



Focuslijst verbinding wijkverpleging en sociaal domein



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Zorgverzekeraars Nederland



Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Herziening Langdurige Zorg	3
1.2	Aanspraak wijkverpleging: toewijsbare en niet-toewijsbare zorg	3
1.3	Wijkteams	4
1.4	Samenwerking in de wijk	4
1.5	Regionale afspraken	4
2	Doel en opzet focuslijst	5
2.1	Focuslijst	5
2.2	Breder perspectief	5
2.3	Scope	6
2.4	Verschillende typen afspraken	6
2.5	Bovenliggende en onderliggende thema's	7
2.6	Startbeeld	8
3	Focuspunten	9
3.1	Positionering wijkverpleegkundige	10
3.2	Signalering	12
3.3	Behoeftebepaling en mandaat	14
3.4	Coördinatie van multidisciplinaire zorg en ondersteuning	16
3.5	Middelen en capaciteit niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie	17
3.6	Informatie- en kennisdeling	18

1 Inleiding

1.1 Herziening Langdurige Zorg

Als gevolg van de Herziening van de Langdurige Zorg krijgen gemeenten en zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2015 nieuwe taken en verantwoordelijkheden. Vanuit de huidige AWBZ worden verantwoordelijkheden ondergebracht in de Wmo 2015. Onder andere gaat het om extramurale ondersteuning, beschermd wonen en cliëntondersteuning. Tegelijk wordt per 1 januari 2015 extramurale verpleging en persoonlijke verzorging overgeheveld van de huidige AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).

1.2 Aanspraak wijkverpleging: toewijsbare en niet-toewijsbare zorg

De nieuwe Zvw-prestatie verpleging en verzorging stelt dat de aanspraak op wijkverpleging alle zorg 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' omvat, voor zover die verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop.

Binnen de aanspraak wijkverpleging is sprake van zowel verpleging als verzorging. Hierbij gaat het om verpleegkundige handelingen zoals wondverzorging, katheterisaties, injecties en verzorgende handelingen zoals wassen en aankleden. De wijkverpleegkundige is in de eerste plaats een zorgverlener. Daarnaast krijgt de wijkverpleegkundige binnen de aanspraak de ruimte om breder te kijken dan de zorgvraag van de cliënt, bijvoorbeeld naar zelfredzaamheid en de sociale omgeving. De wijkverpleegkundige krijgt meer mogelijkheden om verbindingen met andere domeinen te leggen. Deze taken hebben een directe relatie met de zorgvraag van de cliënt en zijn dus individueel toewijsbaar. Al deze aan een concreet persoon te koppelen werkzaamheden is de zogenaamde 'toewijsbare zorg'.

Het is de wijkverpleegkundige die binnen de Zvw bepaalt welke zorg de cliënt nodig heeft en wie deze zorg uitvoert. De huidige indicatiestelling door het CIZ komt te vervallen. Daarmee zal de rol van de wijkverpleegkundige vergelijkbaar worden met die van andere zorgverleners in de Zvw, bijvoorbeeld die van een huisarts. Voor de indicatiestelling in de Zvw wordt door de V&VN een indicatie-instrument ontwikkeld.

Onder wijkverpleegkundige zorg vallen naast de toewijsbare zorgtaken ook coördinerende en signalerende activiteiten die niet aan één specifieke patiënt te koppelen zijn. Deze activiteiten kunnen een impuls geven aan de verbinding tussen het medische en sociale domein. Het gaat om de beschikbaarheidsfunctie van de wijkverpleegkundige in de wijk. Dit is de zogenaamde 'niet-toewijsbare zorg'. Specifiek worden hiermee meerdere taken geregeld. Ten eerste dat de wijkverpleegkundige bij iemand langs kan gaan die nog niet in zorg is (bijvoorbeeld zorgmijders en mensen die de weg naar de wijkverpleegkundige niet weten te vinden) naar aanleiding van een signaal van de gemeente. De wijkverpleegkundige signaleert dan wat er aan de hand is en verwijst indien nodig door naar Zvw-zorg of naar welzijn/ondersteuning. Ten tweede wordt hiermee geregeld dat de wijkverpleegkundige een relatie heeft met de sociale wijkteams, om samenhang tussen zorg en ondersteuning te borgen. Deze niet-toewijsbare taken van de wijkverpleegkundige zijn al bij verschillende gemeenten bekend. In het programma Zichtbare Schakels is hier ervaring mee opgedaan.

1.3 Wijkteams

Veel gemeenten kiezen ervoor het sociale domein op een nieuwe manier in te richten. Vanuit het idee dat zorg en ondersteuning dichtbij, integraal en beginnend vanuit de vraag van een inwoner moet worden georganiseerd, kiezen zij voor het inrichten van zogenaamde sociale of integrale teams. Gemeenten kunnen zelf keuzes maken over de inrichting, scope, bekostiging en aansturing van de teams. De verschijningsvormen zijn dan ook zeer divers. Het komt ook voor dat gemeenten kiezen hun sociale domein in te richten zonder het opzetten van sociale teams. Functies die in sociale teams worden belegd zijn onder meer:

- Activering van bewoners en het stimuleren van bewonersinitiatief
- Verbindingspost tussen inwoners en voorzieningen
- Verstrekken van basisvoorzieningen, zoals primaire directe ondersteuning
- Signaleringsfuncties
- Vraagverheldering
- Toegangsfunctie, toeleiding naar voorzieningen en hulp
- Casusregie.

Of een gemeente nu wel of geen wijkteams organiseert en ongeacht de verschijningsvorm, is het belangrijk dat er een verbinding wordt gelegd tussen het gemeentelijke sociale domein en het medische domein van de zorgverzekeraar. In dit document wordt omwille van de leesbaarheid steeds gesproken over 'wijkteams' en 'leden van een wijkteam'. Hiermee wordt het volle spectrum aan inrichtingsvormen van het sociale domein bedoeld.

1.4 Samenwerking in de wijk

De Staatsecretaris van VWS stelt in zijn Kamerbrief over Samenhang van 4 maart 2014 dat de verpleegkundige niet solistisch optreedt, maar onderdeel is van de bredere eerstelijnszorg en samen met de huisarts een generalistische rol vervult. Goede samenwerking in de wijk, met inzet van professionals uit de verschillende disciplines (zoals maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en verzorgenden), maakt het mogelijk het sociale en het medische domein met elkaar te verbinden. "De verpleegkundige functie zal daarom in het sociale wijkteam, of een vergelijkbaar verband, vertegenwoordigd zijn" stelt de Nota van Toelichting bij de aanspraak Wijkverpleging.

Voor de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg is in 2015 een bedrag van maximaal € 40 miljoen beschikbaar. Daarnaast is er voor 2015 € 10 miljoen aan het deelfonds Sociaal Domein toegevoegd om de ontwikkeling van sociale wijkteams of integraal werken in de wijk te ondersteunen en de verbinding met het medische domein te leggen.

1.5 Regionale afspraken

Zorgverzekeraars en gemeenten kunnen op regionaal niveau afspraken maken over de inzet van de wijkverpleegkundige en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk. Per regio kunnen de representant namens de zorgverzekeraars en de vertegenwoordiger van de gemeenten in de desbetreffende regio gezamenlijk voorwaarden scheppen die de professionals in de wijk helpen bij het doelmatig en in samenhang uitvoeren van hun taken. Voor het organiseren van deze gesprekken ('regiotafels') is landelijke ondersteuning beschikbaar gesteld.

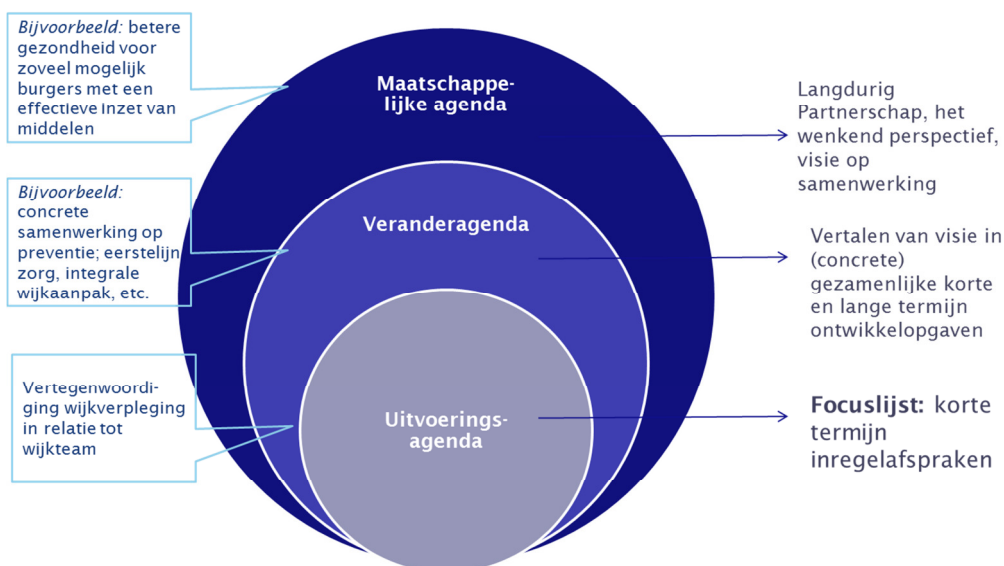
2 Doel en opzet focuslijst

2.1 Focuslijst

Deze focuslijst agendeert onderwerpen voor het transitiejaar 2015 waarover zorgverzekeraar en gemeenten met elkaar afspraken kunnen maken over de inzet van de wijkverpleegkundige in relatie tot het wijkteam en de afstemming tussen zorg en maatschappelijke infrastructuur in de wijk (waaronder ook aanbieders, professionals en cliënten). De lijst is geen blauwdruk van hoe de lokale inrichting moet worden vormgegeven, maar een hulpmiddel voor de samenwerking.

2.2 Breder perspectief

De focuslijst richt zich op het transitiejaar 2015 en het inregelen van nieuwe taken. Parallel daaraan zal in veel regio's ook worden gewerkt aan een bredere veranderagenda, het langetermijnperspectief. Daarbij verschuift het accent van uitsluitend inregelen, naar inregelen én gezamenlijk ontwikkelen. Met de herziening van de langdurige zorg hebben twee belangrijke actoren de verantwoordelijkheid gekregen om de zorg en ondersteuning zo te organiseren, dat mensen in staat zijn om langer thuis te wonen. De gemeenten vanuit de sociale invalshoek, de zorgverzekeraars vanuit de medische invalshoek. Vanuit integraal, maatschappelijk en financieel perspectief zijn samenwerking, innovatie en ontwikkeling (op de lange termijn) logisch. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben nu een andere werkwijze en spreken vaak een andere taal, maar door vroegtijdig te investeren in een gelijkwaardig partnerschap ontstaat er ruimte om gezamenlijk te innoveren en investeren.



Zie publicatie TransitieBureau Wmo: *bondgenoten in de decentralisaties*.¹

¹ Zie <http://www.invoeringwmo.nl/actueel/nieuws/bondgenoten-de-decentralisaties>

2.3 Scope

De focuslijst richt zich op de samenwerking tussen zorgverzekeraar en gemeenten aangaande wijkverpleging. Hierbij gaat het vooral om de niet-toewijsbare zorg. Afsproken moet worden hoe de verpleegkundige functie ten opzichte van het sociale wijkteam, of een vergelijkbaar verband, is vertegenwoordigd.

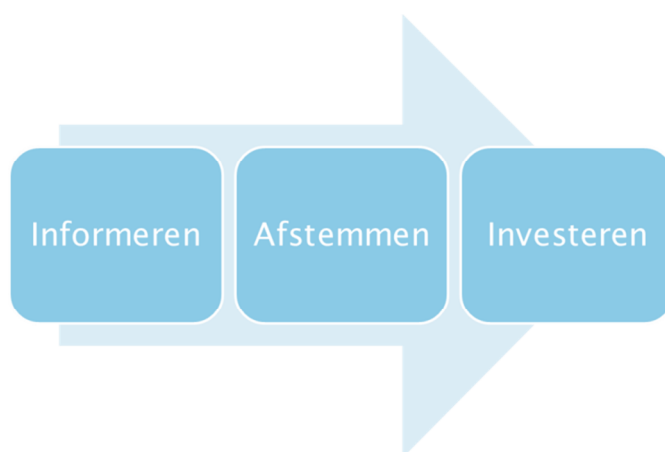
Tegelijk raken deze afspraken die gemeenten en zorgverzekeraar maken ook de toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. In hun dagelijkse praktijk zullen professionals in de wijk regelmatig stuiten op de raakvlakken tussen het medische en sociale domein. Voor het verbeteren van de zorg voor de cliënt en het realiseren van zo efficiënt en effectief mogelijke dienstverlening is het noodzakelijk om breder dan enkel over de niet-toewijsbare zorg te spreken. In de lijst wordt steeds expliciet gesproken over 'niet-toewijsbare zorg' of 'de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie' als het over de niet-toewijsbare zorg gaat; in alle andere gevallen duidt 'wijkverpleegkundige(n)' of 'wijkverpleegkundige zorg' op de gehele wijkverpleegkundige zorg; de toewijsbare én niet-toewijsbare zorg.

De volgende onderwerpen komen in de focuslijst aan bod:

- Positionering van de wijkverpleegkundige (paragraaf 3.1)
- Signalering (paragraaf 3.2)
- Behoeftebepaling en mandaat (paragraaf 3.3)
- Coördinatie van multidisciplinaire zorg en ondersteuning (paragraaf 3.4)
- Middelen en capaciteit niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie (paragraaf 3.5)
- Informatie- en kennisdeling (paragraaf 3.6).

2.4 Verschillende typen afspraken

Niet al deze thema's hoeven in het regionale overleg volledig te worden uitgediept. Er zijn drie niveaus te onderscheiden waarop de focuspunten kunnen worden benaderd.



Het meest basale is het *informeren* van elkaar. Zorgverzekeraar en gemeenten wisselen met elkaar uit hoe zij hun verantwoordelijkheden organiseren. Dit is het minimumscenario dat voor alle focuspunten geldt. Er hoeven geen afspraken gemaakt te worden tussen zorgverzekeraar en gemeenten, zolang de professionals in de wijk weten waar zij zelf verantwoordelijk voor zijn en wie verantwoordelijk is voor de andere taken. Zo kan iedereen zijn eigen verantwoordelijkheden naar behoren uitvoeren en kunnen professionals met elkaar in contact komen als dat nodig is. Dit minimumscenario wordt al grotendeels afgedekt door middel van het startbeeld (zie paragraaf 2.6).

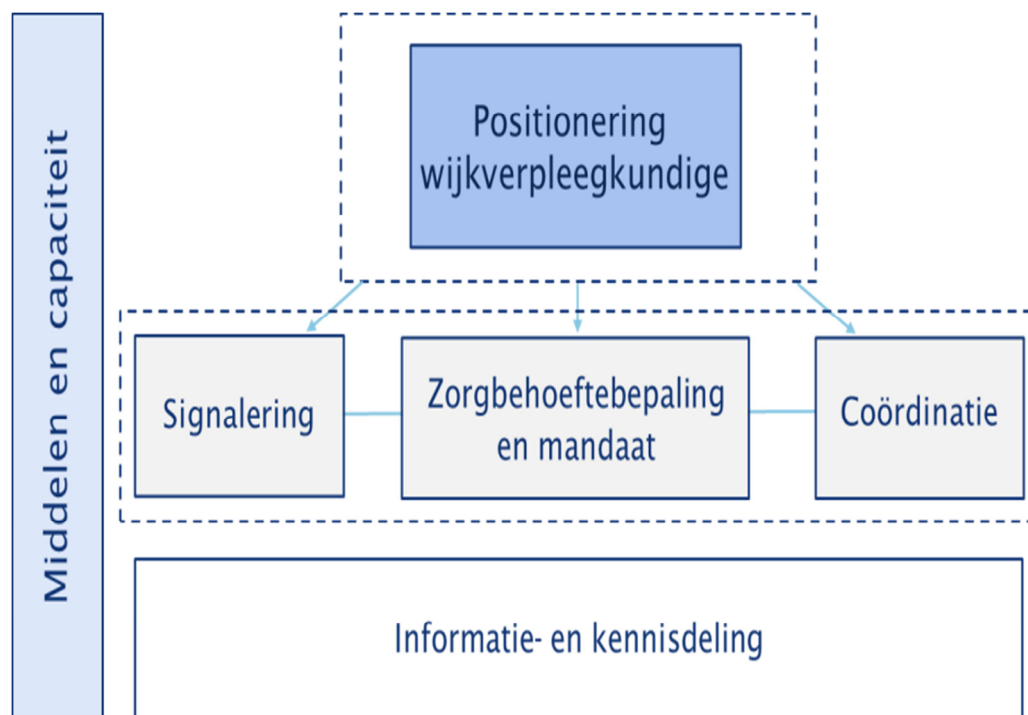
Aanvullend kan *afstemming* plaatsvinden over de focuspunten. Naast dat de partijen elkaar inlichten over hun werkwijze, zorgen ze dat processen aansluiten en samenwerking wordt verbeterd. Zo kunnen signalering, toeleiding en coördinatie door de wijkteams en de wijkverpleegkundigen op elkaar worden afgestemd. Dit verbetert de dienstverlening en maakt hem naar verwachting effectiever en efficiënter. Tot slot zijn er *investeringsafspraken* mogelijk. Hierbij kiezen de partijen ervoor nauwere samenwerking aan te gaan op een focuspunt.

Het staat de regio's vrij om naar eigen inzicht invulling te geven aan de verschillende focuspunten en zelf te bepalen op welk niveau zij tot overeenstemming komen. Bij verschillende onderwerpen worden ideeën geopperd of mogelijke keuzes benoemd. Deze opties zijn niet voorschrijvend en ze bieden geen limitatief overzicht, maar dienen ter inspiratie en illustratie.

Een alternatief is dat er hierover geen afspraken worden gemaakt : in dat geval is het minimaal nodig dat de organisaties en professionals vanuit de verschillende domeinen elkaar goed kunnen informeren.

2.5 Bovenliggende en onderliggende thema's

De verschillende focuspunten zijn niet los van elkaar te zien en staan in relatie met elkaar. Er is sprake van een volgordelijkheid. Keuzes met betrekking tot de positionering van de wijkverpleegkundige geven een duidelijke richting aan de andere deelonderwerpen. Afspraken over de middelen en capaciteit is randvoorwaardelijk. Informatie- en kennisdeling is een focuspunt dat de andere deelonderwerpen kan versterken.



2.6 Startbeeld

Om de gesprekken over de verschillende focuspunten te kunnen voeren is kennis nodig van elkaars taken en verantwoordelijkheden en hoe hieraan invulling wordt gegeven. Daarnaast gaat het om de kenmerken van de wijken waarin zorgverzekeraar en gemeenten actief zijn en hun inwoners. Tot slot is het nuttig inzichtelijk te hebben waar kansen met betrekking tot samenwerking liggen.

Daarom is het nodig dat er een zogenaamd 'startbeeld' van de regio wordt gemaakt. Dit beeld bevat de belangrijke bouwstenen voor het voeren van het gesprek tussen zorgverzekeraar en gemeenten. Het gaat om te minste de volgende onderwerpen:

- De lokale situatie: inrichting van het sociale domein door gemeenten
- De lokale situatie: aanwezige cliëntgroepen en hun zorgbehoeften
- De lokale situatie: de betrokken aanbieders en professionals
- Reeds bestaande samenwerking tussen de zorgverzekeraar en gemeenten of de verschillende professionals in de praktijk
- Opgedane ervaring in de vorm van pilot of het project Zichtbare Schakels en de mogelijkheden om hierop voort te borduren.

3 Focuspunten

Focuspunt	Vragen
Positionering van de wijkverpleegkundige (3.1)	<p>A. Hoe is de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie gepositioneerd ten opzichte van het wijkteam?</p> <p>B. Hoe is het contact tussen het wijkteam en de wijkverpleegkundigen georganiseerd?</p> <p>C. Wordt er samengewerkt tussen het wijkteam en de wijkverpleegkundigen?</p>
Signalering (3.2)	<p>A. Hoe worden signalen opgevangen?</p> <p>B. Hoe worden opgevangen signalen uitgewisseld?</p> <p>C. Hoe wordt omgegaan met kwetsbare groepen?</p>
Behoeftebepaling en mandaat (3.3)	<p>A. Hoe wordt bepaald of de wijkverpleegkundige of het wijkteam de behoeftebepaling uitvoert?</p> <p>B. In hoeverre kan de wijkverpleegkundige doorverwijzen naar gemeentelijke voorzieningen?</p> <p>C. Vindt er afstemming plaats over de methodiek van vraagverheldering?</p>
Coördinatie van multidisciplinaire zorg en ondersteuning (3.4)	<p>A. Hoe wordt bepaald wie de coördinatie voert over een casus?</p>
Middelen en capaciteit niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie (3.5)	<p>A. Hoe worden de middelen en capaciteit voor niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg en wijkteams binnen de regio tussen de gemeenten verdeeld?</p>
Informatie- en kennisdeling (3.6)	<p>A. Op welke manier laten zorgverzekeraar en gemeenten informatie- en kennisdeling op wijk-, gemeente- en/of regioniveau plaatsvinden?</p>

3.1 Positionering wijkverpleegkundige

Centrale vragen

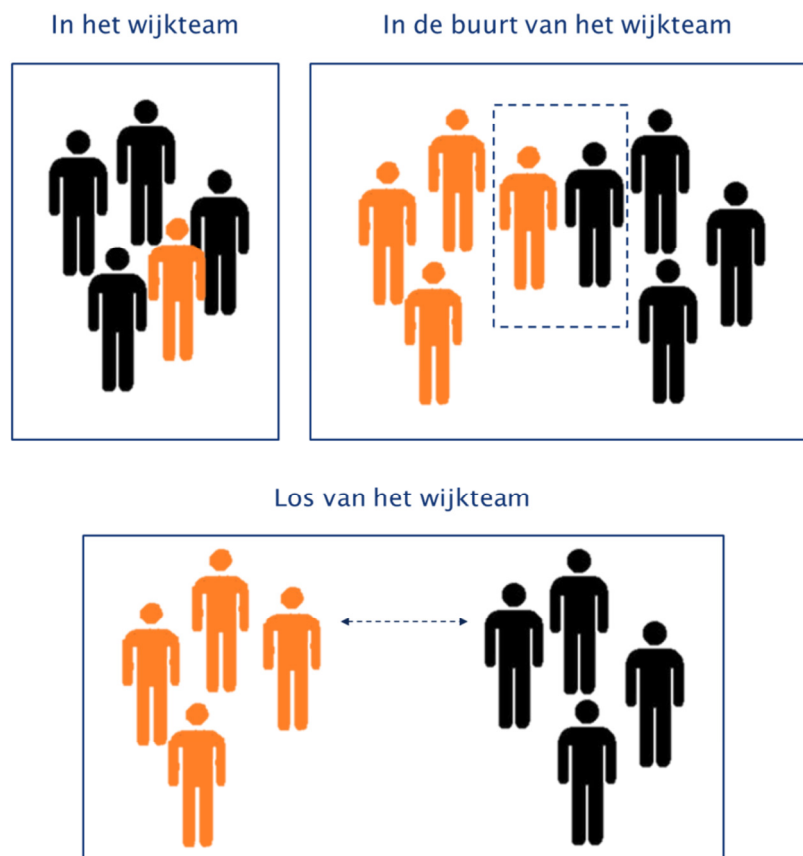
- A. Hoe is de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie gepositioneerd ten opzichte van het wijkteam?
- B. Hoe is het contact tussen het wijkteam en de wijkverpleegkundigen georganiseerd?
- C. Wordt er samengewerkt tussen het wijkteam en de wijkverpleegkundigen? (optioneel)

Context

In Nota van Toelichting bij de aanspraak Wijkverpleging staat dat – omwille van de samenhang in de langdurige zorg – de verpleegkundige functie in het sociale wijkteam, of een vergelijkbaar verband, *vertegenwoordigd* zal zijn. Daarom is het van belang dat zorgverzekeraar en gemeenten regionaal met elkaar afspraken maken over hoe deze vertegenwoordiging van de wijkverpleegkundige functie ten opzichte van het wijkteam lokaal kan worden vormgegeven. Daarnaast is het belangrijk dat, ongeacht de keuze die hierin gemaakt wordt, het wijkteam en wijkverpleegkundigen elkaar weten te vinden, indien zij elkaar nodig hebben.

- A. Hoe is de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie gepositioneerd ten opzichte van het gemeentelijke wijkteam?

De positionering van de wijkverpleegkundige kan verschillende vormen aannemen. De keuze voor een vorm hangt in hoge mate samen met de inrichting van het gemeentelijke sociale domein – de aan- of afwezigheid van een wijkteam en, wanneer er een team is, zijn vorm en taken.



Er zijn verschillende manieren van positionering denkbaar:

- de wijkverpleegkundige die niet-toewijsbare taken uitvoert maakt integraal onderdeel uit van het wijkteam;
- de wijkverpleegkundige die niet-toewijsbare taken uitvoert zit in een eigen team en de teamhoofden van het wijkverpleegkundige team en het wijkteam overleggen periodiek om af te stemmen, of
- de wijkverpleegkundige die niet-toewijsbare taken uitvoert zit in een eigen team, er is een duidelijke taakverdeling tussen het wijkverpleegkundige team en het wijkteam en er zijn werkafspraken gemaakt om het contact tussen een wijkverpleegkundige en het wijkteam vorm te geven.

De zorgverzekeraar kan - in overleg met gemeenten - er voor kiezen om één vorm van positionering te kiezen die voor alle wijkteams in een regio moet gelden. Het kan ook wenselijk zijn voor zowel de gemeenten als de verzekeraar om verschillende scenario's te hanteren, afhankelijk van een aantal onderscheidende parameters. Belangrijke parameters zijn kenmerken van de wijk (onder andere aanwezige cliëntgroepen en maatschappelijke voorzieningen) en de inrichting van het wijkteam (wel of geen team, hecht of juist onafhankelijk opererende professionals). Het is ook mogelijk dat er voor gekozen wordt in het geheel geen niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie in een bepaalde wijk te positioneren, omdat de kenmerken van een wijk duidelijk maken dat dit overbodig is, en de beschikbare capaciteit daardoor beter in een andere wijk ingezet kan worden.

B. Hoe is het contact tussen het wijkteam en de wijkverpleegkundigen georganiseerd?

Ongeacht het scenario dat gekozen wordt voor de positionering van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie, is het van belang dat een lid van het wijkteam in contact kan komen met wijkverpleging en andersom dat wijkverpleegkundigen in een wijk in contact kan komen met het wijkteam. Professionals van beide kanten moeten zicht hebben op wie er rondlopen in een wijk. Dit contact kan op verschillende manieren verlopen, afhankelijk van lokale inrichting en voorkeuren.

C. Wordt er nader samengewerkt tussen het wijkteam en de wijkverpleegkundigen?

Zorgverzekeraar en gemeenten kunnen ervoor kiezen om nader samen te werken. Gedacht kan worden aan aanbieders van wijkverpleegkundige zorg en wijkteams die gebruik maken van elkaars infrastructurele en technische voorzieningen, zoals bijvoorbeeld kantoor houden in dezelfde verzamelruimte of het verbinden van de backoffice. De keuze voor dergelijke samenwerking hangt in hoge mate samen met de keuzes voor de positionering en de manier waarop invulling wordt gegeven aan de onderlinge communicatie.

3.2 Signalering

Centrale vragen

- A. Hoe worden signalen opgevangen?
- B. Hoe worden opgevangen signalen uitgewisseld?
- C. Hoe wordt omgegaan met kwetsbare groepen? (optioneel)

Context

Een doel van de Herziening Langdurige Zorg is dat zorg en ondersteuning dichtbij, meer in de omgeving van de inwoner en in een vroeger stadium ingezet kan worden. Directe en indirecte signalen dat iemand een behoefte aan zorg en/of ondersteuning heeft moeten snel en doeltreffend worden opgepakt. Hierbij kan ook de inzet van de mantelzorger een rol spelen. Deze signalen komen van verschillende 'vindplaatsen', zoals van de burger zelf, van mensen in hun directe omgeving, van zorgprofessionals die al bij een burger betrokken zijn en van bijvoorbeeld scholen, maatschappelijke instellingen, politie en woningcorporaties.

A. Hoe worden signalen opgevangen?

Regionaal moet op hoofdlijnen de signalering worden ingericht; uiteindelijk moeten lokaal de daadwerkelijke werkafspraken gemaakt worden.

Om deze signalen op te vangen is het nodig dat de professionals in de wijk in verbinding staan met deze vindplaatsen. Inwoners, instanties, vrijwilligers hebben zicht nodig op waar ze met hun vraag terecht kunnen. Het is daarom belangrijk dat zorgverzekeraar en gemeenten afspraken maken over hoe de signalering wordt ingericht. Welke professional is het eerste aanspreekpunt voor welk type signalen? Het risico dat signalen onopgemerkt blijven, omdat ze tussen twee professionals in liggen, moet zoveel mogelijk worden beperkt.

Signalen die binnenkomen kunnen worden onderscheiden naar degene van wie ze komen en naar de aard of de inhoud van het signaal. Zorgverzekeraar en gemeenten kunnen afspreken om bepaalde vindplaatsen te koppelen aan een bepaalde wijkprofessional. Er kan voor worden gekozen om de signalen van woningcorporaties in eerste instantie naar het wijkteam te laten gaan en de signalen van de huisarts via de wijkverpleegkundige te laten lopen. Er kan ook voor worden gekozen om de huisarts zelf de aard van het signaal te laten bepalen. Op basis daarvan kan hij of zij beslissen om het door te zetten naar het wijkteam of een wijkverpleegkundige. Ook is het mogelijk om onderscheid te maken naar cliëntgroepen, bijvoorbeeld door te stellen dat alle signalen aangaande ouderen naar de wijkverpleegkundige worden doorgezet.

Vanwege de belangrijke rol van de huisarts in de eerstelijnsgezondheidszorg, is duidelijkheid over hoe het contact tussen de wijkverpleegkundigen, het wijkteam en de huisarts(en) in een wijk verloopt belangrijk. Verder is in ieder geval belangrijk dat de plaats waar het signaal binnenkomt zo veel mogelijk aansluit bij wie vervolgens de behoeftebepaling doet.

B. Hoe worden opgevangen signalen uitgewisseld?

Het kan zo zijn dat een signaal binnenkomt bij een wijkverpleegkundige, maar dat deze vraag het beste door een lid van het wijkteam opgepakt kan worden, of vice versa. Dit kan gebeuren wanneer een wijkprofessional een signaal van een burger of een instantie krijgt,

maar ook wanneer hij of zij zelf bij iemand een bepaalde behoefte constateert waarvoor zorg of ondersteuning van het andere type wijkprofessional nodig is.

Wanneer het nodig is zal een opgevangen signaal doorgezet worden naar een andere wijkprofessional. Hoe hieraan invulling wordt gegeven, is afhankelijk van de positionering van de wijkverpleegkundige ten opzichte van het wijkteam.

C. Hoe wordt omgegaan met kwetsbare groepen?

Tot slot zijn er kwetsbare groepen die over het algemeen lastig toegang vinden tot professionele zorg en ondersteuning. Voorbeelden zijn sociaal geïsoleerde ouderen, dementerenden of zorgmijders. Door deze personen in een vroeger stadium te vinden kan escalatie op langere termijn worden voorkomen. Zorgverzekeraar en gemeenten kunnen ervoor kiezen om specifiek aandacht te besteden aan deze kwetsbare groepen. Dit kunnen zij los van elkaar doen, waarbij het wenselijk kan zijn om elkaar te informeren of af te stemmen, of in gezamenlijkheid, waarbij zij samen investeren in deze cliëntgroepen.

3.3 Behoeftebepaling en mandaat

Centrale vragen

- A. **Hoe wordt bepaald of de wijkverpleegkundige of het wijkteam de behoeftebepaling uitvoert?**
- B. **In hoeverre kan de wijkverpleegkundige doorverwijzen naar gemeentelijke voorzieningen?**
- C. **Vindt er afstemming plaats over de methodiek van vraagverheldering? (optioneel)**

Context

Bij de Herziening van de Langdurige Zorg komt de cliëntvraag meer centraal te staan. De vraag wordt integraal, met aandacht voor verschillende levensdomeinen en met aandacht voor wat hij of zij zelf of samen met zijn of haar omgeving kan, bekeken. De behoeftebepaling, in de vorm van een vraagverhelderend gesprek of onderzoek, is daarom belangrijk.

Nadat een signaal bij een wijkprofessional is binnengekomen, is het belangrijk om helder te hebben wie het gesprek aangaat met de burger: de wijkverpleegkundige of een lid van het wijkteam. Daarnaast moet bekeken worden hoe gezorgd wordt dat de wijkprofessional van de ene partij ook het perspectief van de andere partij meeneemt in het gesprek. Hiervoor is zicht op elkaars zorg- en ondersteuningsaanbod wenselijk. Tot slot kunnen zorgverzekeraar en gemeenten kijken of het van toegevoegde waarde is om af te stemmen over de gehanteerde methodiek om de behoeftebepaling uit te voeren.

- A. **Hoe wordt bepaald of de wijkverpleegkundige of het wijkteam de behoeftebepaling uitvoert?**

De belangrijkste vraag aangaande behoeftebepaling is wie het gesprek met de inwoner voert. In de meeste gevallen is dit op voorhand duidelijk, omdat het evident een vraag over maatschappelijke ondersteuning betreft of juist een medisch vraag. Er kunnen echter situaties zijn waarin niet direct helder is om wat voor type ondersteuningsvraag het gaat en dus wie de aangewezen professional is om het gesprek te voeren.

Er zijn verschillende manieren om met deze gevallen om te gaan. Er kan voor gekozen worden dat in dergelijke gevallen degene die het signaal binnen krijgt het gesprek voert. Andere opties zijn bijvoorbeeld een afstemmingsoverleg (met wijkprofessionals of met vertegenwoordigers van de verschillende wijkprofessionals), waarin twijfelgevallen worden besproken, of er kan besloten worden dat in geval van onduidelijkheid standaard één bepaalde partij op een signaal afgaat.

- B. **In hoeverre kan de wijkverpleegkundige doorverwijzen naar gemeentelijke voorzieningen?**

De behoefte van een cliënt bestaat lang niet altijd uit zorg en ondersteuning uit één wettelijk regime. Daarom is het wenselijk dat een wijkprofessional een globale inschatting kan maken of een burger (ook) zorg en ondersteuning uit het andere domein nodig heeft. Wanneer een lid van het wijkteam inschat dat er (eventueel naast maatschappelijke ondersteuning) medische zorg nodig is, kan hij de wijkverpleegkundige betrekken die dan eventueel wijkverpleging indiceert. Omdat alleen een HBO-5-verpleegkundige verpleegkundige zorg kan indiceren, is het niet mogelijk dat een lid van het wijkteam een dergelijke indicatie stelt.

Andersom moet een wijkverpleegkundige kunnen inschatten of er (naast medische zorg) maatschappelijke ondersteuning nodig is. Zorgverzekeraar en gemeenten spreken af wat een wijkverpleegkundige moet doen wanneer hij of zij constateert dat er maatschappelijke ondersteuning nodig is. Een optie is dat de wijkverpleegkundige in een dergelijk geval iemand van het wijkteam betreft en dat hij of zij een nieuw vraagverhelderend gesprek voert, waarbij het lid van het wijkteam bepaalt welke maatschappelijke ondersteuning passend is.

Een andere optie is dat de gemeenten de wijkverpleegkundige een aanvullend mandaat geven. Dit betekent dan dat wijkverpleegkundigen, net als leden van het wijkteam, (een deel van de) maatschappelijke ondersteuning vanuit de Wmo 2015 in kunnen zetten, zoals hulpmiddelen. Dit kan omwille van de integraliteit, betaalbaarheid en doelmatigheid van de zorg wenselijk zijn. Wanneer voor deze optie wordt gekozen moet goed geborgd worden dat de wijkverpleegkundige voldoende zicht heeft op de sociale kaart van de gemeente of de zelfredzaamheidmatrix van het wijkteam.

C. **Vindt er afstemming plaats over de methodiek van vraagverheldering?**

De manier waarop invulling gegeven wordt aan het achterhalen van deze cliëntvraag is uiteraard van groot belang. Voor de wijkverpleegkundigen wordt er door V&VN een indicatiemethodiek ontwikkeld, die professioneel leidend is voor de wijkverpleegkundige. Het wijkteam hanteert veelal ook een eigen methode. Het kan handig zijn dat professionals in een wijk uitwisselen op welke manier zij invulling geven aan de vraagverheldering. Wanneer zorgverzekeraar en gemeenten dit wenselijk achten kunnen zij aanvullende afspraken maken over de gehanteerde methodieken.

3.4 Coördinatie van multidisciplinaire zorg en ondersteuning

Centrale vraag

A. Hoe wordt bepaald wie de coördinatie voert over een casus?

Context

In het geval dat iemand verschillende vormen van zorg nodig heeft, is er vanuit de gedachte van integrale zorg en ondersteuning vaak een casusregisseur, bijvoorbeeld de casemanager dementie. Hij of zij staat naast de cliënt, volgt zijn of haar ontwikkeling en bepaalt de benodigde inzet van zorg en ondersteuning. Deze zorg kan meerdere wettelijke domeinen overstijgen. In dat geval moet afgestemd worden tussen de wijkverpleegkundige (of bijvoorbeeld casemanager dementie) en het gemeentelijke team wie de coördinatie over een cliëntcasus voert.

A. Hoe wordt bepaald wie de coördinatie voert over een casus?

Net als bij het onderwerp van behoeftebepaling zal de casusregie soms door een wijkverpleegkundige moeten gebeuren en soms door een lid van het wijkteam. In de meeste gevallen zal hierbij vrij snel duidelijk zijn wie deze verantwoordelijkheid het beste kan dragen. Er zijn echter situaties waar dit minder helder is.

Zorgverzekeraar en gemeenten kunnen afspraken maken over hoe bepaald wordt wie de regie voert in dergelijke gevallen. Hierbij zou bijvoorbeeld gedacht worden aan een afstemmingsoverleg (met wijkprofessionals of met vertegenwoordigers van de verschillende wijkprofessionals).

3.5 Middelen en capaciteit niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie

Centrale vraag

A. Hoe worden de middelen en capaciteit voor niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg en wijkteams binnen de regio tussen de gemeenten verdeeld?

Context

Er zijn middelen beschikbaar gesteld voor de intensivering van de signalerende en coördinerende wijkverpleegkundige taken. De gemeenten zullen in het Sociaal Deelfonds middelen ontvangen voor het inrichten van wijkteams. Gemeenten en zorgverzekeraars maken op regionaal niveau afspraken over de middelen en capaciteit die ingezet worden om deze wijkverpleegkundige functie te financieren. Deze afspraken hangen af van de keuzes die gemeenten en zorgverzekeraars gezamenlijk maken over de intensiteit en vorm van de inzet en zijn tegelijk bepalend voor deze keuzes.

A. Hoe worden de middelen en capaciteit voor niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg en wijkteams binnen de regio tussen de gemeenten verdeeld?

De middelen die beschikbaar zijn gesteld worden door de verzekeraars aangewend en over de regio's verdeeld. De verzekeraars kopen zo in dat dit zo goed als mogelijk aansluit bij de lokale behoefte. Evenzo geldt dit ook voor de extra middelen die voor sociale wijkteams aan gemeenten zijn toebedeeld. Deze kunnen door gemeenten worden aangewend. De extra middelen kunnen evenredig verdeeld worden over alle gemeenten en wijken, maar de vraag is of dat wenselijk is. Logischer is dat gemeente en zorgverzekeraar afstemmen over waar de middelen het meest effectief kunnen worden ingezet. Dit hangt in hoge mate samen met de keuzes die gemaakt worden aangaande de positionering van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie ten opzichte van het wijkteam. Belangrijke parameters voor het bepalen van deze inzet van middelen zijn de kenmerken van de wijk, zoals de aanwezige cliëntgroepen (zie paragraaf 3.1). Deze capaciteit kan beter geïnvesteerd worden in een wijk waar juist veel vraag naar wijkverpleegkundige zorg is.

3.6 Informatie- en kennisdeling

Centrale vraag

A. Achten zorgverzekeraar en gemeenten het van belang informatie- en kennisdeling op wijk-, gemeente- en/of regioniveau te laten plaatsvinden? (optioneel)

Context

Om op een goede manier invulling te geven aan hun verantwoordelijkheden, verzamelen gemeenten en zorgverzekeraars veel sturings- en declaratie-informatie over de doelgroepen die ze bedienen en hun zorgvragen, de gebieden waar ze verantwoordelijkheden dragen en de aanbieders die ze contracteren. Vanuit het oogpunt van efficiëntie en volledigheid kan het wenselijk zijn dat gemeenten en zorgverzekeraars informatie uitwisselen of soms samenwerken in hun informatieverwerving. In sommige gevallen kan het verstandig zijn op basis van de uitgewisselde informatie processen op elkaar af te stemmen.

A. Achten zorgverzekeraar en gemeenten het van belang informatie- en kennisdeling op wijk-, gemeente- en/of regioniveau te laten plaatsvinden?

Kennis van de wijken en de bewoners van wijken is onmisbaar voor gemeenten en verzekeraar om op een adequate manier invulling te geven aan hun verantwoordelijkheden. Door middel van wijkscans en monitoring van zorgvraag en -consumptie kunnen zij deze kennis vergaren. Uitwisseling van deze gegevens tussen zorgverzekeraar en gemeenten of samenwerking op bepaalde terreinen kan efficiëntievoordelen opleveren en een completer beeld opleveren. Daarnaast willen veel gemeenten en zorgverzekeraars aanbieders beoordelen op de effecten. De beide partijen kunnen gezamenlijk kijken welke informatie zij willen verzamelen, welke zij nu al verzamelen en hoe samenwerking hieraan kan bijdragen.

Verder geldt dat sommige aanbieders zowel maatschappelijke ondersteuning als medische zorg bieden en dat zij zodoende een contractpartij van zowel de gemeente als de zorgverzekeraar zijn. Om op een eenduidige manier te kunnen sturen op deze aanbieders en zo perverse prikkels en overbodige administratieve lasten te voorkomen, kan het wenselijk zijn dat zorgverzekeraar en gemeenten met elkaar delen welke aanbieders zij contracteren en welke inkoopkaders zij hanteren. Daarnaast kan het voor beide partijen nuttig zijn om te weten op welke manier afspraken met aanbieders verankerd zijn in contractafspraken, zodat zij hierin zaken kunnen gelijkschakelen en/of van elkaars kennis gebruik kunnen maken.

Colofon

De focuslijst is in april/mei 2014 in opdracht van het ministerie van VWS opgesteld door Andersson Elffers Felix.

De focuslijst verbinding sociaal domein en wijkverpleging is tot stand gekomen in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging Nederlandse Gemeenten en het ministerie van VWS.