

Uitwerking Module sociale infrastructuur binnen bekostiging wijkverpleging 2017

Menzis en gemeenten hebben binnen de werkgroep wijkverpleging (binnen de Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's) besproken op welke manier het beste invulling kan worden gegeven aan de inkoop wijkverpleging voor 2017. Het doel hiervan is om de verbinding tussen het sociaal- en medisch domein te waarborgen en de lokale infrastructuur die het afgelopen jaar is opgebouwd in de wijk te behouden en verder te versterken. Dit heeft geleid tot een voorstel voor een aparte *module 'sociale infrastructuur'*¹.

Met een aparte module binnen de bekostiging wijkverpleging (bekostiging die onder volledige verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar valt) kunnen gemeenten en zorgverzekeraars gezamenlijk de positie van de niet-toewijsbare taken van de wijkverpleegkundige – in relatie tot het wijkteam c.q. wijknetwerk – borgen en daarmee de lokale infrastructuur voor zorg en ondersteuning versterken.²

N.B. Niet alle gemeenten zijn onderverdeeld in wijken of hebben wijkteams. Echter, omwille van de leesbaarheid worden deze termen in dit document gehanteerd. Hiermee worden ook dorpen, gemeenten, lokale teams / -netwerken, etc. bedoeld.

Begin 2016 hebben Menzis en gemeenten (binnen de Werkagenda) een 'effectenanalyse wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg' uitgevoerd. Daarin is onderzocht wat nodig is om een effectieve samenwerking in een gebied te realiseren en hoe dit op dit moment in verschillende gebieden is georganiseerd. De focus lag daarbij op de samenwerking tussen de wijkverpleegkundige, wijkteam/wijknetwerk, huisarts en de praktijkondersteuner. Uit dit onderzoek is onder andere gebleken dat het niet zozeer uitmaakt of er in de wijk een wijkteam aanwezig is – en hoe de wijkverpleegkundige is gepositioneerd t.o.v. dit wijkteam -, maar wel dat er een goed op elkaar ingespeeld *wijknetwerk* is. Hiervoor is het van belang dat duidelijke afspraken worden gemaakt over ieders taken en verantwoordelijkheden in de wijk.

¹ Ontworpen door Algreet Tamminga, productexpert Wijkverpleging, Menzis

² Een aantal gemeenten hebben gevraagd of ook voorwaarden voor andere professionals kunnen worden opgenomen binnen deze module, zoals voor huisartsen en casemanagers dementie. Dit is echter nu niet aan de orde. De module 'sociale infrastructuur' richt zich op *de wijkverpleegkundige in relatie tot het wijkteam/-netwerk*.

1. Kern van de module sociale infrastructuur

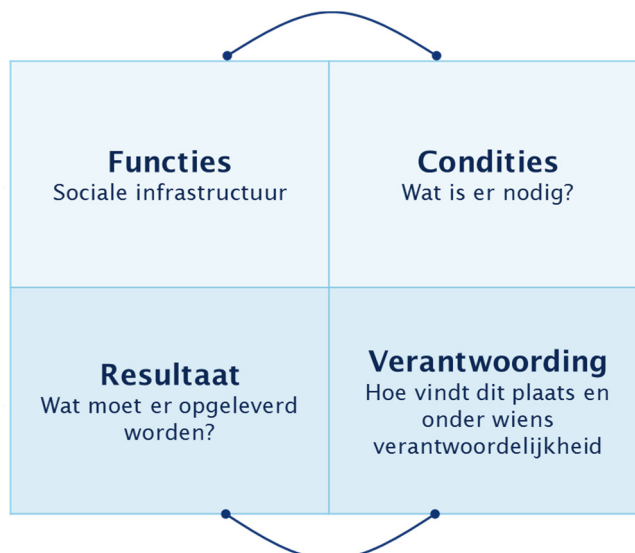
Om er voor te zorgen dat de ingezette ontwikkeling waarin gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders samen werken aan een effectieve lokale infrastructuur in de driehoek tussen medisch, sociaal en verpleegkundig domein wordt gecontinueerd, is het van belang dat de prikkels bij gemeenten, zorgverzekeraar en aanbieders op een juiste manier zijn verdeeld. Een voorstel is om dit vorm te geven middels een losse module. Deze module kan los worden aangeboden aan aanbieders, waarbij gemeenten en zorgverzekeraar gezamenlijk bepalen welke condities geborgd moeten worden in de module. De zorgverzekeraar is in de lead, maar de gemeente krijgt expliciet de positie om samen met de zorgverzekeraar criteria te formuleren waardoor de randvoorwaarden duidelijk zijn voor aanbieders (een aantal aanbieders) die hiervoor in aanmerking komen. Hierbij gaat het voornamelijk om het organiseren en regelen van een infrastructuur in de wijk en het opzetten van een samenwerking met het wijkteam/-netwerk.

Door de inzet in het ontwikkelen van een samenwerkingsstructuur/infrastructuur tussen medisch en sociaal domein als losse module te verkopen, wordt de verantwoordelijkheid bij zowel Menzis, gemeenten als aanbieders gelegd. Een belangrijke notie is dat de module in *co-creatie* tussen Menzis en gemeenten tot stand komt, waarbij de eindverantwoordelijkheid bij Menzis ligt.

2. Inhoudelijke invulling van de module

Menzis en gemeenten hebben elk individueel (via de regiosecretarissen) verkend welke inkoopvoorwaarden volgens hen een plek moeten krijgen in de module. Uit deze inventarisatie volgt een aantal gemeenschappelijke ingrediënten:

- A. **Functies van de sociale infrastructuur:** wat wordt van de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg verwacht in relatie tot het sociale wijkteam/-netwerk? Met andere woorden welke functies of functionaliteiten zijn van belang om een effectieve lokale infrastructuur te ontwikkelen en te borgen in de driehoek tussen medisch, sociaal en verpleegkundig domein?
- B. **Conditie:** wat is er voor nodig dat de wijkverpleegkundigen – maar ook andere actoren in de wijk (1^e lijn) – deze functies kunnen uitvoeren? Welke randvoorwaarden moeten aanwezig zijn en wat vraagt dat van gemeenten, Menzis en aanbieders?
- C. **Resultaat:** wat is het resultaat dat zichtbaar moet worden in de wijk en bij de cliënt/burger/verzekerde als er sprake is van een effectieve sociale infrastructuur? Wat gaat er anders dan nu en welk resultaat wordt daarvan verwacht?
- D. **Verantwoording:** wat is er voor nodig om te laten zien dat er feitelijk een verandering is opgetreden en dat dit bijdraagt aan het gewenste resultaat? Welke partijen hebben een rol in het zichtbaar maken van de resultaten cq het aantonen van de verandering?



Funcities

De gemeenten en Menzis hebben de volgende functies benoemd die van belang zijn om invulling te geven aan een effectieve sociale infrastructuur:

- De wijkverpleegkundige bouwt korte lijnen op met het wijkteam/-netwerk en andere partners (waaronder huisarts, POH, maar ook andere wijkverpleegkundigen van de eigen en andere organisaties) in de wijk en onderhoudt deze contacten.
- De wijkverpleegkundige heeft kennis van de sociale kaart en past deze kennis toe.
- De wijkverpleegkundige sluit aan bij een casusoverleg bij een casus waarbij op voorhand niet meteen duidelijk is dat toewijsbare zorg nodig is. Zij brengt daarbij haar medische kennis in.
- De wijkverpleegkundige is beschikbaar voor vragen vanuit het wijkteam/-netwerk en verkent samen met het wijkteam/-netwerk wat kansen en kwetsbaarheden in de wijk zijn.
- De wijkverpleegkundige voert naar behoren de signaleringsfunctie uit.
- De wijkverpleegkundige gaat bij inwoners en/of specifieke doelgroepen (zorgmijders) langs, waarbij nog niet op voorhand duidelijk is of er een toewijsbare zorgvraag speelt. Ze houdt vinger aan de pols.
- De wijkverpleegkundige schakelt tussen wijkteam/-netwerk, POH en huisarts.
- De wijkverpleegkundige trekt samen op met het wijkteam/-netwerk om invulling te geven aan preventieve activiteiten in de wijk.
- De wijkverpleegkundige richt zich op (mogelijke) zorg binnen de Zorgverzekeringswet. Zorg buiten de Zorgverzekeringswet, zoals Jeugdzorg, behoort niet tot de taken van de wijkverpleegkundige binnen de aanspraak wijkverpleging van de Zorgverzekeringswet en valt dus niet onder de scope van de module 'sociale infrastructuur'.

Conditie

- *Alle wijkverpleegkundigen horen een brede blik te hebben*

Een brede blik op het sociaal en medisch domein is integraal onderdeel van het werk van alle wijkverpleegkundigen. Door alle betrokken partijen – zorgverzekeraar, aanbieders, professionals – dient hier op ingezet te worden.

- *Onafhankelijke rol van de wijkverpleegkundige*

De zorgaanbieder moet de wijkverpleegkundige de ruimte geven om los van haar moederorganisatie haar taak in de wijk uit te voeren. Ze moet onafhankelijk medewerkers in het wijkteam/-netwerk en cliënten kunnen adviseren ten aanzien van de meest gepaste zorg / ondersteuning.

- *Tijd en ruimte voor het uitvoeren van niet-toewijsbare taken*

Uit de evaluatie volgt dat sommige gecontracteerde aanbieders alle focus leggen bij de toewijsbare zorg, waardoor er voor de wijkverpleegkundigen geen ruimte is voor niet-toewijsbare zorg. De gecontracteerde aanbieders moeten voldoende ruimte, tijd en prioriteit bieden aan de wijkverpleging om ook de niet-toewijsbare zorg uit te voeren.

- *Gemeenten dragen zorg voor een goed functionerend wijkteam/-netwerk*

De wijkverpleegkundige kan haar (niet-toewijsbare) verantwoordelijkheden uitvoeren als zij daarbij kan bouwen op de inzet en aanwezigheid van een goed functionerend wijkteam/-netwerk.

- *Beperkt aantal gecontracteerde aanbieders*

De gemeenten onderstrepen het streven dat een beperkt aantal aanbieders gecontracteerd wordt voor de module wijkgericht werken. Bij een groot aantal gecontracteerde aanbieders bestaat het risico dat de uren te veel worden versnipperd. Meerdere keren wordt genoemd dat de voorkeur uitgaat naar aanbieders die een substantieel aandeel cliënten (ook toewijsbare) in de betreffende gemeente heeft.

- *Continuïteit van de huidige situatie*

Bij de contractering van aanbieders moet aandacht zijn voor de opgebouwde samenwerking met huidige aanbieders; hierin hebben gemeenten en aanbieders al het nodige in geïnvesteerd. De module moet geen belemmering vormen voor de samenwerking die al tot stand is gekomen.

- *Aantoonbare inspanning zorgaanbieder t.a.v. samenwerking met de gemeente*

De zorgaanbieder moet kunnen aantonen dat er in 2015 en 2016 een samenwerkingsrelatie is opgebouwd met het sociaal domein (wijkteams/-netwerk en andere professionals in de wijk) in het postcodegebied waarvoor men inschrijft. Dit zou bijvoorbeeld kunnen worden aangetoond via deelname in wijkprojecten en contactmomenten met sociale wijkteams.

- *Afstemmingsplicht naar andere gecontracteerde aanbieders*

De aanbieder(s) waarbij de module is ingekocht hebben afstemmingsplicht met andere aanbieders die Verpleging en Verzorging leveren in het postcodegebied waar men actief is. .

- *Duidelijke afspraken met gemeenten over de inzet van de wijkverpleegkundige*

Gemeenten en aanbieders maken met elkaar afspraken over de wijze waarop de aanbieders invulling gaan geven aan hun verantwoordelijkheden. Dit moet geconcretiseerd worden in werkafspraken tussen wijkteam/-netwerk en aanbieders/wijkverpleging. De focuslijst 'verbinding wijkverpleging en sociaal domein'³ kan als handvat worden gebruikt bij het maken van deze werkafspraken.

Resultaat

De beoogde resultaten ten aanzien van de module sociale infrastructuur worden op twee niveaus beschreven: output en outcome.

Output

- De functies zoals hierboven vermeld zijn (naar tevredenheid van professionals, gemeenten en Menzis) uitgevoerd.
- Er is voldaan aan de bovenstaande condities.
- Er is sprake van een effectief netwerk in de wijk – dit wordt ook zo beoordeeld door de betrokken actoren (wijkteam/-netwerk, wijkverpleging, praktijkondersteuner huisarts, huisarts).
- De cliënt/burger/verzekerde ervaart een effectief netwerk in de wijk.

Outcome

- De gemiddelde zorgconsumptie per cliënt is afgenomen in de (sub) regio/postcodes van bij de gecontracteerde partijen: de wijkverpleging is in staat geweest om samen met het wijkteam/-netwerk een effectieve afweging te maken tussen medische en sociale zorg/ondersteuning.
- De cliënten zijn meer tevreden over zorg, ondersteuning en hulp.

Verantwoording

Om achteraf te kunnen bepalen of de beoogde resultaten zijn bereikt, is het van belang om een gezamenlijk verantwoordingsproces in te richten waarin gemeenten, aanbieders en Menzis een verantwoordelijkheid hebben. Uit partnerschap leggen Menzis, gemeenten en aanbieders verantwoording af.

A. Verantwoordelijkheid van gemeenten

- De gemeenten hebben – na de contractering door Menzis – afspraken gemaakt met de aanbieders over de wijze waarop de samenwerking zal worden vormgegeven en de

³ Opgesteld door de VNG, VWS en ZN (2014).

wijkverpleegkundige zal worden *gepositioneerd* in relatie tot het wijkteam/-netwerk. De gemeenten roept de aanbieders ter verantwoording over deze afspraken.

- De gemeente maakt inzichtelijk – op het niveau van een aantal cases: casefinding – of er een uitruil heeft plaatsgevonden voor maatschappelijke hulp en ondersteuning in plaats van medische zorg en vice versa. Idealiter wordt dit financieel inzichtelijk gemaakt, maar dat zal momenteel nog lastig/niet te bewerkstelligen zijn.
 - Daarnaast maakt de gemeente inzichtelijk (evaluatie) hoe zij beoordelen of voldaan is aan de outputresultaten.
- B. Verantwoordelijkheid van aanbieders
- Aanbieders beschrijven welke rol de wijkverpleegkundige in de niet toewijsbare zorg vervult en hoe de bovenstaande condities worden geborgd.
 - De aanbieders leggen verantwoording af aan de gemeente over hun inzet in relatie tot het wijkteam/-netwerk.
 - De aanbieders leggen verantwoording af aan de zorgverzekeraar over hun inzet richting POH, huisarts en wijkverpleging van andere organisaties.
 - De aanbieders maken het verloop van de zorgconsumptie financieel inzichtelijk en maken duidelijk of hierin verschuivingen hebben plaatsgevonden t.b.v. de inzet maatschappelijke ondersteuning uit het sociale domein (ook op basis van casefinding).
- C. Verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar
- Roept de aanbieders tot verantwoording (evaluatie) of zij voldaan hebben aan de vooraf opgestelde afspraken.
- D. Gezamenlijke verantwoordelijkheid (gemeenten en zorgverzekeraar)
- Gemeenten en zorgverzekeraar leggen in hun reguliere verantwoordingsstructuur ook verantwoording af over de sociale infrastructuur en of zij voldaan hebben aan de vooraf afgesproken condities.
 - In het voorjaar van 2017 worden in 2 – 3 wijken (zo veel als mogelijk) de financiële effecten inzichtelijk gemaakt van de inzet van de wijkverpleegkundige en geanalyseerd of/waar substitutie heeft plaatsgevonden.

Landelijk

Menzis is verantwoordelijk voor het inkopen van de wijkverpleging. Daarbij is het van belang dat Menzis kan aantonen dat er met gemeenten afspraken zijn gemaakt over de inkoop en inzet van wijkverpleging, in relatie tot het wijkteam/-netwerk. Door het introduceren van een aparte module kunnen verzekeraars gemeenten positie geven in het inkoopproces met als doel gezamenlijk de verantwoordelijkheid te nemen voor een stevige lokale ondersteunings- en zorginfrastructuur.

Als elke zorgverzekeraar in de regio's waarin hij dominant is, afspraken maakt met gemeenten ten aanzien van de invulling van de Module Wijkgericht Werken dan kunnen andere (minder dominante) zorgverzekeraars in die regio de inhoudelijke werkwijze van de leidende zorgverzekeraar volgen. Daarbij staat het hen vrij om eigen tarieven te hanteren.