te wijken.

Een verdere uitwerking van de afspraken over de positionering wordt (met in achtneming van de kaders van zorgverzekeraars) lokaal gemaakt. In veel regio's staat centraal dat 2015 een 'leerjaar' is, ook wat betreft positionering, en dat vooral in de praktijk ontdekt moet worden wat een effectieve en goede manier van samenwerken is. Uit de gesprekken met de zorgaanbieders komt een overeenkomstig beeld. In sommige regio's hebben individuele gemeenten en zorgaanbieders al afspraken gemaakt over de positionering, in andere regio's wordt in onderling overleg nog gezocht naar de juiste vorm. Een zorgaanbieder geeft aan dat het in een aantal gevallen wenselijk is als de zorgverzekeraar ook betrokken zou zijn bij deze afspraken.

Samenvattend
De meeste zorgverzekeraars kiezen er voor om gemeenten en zorgaanbieders de ruimte te geven onderling afspraken te maken over de positionering, waarbij CZ een voorkeur uitspreekt over samenwerking binnen het ZoWel-model, maar dit niet verplichtend oplegt. Alleen DSW eist dat de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg buiten het wijkteam gepositioneerd wordt. Eno heeft de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg, in samenspraak met hun gemeenten, juist in het wijkteam gepositioneerd.

3.3 Signalering, behoeftebepaling, mandaat en coördinatie van multidisciplinaire zorg

Afspraken over signalering, behoeftebepaling, het beleggen van mandaten en de coördinatie van multidisciplinaire zorg en ondersteuning worden in alle regio's gemaakt tussen gemeenten en zorgaanbieders. In slechts een paar regio's is de zorgverzekeraar hier direct bij betrokken. Een aantal zorgverzekeraars (CZ, DSW, Menzis en Achmea) vraagt om terugkoppeling op de afspraken die tussen gemeenten en zorgaanbieders worden gemaakt. Deze kunnen een addendum vormen bij het contract van de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder.

In het merendeel van de regio's moeten deze afspraken nog worden gemaakt en zijn deze voorzien voor het eerste kwartaal van 2015. Dit zelfde beeld komt naar voren uit de gesprekken met de zorgaanbieders. In sommige regio's werkten gemeenten en zorgaanbieders al nauw samen en worden de bestaande netwerken, (overleg)structuren en afspraken zoveel mogelijk benut.

Het is op dit moment niet mogelijk een landelijk beeld te schetsen hoe signalering, behoeftebepaling, mandaatverlening en coördinatie van multidisciplinaire zorg en ondersteuning door de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg vorm wordt gegeven. Hieronder wordt kort in beeld gebracht hoe de afspraken die al wel zijn gemaakt eruit zien.

In die gemeenten waar al een begin gemaakt is met het maken van afspraken, krijgen onder andere de volgende elementen een plek in de signalering[35]:

- Aandacht voor vindplaatsen in de wijk: waar komen signalen vaak binnen?
- Opbouwen van een sterke relatie met de huisarts.

[35] Resultaten uit de antwoorden op de digitale vragenlijst.

- Afspraken over hoe en naar wie signalen worden doorgeleid.
- Opbouwen van relaties met partners in de wijk die signaleren, onder andere: politie, sportvereniging, buurthuis.
- Voortbouwen op bestaande afspraken en structuren die al gevormd zijn, bijvoorbeeld in het kader van Zichtbare Schakels.
- Rol van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg: zij kan zich met name richten op vroegsignalering.
- Het uitwisselen en bespreken van signalen kan structureel vorm krijgen in overleggen van het sociaal wijkteam of multidisciplinaire overleggen. Daar krijgt ook opvallende casuïstiek een plek.

Met betrekking tot afspraken over de behoeftebepaling en het mandaat komt uit de uitvraag het volgende naar voren:

- In veel gevallen wordt afgesproken dat wanneer het zwaartepunt bij medische problematiek ligt, de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg het vraagverhelderingsgesprek voert. In een aantal regio's is afgesproken dat de gemeente, c.q. het sociaal wijkteam in eerste instantie de behoeftebepaling doet en waar nodig de wijkverpleegkundige betrekt in dit proces. Eén regio heeft ervoor gekozen om het vraagverhelderingsgesprek door twee functionarissen te laten uitvoeren, één voor het sociaal en één voor het medisch domein. Zij gaan dan samen op bezoek bij een cliënt.
- Waar de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg integraal onderdeel is van het sociaal wijkteam, brengt zij in veel gevallen zwaarwegend advies uit over het toekennen van WMO-voorzieningen. In een paar gemeenten heeft zij hiervoor ook formeel mandaat gekregen.
- In een aantal regio's is expliciet benoemd dat wijkverpleegkundigen en professionals uit het sociaal domein elkaars professionele inschatting en oordeel vertrouwen. Wanneer in een integrale vraagverheldering de wijkverpleegkundige een inschatting maakt van de benodigde Wmo-ondersteuning, dan vertrouwt de Wmo-consulent op deze inschatting.

Wie de regie op zich neemt bij een multidisciplinaire zorgvraag wordt bepaald door het zwaartepunt van de zorgvraag. Ook hangt dit af van lokale afspraken. Alle partijen geven aan te streven de regierol zoveel mogelijk bij de cliënt en het netwerk van de cliënt zelf te beleggen. Is dit niet mogelijk dan moet er sprake zijn van één regisseur/casemanager per gezin.

3.4 Uitwisseling van informatie over zorgvraag en zorgconsumptie

In de meeste regio's hebben gemeenten en zorgverzekeraars nog geen afspraken gemaakt over monitoring van zorg en ondersteuning. De meeste gemeenten zouden graag meer informatie (ook op cliëntniveau) krijgen van de zorgverzekeraar. Tegelijkertijd zijn zorgverzekeraars hier o.a. in het kader van privacy terughoudend in. Wanneer gemeenten en zorgverzekeraar wel afspraken hebben gemaakt over bepaalde gegevensuitwisseling is dit veelal op basis van eerder gemaakte afspraken in bijvoorbeeld een convenant.

Menzis zal samen met hun convenantsregio's in het kader van hun gezamenlijke Werkagenda in elk geval monitoren op de samenwerkingsthema's [36]. Met betrekking tot de

[36] Menzis en de gemeenten en regio's Arnhem, Twente, Groningen, Achterhoek en de gemeente Den Haag trekken samen op om de

niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg wordt een effectenanalyse gedaan om te evalueren welke posities de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg inneemt (in/naast het wijkteam), wat zij precies gedaan heeft (taken) en wat daarin wel en niet werkt.[37] Deze effectenanalyse wordt gezamenlijk ontwikkeld.

VGZ heeft zorgaanbieders en gemeenten gevraagd om een plan van aanpak op te stellen voor de inzet van de niet-toewijsbare zorg op wijkniveau. Op basis van dit plan wordt de inzet eind 2015 gezamenlijk geëvalueerd.

Achmea heeft hierover nog geen concrete afspraken gemaakt met de regio's. Wederzijds is de bereidheid uitgesproken om de mogelijkheden voor een gezamenlijke monitor te verkennen en in ieder geval de informatievraag aan de zorgaanbieders op elkaar af te stemmen. Een tweetal regio's heeft nadrukkelijk aangegeven ook epidemiologische informatie, informatie over het gebruik van voorzieningen of leefbaarheidsmonitoren te willen uitwisselen met als doel de inzet van capaciteit per gemeente/wijk te optimaliseren of het ontwikkelen van basiszorg of preventieve programma's.

Alle zorgverzekeraars hebben afspraken gemaakt met zorgaanbieders voor het aanleveren van informatie voor monitoring. DSW vraagt aanbieders om een maandelijkse rapportage waarin de zorgaanbieders rapporteren hoeveel cliënten er zijn gezien/besproken, hoeveel cliënten zijn doorverwezen naar andere voorzieningen/professionals, het aantal uur (per gemeente) en unieke verpleegkundigen die voor de niet-toewijsbare zorg zijn ingezet en wat de kosten zijn.[38] Aanbieders die gecontracteerd zijn door Zorg en Zekerheid worden geacht per kwartaal soortgelijke informatie aan te leveren voor een benchmark.[39] Ook CZ hanteert deze criteria voor de monitoring. Eno vraagt ook maandelijks deze kwantitatieve gegevens, (zoals het aantal doorverwijzingen naar S2 en naar het welzijnsdomein), maar ook kwalitatieve informatie over het functioneren van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg. De Friesland benoemd kort in het inkoopdocument dat zij van zorgaanbieders verwachten dat zij informatie aanleveren over de inzet en resultaten. Achmea vraagt zorgaanbieders maandelijkse productiecijfers aan te leveren, een format komt beschikbaar op hun website[40]. VGZ heeft naar aanbieders gecommuniceerd dat er een monitor komt. CZ schrijft daarbij dat zij zal monitoren 'of er +/- naar rato van productieafspraken wordt verwezen naar zorgaanbieders welke werkzaam zijn in het betreffende werkgebied van de wijkverpleegkundige.'[41] Ook VGZ doet dit.[42]

---

nieuwe verantwoordelijkheden in de Langdurige Zorg invulling te geven. Concrete samenwerkingsthema's zijn: de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg, afhankelijkheden, extramuralisering, integrale gebiedsaanpak en preventie.

37 http://www.werkagendamenzisgemeenten.nl/ Link: effectenanalyse

38 DSW Addendum Wijkgericht werken (onderdeel van de Overeenkomst Wijkverpleging)

39 Zorg en Zekerheid Zorginkoopbeleid 2015 Verpleging en Verzorging, pg. 10, CZ Zorg inkoopdocument Wijkverpleging, pg. 19

40 Achmea Inkoopdocument Wijkverpleging 2015, pg.29

41 CZ Zorg inkoopdocument, pg. 15

Menzis ontwikkelt een maandelijkse zorgkostenmonitor en streeft daarbij naar aansluiting bij wat de aanbieders al gewend waren, zodat administratieve lasten zoveel mogelijk beperkt blijven.[43]

Een zorgaanbieder geeft aan dat de gevraagde gegevens leiden tot verhoogde administratieve lasten.

Samenvattend
Zorgverzekeraars en regio's/gemeenten hebben (nog) weinig tot geen afspraken gemaakt over het delen van informatie over de zorgvraag en zorgconsumptie. In een aantal regio's is dit in ontwikkeling. Zorgverzekeraars DSW, CZ, Eno en Zorg en Zekerheid vragen zorgaanbieders expliciet om kwantitatieve informatie aan te leveren ten behoeve van monitoring en hebben hierover afspraken gemaakt.

3.5 Voortzetting bestaande initiatieven

Regio's, zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben over het algemeen geen specifieke afspraken gemaakt over het meenemen van resultaten uit bestaande initiatieven en pilots (zoals de Zichtbare Schakels) in het inkoopproces van niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.

Alleen Achmea geeft in haar inkoopdocument aan dat zorgaanbieders die naar tevredenheid 'Zichtbare Schakels' leverden de voorkeur hebben. Door een aantal regio's is dit ook zo ervaren en zijn de zorgaanbieders die betrokken waren bij de Zichtbare Schakel gecontracteerd voor de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg, in andere regio's is dit niet of minder merkbaar geweest.

DSW heeft bij het vaststellen van de wijkverdeling per aanbieder rekening gehouden met voormalige proeftuinen en Zichtbare Schakel-gebieden vanuit het oogpunt dat bestaande, goed werkende structuren in stand moeten blijven of uitgebreid moeten worden.

Zorg en Zekerheid heeft op verzoek van twee gemeenten waar positieve ervaringen waren opgedaan met schakeltaken, deze ervaringen meegenomen in het inkoopproces.

CZ heeft met een aantal speerpunt-gemeenten invulling gegeven aan het Zorg en Welzijn-model (ZoWel-model). In de speerpunt-gemeenten wordt dit model voortgezet.

Veel regio's geven aan dat ondanks dat er door zorgverzekeraars in het inkoopproces niet merkbaar gestuurd is op de voortzetting van bestaande initiatieven, over het algemeen zorgaanbieders zijn gecontracteerd die betrokken waren bij proeftuinen, pilots en Zichtbare Schakels.

[42] VGZ extern beleid zorginkoop wijkverpleging coöperatie VGZ 2015, pg.8

[43] Menzis Inkoop Wijkverpleging 2015, pg. 31

Gemeenten die ervaringen hebben opgedaan met proeftuinen, pilots, Zichtbare Schakels, e.d. zetten over het algemeen (in meer dan 20 regio's) deze initiatieven voort. Dit gebeurt onder andere in de vorm van doorontwikkeling van de initiatieven en/of uitbreiding naar andere wijken. Ook worden behaalde resultaten en opgedane ervaringen gebruikt bij de inrichting van gebiedsgerichte teams en de positionering van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg ten opzichte van de gebiedsgerichte teams. In een van de regio's is aan de zorgverzekeraar gevraagd om de kennis van werkende methodieken (in andere regio's) te delen. In één regio is de inkopende zorgverzekeraar een andere dan de preferente zorgverzekeraar en lopen er gesprekken hoe bestaande initiatieven worden overgenomen.

Ook zorgaanbieders geven aan de opgedane kennis en ervaring uit proeftuinen en Zichtbare Schakels zoveel mogelijk in te zetten in de invulling van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.

3.6 Betrokkenheid bij de vormgeving van het sociaal domein

Zorgverzekeraars zijn in meer of mindere mate betrokken bij de vormgeving/inrichting van het sociaal domein. Deze betrokkenheid krijgt vorm in de aanwezigheid bij regionale overleggen (transitietafels) en in pilots die samen met convenantgemeenten opgezet zijn.

Uit de digitale uitvraag in de regio's blijkt dat met name VGZ sterk betrokken is bij de vormgeving van het sociaal domein. Zij zijn structureel vertegenwoordigd bij regionale overleggen en zijn betrokken bij verscheidene pilots van/met gemeenten, zoals een pilot 'sociaal team'.

Menzis werkt intensief met de convenantsgemeenten in hun regio's samen in het kader van de 'Werkagenda Herziening Langdurige Zorg'. Binnen deze Werkagenda worden ook pilots uitgevoerd. Menzis is daarnaast aanwezig bij regio-overleggen.

Eno is sterk betrokken bij de vormgeving van het sociaal domein en werkt nauw samen met de regiogemeenten. Eno was ook betrokken bij het inrichten van sociale wijkteams. Gezamenlijke doelstellingen zijn: zo integraal mogelijk werken en het beroep op (zware) medische zorg te verminderen door vragen van burgers 'af te vangen' in het voorveld. Om deze reden positioneert Eno de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg ook in het sociaal (wijk)team.

Zorg en Zekerheid is onderdeel van een regionaal overleg over de wijkverpleging, waarin ook de relatie met het sociaal domein besproken wordt. Zij hebben ook met gemeenten convenanten afgesloten. Ook De Friesland is actief in een regionale stuurgroep. De Friesland vindt de relatie tussen het sociaal en medisch domein belangrijk en bevroeg aanbieders daarom in hun plan van aanpak uitgebreid over hoe de relatie met het sociaal domein vorm kreeg.

CZ heeft in samenwerking met een aantal speerpunt-gemeenten het Zorg en Welzijn-model (ZoWel-model) geïmplementeerd. CZ heeft, na overleg met regio's en gemeenten, meer ruimte geboden om, buiten het ZoWel-model, zelf invulling te geven aan de samenwerking tussen sociaal en medisch domein. Dit wordt door de betreffende regio's gewaardeerd. CZ heeft vanaf januari 2015 de betrokkenheid bij de regionale transitietafels geïntensiveerd.

Over de betrokkenheid van Achmea bij de vormgeving van het sociale domein komen uiteenlopende berichten uit de regio's. Het merendeel van de Achmea-regio's geeft aan dat

Achmea niet actief betrokken is, maar waar van toepassing een faciliterende rol heeft. In een aantal regio's neemt Achmea actief deel aan regionale transitietafels of wordt gesproken over raakvlakken en visie op bestuurlijk niveau. In één regio wordt, samen met VGZ, onder andere intensief samengewerkt in een 'Proeftuin Langdurige Zorg' en zijn afspraken gemaakt over samenwerking in de wijk.

DSW heeft met gemeenten gesproken over de sociale wijkteams vanuit het oogpunt van de positionering van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg daarin. DSW richt zich met name op de verbinding tussen het sociale en medische domein en niet zozeer op de inrichting van het gebiedsgericht werken.

Vanuit de zorgaanbieders komt een wisselend beeld. Sommigen zijn al een aantal jaren betrokken in gemeentelijke pilots rondom wijkgericht werken, anderen moeten nog in gesprek gaan met gemeenten.

Samenvattend

Zorgverzekeraar	Betrokkenheid vormgeving sociaal domein
Achmea	In 1 regio intensief betrokken, ook in pilots. In andere regio's met name faciliterend.
CZ	Betrokken in speerpuntgemeenten met het ZoWel model, met pilots en via regionale overleggen.
De Friesland	Betrokken via regionaal overleg: intensieve deelname aan stuurgroepen.
DSW	In gesprek met gemeenten over afstemming.
Eno	Nauwe samenwerking en afstemming met gemeenten, gezamenlijke visie en doelstellingen.
Menzis	Betrokken via de 'Werkagenda Herziening Langdurige Zorg' (gezamenlijke doelstellingen, pilots en monitoring), aanwezig bij regionale overleggen.
VGZ	Nauwe samenwerking met gemeenten via convenanten, actief in pilots en aanwezig bij regionale overleggen.
Zorg en Zekerheid	Betrokken via regionale overleggen.

4 Proces om tot afspraken te komen

In zowel de mondelinge als digitale uitvraag bij de vertegenwoordigers van de regio is gevraagd hoe het proces om tot afspraken te komen verlopen is. Naast het feitelijke verloop van het proces zijn hierover ook ervaringen gedeeld. Deze ervaringsdimensie is ook door de VNG uitgevraagd bij de G32. De beelden die uit deze uitvraag naar voren komen, komen op hoofdlijnen overeen met onderstaande resultaten.

In de meeste regio's is het proces om tot afspraken te komen op een prettige manier verlopen. De samenwerking met Eno en VGZ is als heel positief ervaren, met name door de aansluiting op de lokale infrastructuur. Vaak hadden de regio's al een relatie en afspraken op basis van een convenant met de zorgverzekeraar, waarop verder gebouwd kon worden. Deze samenwerking wordt voortgezet, waarbij VGZ aangeeft deze samenwerking te willen intensiveren met gemeenten waar nog geen convenant mee is gesloten. Zorgaanbieders geven ook aan de samenwerking met VGZ als positief te ervaren. De Zorg en Zekerheid regio's zijn ook positief over de samenwerking en het verloop van het inkoopproces, het wederzijds vertrouwen tussen zorgverzekeraar en gemeenten is als prettig ervaren.

Bijna alle Achmea-regio's geven aan het inkoopproces (sommige na een stroef begin) als positief te hebben ervaren. Een enkele regio noemt de samenwerking zelfs uitstekend. Met name de mogelijkheid om voorkeuren aan te geven voor te contracteren zorgaanbieders werd als positief genoemd. Tegelijkertijd heeft dit soms geleid tot teleurstellingen, omdat deze voorkeuren niet altijd gehonoreerd zijn. Een aantal regio's en een zorgaanbieder geven aan dat de vragenlijst waarop een voorkeur voor zorgaanbieders kon worden aangegeven onduidelijk was en dat de timing van deze vragenlijst (zomer 2014) niet ideaal was. Betere communicatie over het proces had onduidelijkheid en teleurstellingen kunnen voorkomen. Begin februari 2015 wordt er een bijeenkomst georganiseerd met vertegenwoordigers van alle Achmea regio's om de lessons learned uit het inkoopproces 2014 te bespreken.

Het inkoopproces met CZ wordt door regio's verschillend beoordeeld. Een deel van de CZ-regio's is positief en waardeert de inbreng die vanuit gemeenten geleverd kon worden op een drietal thema's: de gecontracteerde aanbieders, de inzet van het budget op wijkniveau en de totale inzet van het budget. Ook de ruimte die CZ aan gemeenten en zorgaanbieders bood om, los van het ZoWel-model, afspraken te maken over de positionering van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg wordt gewaardeerd. Een aantal andere regio's geeft aan het proces moeizaam te hebben gevonden en is van mening te weinig inbreng te hebben gehad in het inkoopproces. Een aantal zorgaanbieders onderschrijft dit beeld en geeft aan dat pas na veel aandringen door gemeenten en zorgaanbieders CZ tegemoet kwam aan de wensen van gemeenten en zorgaanbieders. CZ is met deze regio's in gesprek over hoe dit proces verbeterd kan worden en gaat in het voorjaar van 2015 de inzet van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg met gemeenten evalueren.

Uit de DSW regio's komt een gemengd beeld. Een regio geeft aan dat DSW in het inkoopproces weinig gebruik heeft gemaakt van de expertise die gemeenten hebben op het

gebied van wijkgericht werken. Er zijn wel gesprekken gevoerd met DSW, maar de gemeenten ervoeren dat er weinig met hun inbreng gedaan werd. Een andere regio geeft aan tevreden te zijn over de samenwerking met DSW.[44] DSW benoemt zelf dat het soms ingewikkeld was om gezamenlijk beleid te ontwikkelen met gemeenten. DSW is verantwoordelijk voor de financiering van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg en is van mening dat DSW dan ook eisen mag stellen aan o.a. positionering en de taken van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Voor gemeenten is dit niet altijd duidelijk geweest en heeft dit tot teleurstellingen geleid. DSW geeft ook aan behoefte te hebben aan een duidelijkere omschrijving van het onderscheid tussen toewijsbare en niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg in het landelijke beleid.

Menzis en de convenants-gemeenten/regio's hebben de samenwerking als positief en prettig ervaren, onder andere door het gezamenlijk optrekken in de gezamenlijke Werkagenda. Wel wordt opgemerkt dat het inkoopproces snel ging, waardoor gemeenten zich niet altijd voldoende betrokken voelden. In het kader van de Werkagenda Menzis-Gemeenten is een uitgebreide evaluatie gestart van de inkoop en inzet van niet toewijsbare zorg, waarbij ook zorgaanbieders worden geconsulteerd over het inkoopproces.

Friese gemeenten voelden zich weinig betrokken door De Friesland, mede omdat deze een eigen onderzoek heeft gedaan om prioriteitsgebieden te bepalen en gemeenten geen inspraak hadden op de contractering van aanbieders. Voor 2016 is afgesproken om hierin intensiever samen op te trekken, o.a. in het kader van het programma 'Sociaal Medische eerste lijn' dat al loopt. Thema's die regionaal met elkaar besproken worden de aankomende tijd zijn: samenwerkingsmodellen, zorginkoop 2016 en monitoring.

Zowel zorgverzekeraars als regio's geven bijna unaniem aan dat het inkoopproces voor 2015 in een relatief korte tijd moest gebeuren, waarbij een aantal zaken nog niet volledig uitgekristalliseerd waren en in een periode waar gemeenten ook op andere terreinen bezig was met inkoop en andere aspecten van de transities. Zowel zorgverzekeraars als regio's geven aan behoefte te hebben aan heldere communicatie en een tijdige start van het inkoopproces, waarbij aan de voorkant afspraken kunnen worden gemaakt over het proces, regio's eerder betrokken kunnen worden en er sprake is van realistische verwachtingen aan beide kanten. Met name de communicatie over randvoorwaarden van contractering wordt als verbeterpunt genoemd. Het was voor regio's en gemeenten niet altijd duidelijk waarom bepaalde geadviseerde zorgaanbieders niet gecontracteerd werden door de zorgverzekeraar.

Een groot aantal regio's geeft aan behoefte te hebben aan het voortzetten van de samenwerking zoals deze voor het inkoopproces voor 2015 is geweest, zodat er voor het inkoopproces 2016 gebruik gemaakt kan worden van de opgedane kennis en ervaring. In 2015 doen zowel gemeenten als zorgverzekeraars ervaring op met de positie van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg en met het gebiedsgericht werken. Om de geleerde lessen optimaal te benutten ziet een groot aantal regio's het als essentieel dat zij ook voor 2016 afspraken kunnen maken met de huidige zorgverzekeraar over de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.

[44] Uitvraag van de VNG onder de G32.

Zorgaanbieders geven aan dat gemeenten soms hoge verwachtingen hadden van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg, waardoor er teleurstellingen ontstonden over de positionering buiten het wijkteam en de beschikbare uren. Een zorgaanbieder geeft aan dat het prettig was geweest als de zorgverzekeraar hier duidelijker over gecommuniceerd had naar gemeenten. Daarnaast merken zorgaanbieders ook op dat gemeenten druk zijn en nog weinig tijd hebben om tot concrete afspraken te komen. Eén aanbieder geeft aan dat hij heel goed kan voortbouwen op bestaande structuren en dat daardoor de afspraken snel gemaakt zijn.

Het proces om tot afspraken te komen met de zorgverzekeraar hebben de aanbieders verschillend ervaren. Waar de één het prettig vindt dat de zorgverzekeraar een duidelijke inhoudelijke visie heeft over de bedoeling en inzet van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg, ervaart de ander dat juist als beperkend. Twee aanbieders geven aan dat zij het erg gewaardeerd hebben dat de zorgverzekeraar (i.c. VGZ) betrokken was op de inhoud en inzet van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.

Samenvattend
Regio's (gemeenten) en zorgverzekeraars hebben het proces om tot afspraken te komen over het algemeen positief ervaren. In een aantal regio's is het proces moeizaam gestart, maar is uiteindelijk tot wederzijds geaccepteerde afspraken gekomen. Over het algemeen wordt het door regio's en zorgaanbieders gewaardeerd wanneer de zorgverzekeraar actief betrokken is bij het vormgeven van het sociaal domein en het tot stand brengen van de verbinding tussen het sociaal domein en het medisch domein.

Alle betrokkenen geven aan dat het inkoopproces voor 2015 in een relatief korte periode moest worden doorlopen, waardoor communicatie niet altijd helder genoeg was en gemeenten niet altijd voldoende gelegenheid hebben gevoeld om inspraak te hebben op het proces. Als verbeterpunten voor het inkoopproces voor 2016 worden genoemd: heldere communicatie (met name over randvoorwaarden voor inkoop), realistische verwachtingen van beide kanten en een tijdige start van het inkoopproces.

Zorgaanbieders en gemeenten geven aan graag voort te willen gaan op de ingeslagen weg, zodat bestaande contacten verder uitgebouwd kunnen worden en gebruik gemaakt kan worden van opgedane kennis en ervaring. Om deze reden pleiten zij ervoor om voor het inkoopproces voor 2016 wederom gebruik te maken van het representatiemodel van zorgverzekeraars.

5 Samenvattende analyse

Het Rijk wil zorg en ondersteuning dichtbij burgers organiseren, zodat zij zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Om dit te bereiken wordt er zoveel mogelijk integraal gewerkt en ervaart de cliënt/burger zo min mogelijk 'schotten' tussen het sociaal en medisch domein. De wijkverpleegkundige met niet-toewijsbare zorgtaken fungeert als verbinder tussen deze twee domeinen. Zij is voor iedere burger bereikbaar en beschikbaar en heeft een signalerende functie. In dit rapport wordt duidelijk hoe deze verbinding in de praktijk vorm krijgt in de afspraken over de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg tussen zorgverzekeraars, regio's/gemeenten en zorgaanbieders.

Verdeling middelen en capaciteit

In de verdeling van middelen en capaciteit zijn twee modellen te onderscheiden. In het eerste model worden de middelen verdeeld op basis van inwoneraantallen per gemeente en krijgt iedere gemeente een deel van het budget. Daarna worden prioriteitswijken bepaald. In de meeste regio's hebben zorgverzekeraars het vaststellen van prioriteitswijken en de uiteindelijke verdeling van de beschikbare middelen (op wijkniveau) in overleg met gemeenten en zorgaanbieders vormgegeven.

	Verdeling over **gemeenten** op basis van inwoneraantal
Gemeenten en zorgverzekeraar bepalen prioriteitswijken	Eno
Zorgverzekeraar en zorgaanbieders bepalen prioriteitswijken	DSW
Zorgverzekeraar, gemeenten en zorgaanbieders bepalen prioriteitswijken	Achmea, Zorg en Zekerheid

In het tweede model wordt het budget verdeeld over de hele regio en worden in de regio prioriteitswijken bepaald. In dit model kan het zijn dat in sommige gemeenten geen niet-toewijsbare zorg aanwezig is.

	Verdeling over **wijken/gebieden** in de regio op basis van criteria
Gemeenten betrokken	Menzis, VGZ, CZ
Zorgaanbieders betrokken	CZ, VGZ
Zorgverzekeraar leidend	De Friesland

De verdeling en de manier van verdelen van middelen en capaciteit is niet in elke regio even soepel verlopen. Vrijwel alle zorgverzekeraars hebben gemeenten en zorgaanbieders begin 2015 uitgenodigd om het traject te evalueren.

Positionering, signalering, behoeftebepaling, mandaat en coördinatie van multidisciplinaire zorg

In de meeste regio's maken gemeenten samen met zorgaanbieders afspraken over de positionering van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg ten opzichte van het sociaal wijkteam, over de onderlinge samenwerking, over de verdeling van verantwoordelijkheden

en de inrichting van de signalering. Alleen DSW eist dat de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg buiten het wijkteam gepositioneerd wordt. En Eno heeft de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg juist in het wijkteam gepositioneerd.

Afspraken over signalering, behoeftebepaling, het beleggen van mandaten en de coördinatie van multidisciplinaire zorg en ondersteuning worden in alle regio's gemaakt tussen gemeenten en zorgaanbieders. In het merendeel van de regio's moeten deze afspraken nog worden gemaakt en zijn deze voorzien voor het eerste kwartaal van 2015.

Proces om tot afspraken te komen

Regio's (gemeenten) en zorgverzekeraars hebben het proces om tot afspraken te komen over het algemeen positief ervaren. In een aantal regio's is het proces moeizaam gestart, maar is uiteindelijk tot wederzijds geaccepteerde afspraken gekomen. Over het algemeen wordt het door regio's en zorgaanbieders gewaardeerd wanneer de zorgverzekeraar actief betrokken is bij het vormgeven van het sociaal domein en het tot stand brengen van de verbinding tussen het sociaal domein en het medisch domein.

Alle betrokkenen geven aan dat het inkoopproces voor 2015 in een relatief korte periode moest worden doorlopen, waardoor communicatie niet altijd helder genoeg was en gemeenten niet altijd voldoende gelegenheid hebben gevoeld om inspraak te hebben op het proces. Als verbeterpunten voor het inkoopproces voor 2016 worden genoemd: heldere communicatie (met name over randvoorwaarden voor inkoop), realistische verwachtingen van beide kanten en een tijdige start van het inkoopproces.

Zorgaanbieders en gemeenten geven aan graag voort te willen gaan op de ingeslagen weg, zodat bestaande contacten verder uitgebouwd kunnen worden en gebruik gemaakt kan worden van opgedane kennis en ervaring. Om deze reden pleiten zij ervoor om voor het inkoopproces voor 2016 wederom gebruik te maken van het representatiemodel van zorgverzekeraars.

Vooruitkijkend

Vrijwel alle zorgverzekeraars hebben gemeenten en zorgaanbieders begin 2015 uitgenodigd om het inkoopproces van 2015 te evalueren. Het verdient aanbeveling de resultaten van deze evaluaties te analyseren om zicht te krijgen op welke elementen in de verdeling van middelen en capaciteit leiden tot een effectieve en efficiënte inzet van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.

De effecten van de gemaakte keuzes in positionering, signalering, behoeftebepaling, mandaat en coördinatie van multidisciplinaire zorg zullen pas in een later stadium, op zijn vroegst tweede kwartaal van 2015, merkbaar zijn. Het is dan ook aan te bevelen in de tweede kwartaal van 2015 te onderzoeken hoe deze keuzes uitpakken en welk effect deze hebben op de effectiviteit en efficiëntie van de inzet van niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.

In een eventueel vervolgonderzoek zou naast zorgverzekeraars en regio's/gemeenten ook een groter aantal zorgaanbieders bevraagd moeten worden. Hierdoor kan het perspectief van de zorgaanbieder, net als dat van gemeenten/regio's en zorgverzekeraars, representatief worden weergegeven.

Bijlage I Gespreksronde

Zorgverzekeraar	Gesprekspartner
Achmea	Mw. Anouk Gomes
CZ	Mw. Yvonne Hijnen en Mw. Kim Luijten
De Friesland	Dhr. Jelle Boomgaardt
DSW	Mw. Suzanne Goedoen
Eno	Dhr. Martijn van der Most
Menzis	Dhr. Marten Brittijn
VGZ	Mw. Esther de Louwere en Mw. Angeline Koolen
Zorg en Zekerheid	Dhr. Aart Bolluijt en Mw. Maureen Schonewille (regiosecretaris)

Regio	Gesprekspartner
Achterhoek	Dhr. Frank Beemer (regiosecretaris)
Drenthe	Mw. Marion Wijnstra (regiosecretaris)
DWO, NWN	Dhr. Ad Slooter (gemeente Schiedam)
Friesland	Dhr. Simeon Bruinsma (gemeente Leeuwarden en regiosecretaris)
Haarlemmermeer en Amstelland	Dhr. Hans Broere (regiosecretaris)
Holland Rijnland	Mw. Judith van der Zwaan-Vogelaar (gemeente Kaag en Braassem) en Dhr. Fred Kok (gemeente Noordwijk)
Noord-Limburg	Dhr. Peter Jacobs (gemeente Horst aan de Maas)
Salland	Dhr. Pieter Folkeringa (gemeente Deventer)
Twente	Mw. Herma Scholten (gemeente Enschede)
West Brabant	Mw. Marijke Riksen (regiosecretaris)
Zaanstreek-Waterland	Mw. Lisan Adolf (gemeente Zaanstad) en Dhr. Ruben van Wendel de Joode (regiosecretaris)
Zeeland (Zeeuws Vlaanderen)	Dhr. Jack Veraart (gemeente Terneuzen)
Zeeland (Walcheren)	Mw. Ilona Vekemans (gemeente Vlissingen)

Zorgaanbieder	Gesprekspartner
Envida	Dhr. Jos Lenaards
Fundis	Dhr. Harrie Robberts
Omring	Dhr. Henri Hofman
TWB, Thuiszorg met Aandacht	Dhr. Ruud Dijkers

Bijlage II Vragenlijst

Algemeen

- Welke afspraken heeft uw regio gemaakt met de zorgverzekeraar(s) over de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg?
  - Hoe worden de middelen en capaciteit voor niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg binnen de regio tussen de gemeenten verdeeld?
  - Welke afspraken heeft uw regio gemaakt met de zorgverzekeraar(s) over de criteria die de zorgverzekeraar(s) hanteren voor het bepalen van prioriteitswijken?

- Op welke wijze is in uw regio de zorgverzekeraar betrokken bij de vormgeving/inrichting van het gemeentelijke sociale domein (bv. wijkteams)?

- Hoe is in uw regio het proces om tot afspraken met de zorgverzekeraar te komen verlopen?

Focuspunten

- Welke afspraken heeft uw regio gemaakt met de zorgverzekeraar(s) over de positionering van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg:
  - Hoe werkt de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige en de wijkverpleegkundige samen met het gemeentelijke sociale domein (bv. in een wijkteam)?
  - Hoe is het contact tussen het gemeentelijke sociale domein en de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg georganiseerd?

- Welke afspraken heeft uw regio gemaakt met de zorgverzekeraar(s) over de signalering:
  - Hoe is de signalering ingericht?
  - Hoe worden opgevangen signalen uitgewisseld?

- Welke afspraken heeft uw regio gemaakt met de zorgverzekeraar(s) over de behoeftebepaling en mandaat:
  - Welke afspraken heeft uw regio gemaakt met de zorgverzekeraar(s) over wie de behoeftebepaling uitvoert (wijkverpleegkundige of de gemeente)?
  - Welke afspraken heeft uw regio gemaakt met de zorgverzekeraar(s) over wat een wijkverpleegkundige moet doen wanneer hij of zij constateert dat er maatschappelijke ondersteuning nodig is?

- Welke afspraken heeft uw regio gemaakt met de zorgverzekeraar(s) over coördinatie van multidisciplinaire zorg en ondersteuning?

- Welke afspraken heeft uw regio gemaakt met de zorgverzekeraar(s) over het delen van informatie over de zorgvraag en zorgconsumptie?

Afsluitend

- Welke afspraken zijn er gemaakt om resultaten van bestaande initiatieven te benutten (bv proeftuinen, Zichtbare Schakels, etc.)?
- Wat zou u in de toekomst graag anders zien als het gaat om het maken van afspraken met betrekking tot de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg?
- Wat zou u in de toekomst graag behouden zien als het gaat om het maken van afspraken met betrekking tot de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg?

Bijlage III Regio-indeling

	Regio	Subregio	Verzekeraar
1	Achterhoek		Menzis
2	Alblasserwaard-Vijfheerenlanden		VGZ
3	Amsterdam-Amstelland	Amsterdam	Achmea
		Amstelland (i.s.m. Haarlemmermeer)	Zorg en Zekerheid
4	Drechtsteden		VGZ
5	Drenthe	Zuid West Drenthe	Achmea
		Zuid-Oost Drenthe	Achmea
		Noord Midden Drenthe	Achmea
6	Eemland		Achmea / ASR
7	Flevoland		Achmea / ASR
8	Food Valley		Menzis / Achmea
9	Friesland		De Friesland
10	Gooi- en Vechtstreek		Achmea / ONVZ
11	Groningen		Menzis
12	Haarlemmermeer	i.s.m. Amstelland	Zorg en Zekerheid
13	Hoeksche Waard		CZ
14	Holland-Rijnland		Zorg en Zekerheid
15	IJsselland	Salland	Eno
		IJsselvecht	Achmea
16	Kop van Noord-Holland		VGZ
17	Lekstroom		Achmea
18	Midden Brabant		VGZ
19	Midden-Holland		VGZ
20	Midden IJssel / Oost Veluwe		Achmea / Eno
21	Midden-Kennemerland (IJmond)		Achmea
22	Midden Limburg		VGZ
23	Noord Limburg		VGZ
24	Noord-Oost Brabant	Meierij	VGZ
		Oost	VGZ (Oss) en CZ (overig)
25	Noord Veluwe		Achmea / Eno
26	Peelregio		CZ
27	Regio Alkmaar / Noord-Kennemerland		VGZ / Achmea
28	Regio Arnhem		Menzis / ONVZ
29	Regio Nijmegen		VGZ
30	Rivierenland		VGZ / Menzis
31	Stadsregio Haaglanden	H6+1	CZ/Menzis/VGZ/ Zorg en Zekerheid
		H4	DSW
32	Stadsregio Rijnmond	BAR	CZ
		Voorne-Putten	CZ
		Rotterdam Capelle a/d IJssel en Krimpen a/d IJssel	Achmea / VGZ
		NWN	DSW
33	Twente		Menzis

	Regio	Subregio	Verzekeraar
34	Utrecht Stad		Achmea
35	Utrecht West		Achmea
36	West-Brabant	Dongemond gemeenten	CZ / VGZ
		Breda e.o.	
		West	
		Brabantse Wal	
37	West-Friesland		VGZ
38	Zaanstreek-Waterland		Achmea
39	Zeeland		CZ
40	Zuid-Kennemerland		Achmea
41	Zuid-Limburg	Westelijke Mijnstreek	CZ
		Maastricht-Heuvelland	CZ / VGZ
		Parkstad	CZ
42	Zuid-Oost Brabant	Eindhoven	VGZ
		A2	CZ
		Dommelvallei+	VGZ / CZ
		Kempen	CZ
		Veldhoven, Best, Oirschot	CZ
43	Zuid-Oost Utrecht		Achmea

Bijlage IV Randvoorwaarden zorgverzekeraars

In dit overzicht zijn de algemene eisen die in de Inkoopgids Wijkverpleging 2015 van ZN staan niet opgenomen (zie paragraaf 2.2.).

Achmea[45]

- Aantoonbare optimale samenwerking huisarts en andere 1e-lijnsaanbieders in de wijk
- Heeft vrijheid om passende vorm te vinden voor samenwerking met sociaal wijkteam, rekening houdend met evenredige verdeling van niet-toewijsbare zorgtaken.
- Tweejaarlijkse evaluatie met organisaties in sociaal domein waarmee door de gemeente afspraken mee zijn gemaakt
- Bereidheid om zich te laten vertegenwoordigen in het sociale wijkteam door één of meerdere wijkverpleegkundigen van andere organisaties dan de moederorganisatie
- Algemeen geldende eisen (toewijsbare zorg) rondom:
  - Publiceren van cliënttevredenheidsonderzoek
  - Zelfevaluatie
  - Mantelzorgbeleid
  - Wachttijden
  - Medicatiecheck
  - Valpreventie

CZ[46]

- Ervaring met wijkgericht werken en inzicht in de zorgbehoefte en populatie in het betreffende werkgebied.
- Inzichtelijke afspraken met partijen in het (sociale) domein over onderwerpen uit de Focuslijst, zoals positionering, behoeftebepaling, informatievoorziening, bereikbaarheid en beschikbaarheid, taak- en rolverdeling met andere professionals
- De wijkverpleegkundigen zijn zich bewust van hun rol in het sociale wijknetwerk en kunnen zelfstandig beoordelen of vragen onder hun professionele verantwoordelijkheid vallen. Zij handelen vanuit het medisch domein in situaties waarin medisch ingrijpen nodig lijkt. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat de wijkverpleegkundige zich op sociale problematiek concentreert;
- De wijkverpleegkundigen hebben als doel om samen met het (sociale) wijknetwerk te komen tot ‘case finding’, ter preventie van zware zorg;
- De aanbieder organiseert een compliance-commissie die onafhankelijk toezicht houdt op het functioneren van de zorgaanbieder in de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Deze commissie houdt toezicht op de onafhankelijkheid van de wijkverpleegkundige in haar doorverwijsbeleid naar toewijsbare wijkverpleegkundige zorg en op de tevredenheid van stakeholders in het (sociale) wijknetwerk over de wijkverpleegkundige. De commissie bestaat ten minste uit de gecontracteerde zorgverleners voor wijkverpleging, huisartsen, cliëntvertegenwoordigers en gemeenten die in het betreffende werkgebied actief zijn. De zorgaanbieder organiseert minimaal

[45] Achmea Inkoopdocument Wijkverpleging 2015

[46] CZ Zorg inkoopdocument wijkverpleging 2015

2 keer per jaar (vaker wanneer compliancecommissie dit wenst) een compliance-overleg, waarvan het verslag beschikbaar is voor de zorgverzekeraar.

De Friesland[47]
▪ Een plan van aanpak voor het aanpakken van de problematiek die (door een onderzoeksbureau) geconstateerd is in een bepaald postcodegebied. Onderdelen in het plan zijn: - Resultaatdefinitie - Beheersplan - Activiteitenplanning - Monitoring van de uitkomsten - Verwachte inzet in samenwerking met het gemeentelijk domein, de inhoud van de samenwerking en de samenwerking met de sociale kaart - Specialistische bekwaamheid van de wijkverpleegkundige - Beschikbaarheid en bereikbaarheid (in samenwerking met sociaal domein) - Mogelijke afspraken op thema's uit de Focuslijst

DSW[48]
▪ De aanbieder beschikt reeds over de structuren om wijkverpleegkundige zorg te kunnen leveren. (Dominante thuiszorgorganisatie in de gemeente)[49] ▪ De wijkverpleegkundige opereert vanuit het medisch domein in situaties waarin medisch ingrijpen nodig lijkt. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat de wijkverpleegkundige de vraagstukken rondom de sociale problematiek zelf oppakt, dan wel zich hierop concentreert. ▪ Positioneert de wijkverpleegkundige niet in een sociaal wijkteam. Het advies van de wijkverpleegkundige wordt ingeroepen bij vermoedelijke medische problematiek en/of meervoudig complexe problematiek ▪ Zet wijkverpleegkundigen in die zelfstandig kunnen beoordelen of vragen onder de eigen professionele verantwoordelijkheid vallen ▪ Werkt samen met netwerkpartners met als doel de cliënt te ondersteunen bij zelfmanagement, zelfredzaamheid en eigen regie en ter voorkoming van verslechtering van de gezondheidssituatie ▪ Maakt afspraken met huisartsen over afstemming en samenwerking in de gemeente ▪ Maakt procesafspraken met (sociale wijkteams van) gemeenten, waarbij de focuslijst als leidraad dient. ▪ Heeft een aantoonbare samenwerkingsrelatie met het sociale domein ▪ Draagt er zorg voor dat de wijkverpleegkundige naast het wijkgericht werken ook toewijsbare zorg kan leveren. De wijkverpleegkundige kan niet fulltime worden ingezet voor de prestatie 'wijkgericht werken'.

[47] De Friesland Zorgverzekeraar – Inkoopdocument 2015 Niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg – september 2014

[48] DSW Addendum Wijkgericht werken (onderdeel van de Overeenkomst Wijkverpleging)

[49] DSW Inkoopbeleid Wijkverpleging 2015 Regio's DWO en NWN September 2014

- Brengt geen kosten in rekening voor Wmo-activiteiten of zorg die een huisarts pleegt te bieden
- Informeert DSW maandelijks over de inzet van middelen via een monitor (opgesteld door DSW).

Eno[50]

- De wijkverpleegkundige heeft ervaring met wijkgericht werken is zich bewust van haar rol in het (sociale) wijknetwerk en kan zelfstandig beoordelen of vragen onder haar professionele verantwoordelijkheid vallen
- De zorgaanbieder borgt bereikbaarheid en beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige voor zowel cliënten, mantelzorgers en andere professionals in de wijk
- De wijkverpleegkundige kent de rollen, taken en verantwoordelijkheden van andere functionarissen, zoals casemanagers dementie, POH (praktijkondersteuners huisartsenzorg)en trajectbegeleiders en voorkomt dubbelingen in werkzaamheden
- De zorgaanbieder maakt met andere partijen (ook informele zorgorganisaties) in het (sociale) wijknetwerk afspraken over informatievoorziening van het aanbod van ondersteuning en zorg voor cliënten en mantelzorgers
- De wijkverpleegkundige heeft als doel om samen met het (sociale) wijknetwerk, te komen tot “case finding” in de wijk waar zij werkzaam zijn, ter preventie van zware zorg. Daarbij opereert de wijkverpleegkundige vanuit het medisch domein in situaties, waarin medisch ingrijpen nodig lijkt. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat de wijkverpleegkundige zich op sociale problematiek concentreert
- De zorgaanbieder zorgt voor afbakening op de punten uit de Focuslijst: verantwoordelijkheid voor de behoeftebepaling, vraagverheldering, coördinatie, uitwisselen van signalen.
- Offerte met SMART doelstellingen die bijdragen aan het vergroten van de zelf- en samen redzaamheid en beroep op formele zorg voorkomen.

Menzis[51]

- Aanbieders dienen een business case in die aantoonbaar informatie geeft over:
  - goede samenwerking met andere organisaties waardoor de zorg doelmatig, effectief en efficiënt wordt ingezet
  - deelname aan integrale (ouderenzorg) op basis van schriftelijk vastgelegde afspraken
  - invulling van schakeltaken,
  - deskundig personeel
  - substitutie van duurdere zorg naar lichtere zorg en welzijnsondersteuning.

Overige eisen die Menzis stelt zijn op het gebied van:

- Aandacht voor mantelzorgondersteuning
- Kwaliteitsregister en deskundigheidsbevordering
- Veilige principes in de medicatieketen
- Wijkgericht werken
- Medisch Technisch Handelen team (met gespecialiseerde kennis en expertise zodat mensen sneller thuis begeleid kunnen worden),

[50] Eno Addendum ZN inkoopgids Wijkverpleging 11 augustus 2014

[51] Menzis Inkoop Wijkverpleging 2015

- Verpleegkundigen en verzorgenden die gespecialiseerd zijn op deskundigheidsgebieden (min 5 aanwezig)
- Casemanagement dementie.

VGZ[52]

- De aanbieder conformeert zich aan het beleid 'wijknetwerken' van VGZ
- Geen wachtlijsten voor extramurale zorg
- Geen wachtlijsten, wel zorgplicht
- Weigert geen cliënten op basis van zorgzwaarte
- Beschrijving van de samenwerking met het sociaal domein, de rol van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg, ook in samenwerking met de wijkverpleegkundige toewijsbare zorg, aandachtspunten voor gemeenten/wijken en mogelijkheden voor de wijkverpleegkundige om onafhankelijk te verwijzen en te werken volgens principes van ontzorgen/eigen kracht/ inzetten informele zorg/regie bij de cliënt en de activiteiten/instrumenten die daarvoor ingezet worden.

Zorg en Zekerheid[53]

- Minimaal één actief persoonlijk certificaat bij VECOZO
- Minimaal één AGB-code voor de zorgregistratie en zorgdeclaratie, waarmee productie inzichtelijk gemaakt wordt
- Zorgt voor periodieke cliënttevredenheidsonderzoeken en maakt samen met cliëntraden verbeterplannen.
- Jaarlijkse zelfevaluatie
- Het individueel zorgplan is leidend voor de zorg die gedeclareerd wordt
- Het zorgplan wordt opgesteld volgens eisen van Zorg en Zekerheid
- Medewerking aan de benchmark, waarvoor onder andere informatie gevraagd wordt over de organisatie van het wijkgericht werken in relatie tot het sociaal domein
- Beschrijving van de samenwerking met het sociaal domein, de rol van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg, ook in samenwerking met de wijkverpleegkundige toewijsbare zorg, aandachtspunten voor gemeenten/wijken en mogelijkheden voor de wijkverpleegkundige om onafhankelijk te verwijzen en te werken volgens principes van ontzorgen/eigen kracht/ inzetten informele zorg/regie bij de cliënt en de activiteiten/instrumenten die daarvoor ingezet worden.

[52] Inkoop wijkverpleging

Coöperatie VGZ 2015

[53] Zorg en Zekerheid Inkoop Wijkverpleging 2015