



Leidraad Integrale Gebiedsaanpak

**Werkagenda Samenwerking Menzis,
gemeenten en regio's**

maart 2015 (document in ontwikkeling)

Waar gaat dit document over?

De Leidraad Integrale Gebiedsaanpak gaat over de samenwerking tussen Menzis en gemeenten op het niveau van een wijk of een dorp. Het doel is dat Menzis en gemeente tot (gebiedsgerichte) afspraken komen en daarmee zorgen voor een verbinding tussen het sociale en medische domein. Het gewenste resultaat is dat de burger profiteert van een samenhangend aanbod van ondersteuning, hulp en zorg.

In dit samenwerkingsproces is het noodzakelijk om afgebakende doelen te stellen, een (gezamenlijke) focus te bepalen en een passend aanbod te ontwikkelen om een opdracht te verlenen aan aanbieders en deze opdracht te sturen. Door goede samenwerking tussen Menzis en gemeenten kunnen gezondheidswinst, zelfredzaamheid en kostenvermindering gerealiseerd worden.

NB: Dit document is een ontwikkeldocument. In de komende periode wordt de leidraad aangepast en aangescherpt, onder andere op basis van toepassing van de leidraad in de praktijk.

Voor wie is het bestemd?

De leidraad is bedoeld voor de bij de Werkagenda betrokken (regio)gemeenten en Menzis, vooral de beleidsadviseurs, projectleiders en regiomanagers die verantwoordelijk zijn voor het vormgeven van de samenwerking. Het document kan ook als voorbeeld dienen voor gemeenten en zorgverzekeraars elders in het land.

Colofon

Dit document is een product van de Werkagenda Samenwerking Menzis, gemeenten en regio's. De Werkagenda is een samenwerkingsverband tussen onderstaande partijen. In de Werkagenda geven zij in gezamenlijkheid invulling aan de (nieuwe) verantwoordelijkheden voortkomend uit de Herziening van de Langdurige Zorg (HLZ).



en de acht samenwerkende gemeenten van **Achterhoek**;
de samenwerkende gemeenten in de regio **Arnhem**;
de samenwerkende gemeenten in de regio **Groningen**;
de samenwerkende gemeenten in **Twente**: Samen 14.



maart 2015

Vormgeving: Maas Media Concepting

Voor vragen kunt u terecht bij: samenwerkingsagenda@aef.nl

Voor meer informatie zie: www.werkagendamenzisgemeenten.nl

Inhoudsopgave

	Inleiding en colofon Leidraad Integrale Gebiedsaanpak	2
1.	Inleiding	4
1.1	Samenwerkingsverband tussen gemeenten en Menzis	
1.2	Samenwerkingsthema's	
1.3	Leidraad Integrale Gebiedsaanpak	
1.4	Groeidocument	
2.	Stap 1: doelen stellen	6
2.1	Bepaal een gezamenlijke ambitie	
2.2	Stimuleer innovatie in het aanbod	
2.3	Wek energie en samenwerking op bij burgers en professionals op alle niveaus	
3.	Stap 2: focus bepalen	11
3.1	Bepaal de (gebieds)prioriteiten op gemeentelijk niveau	
3.2	Breng de gebiedsproblematiek feitelijk in beeld	
3.3	Kies een homogene focusgroep voor de gewenste opbrengsten	
3.4	Kies een methode om de individuele risico's te bepalen	
4.	Stap 3: passend aanbod ontwikkelen	16
4.1	Formuleer een programma van eisen voor het aanbod	
4.2	Eis: preventiegerichte samenwerking en initiatieffracht van aanbieders	
4.3	Eis: aanpassing van werkprocessen van aanbieders	
4.4	Eis: voldoen aan de wettelijke mededingingsregels	
5.	Stap 4: opdracht verlenen en sturen	21
5.1	Stel een gezamenlijke formele opdracht van Menzis en gemeente(n) op	
5.2	Maak kostenbesparing en inverteerdieneffecten onderdeel van deze opdracht	
5.3	Regel hierbij een duurzame financiering	
5.4	Regel een gezamenlijke governance en regie	

1. Inleiding

1.1 Samenwerkingsverband tussen gemeenten en Menzis

Zorgverzekeraar Menzis, de gemeenten Arnhem, Enschede, Groningen en Den Haag en de regio's Achterhoek, Arnhem, Groningen en Twente geven in een lange termijn partnerschap invulling aan hun (nieuwe) verantwoordelijkheden in wijken en dorpen. De focus van de samenwerking is de herziening van de langdurige zorg. Daarnaast wordt een relatie gelegd met de Wmo 2015, de aangepaste Zvw en de stelselherziening jeugd. De samenwerking is opgezet in de vorm van een Werkagenda samenwerking Menzis, gemeenten en regio's. Deze Werkagenda loopt van 2014 tot 2017.

De samenwerking heeft niet (uitsluitend) de stelselwijziging als uitgangspunt maar richt zich op de meerwaarde voor burgers, de cliënt, het bevorderen van kwaliteit van zorg en een effectieve besteding van middelen. De samenwerking legt een verbinding tussen het sociale en medische domein; een samenspel van ondersteuning, hulp en zorg. Meer zelfredzaamheid van de cliënt is een belangrijk streven om de zorg op de lange termijn betaalbaar en toegankelijk te houden.

De partijen binnen de Werkagenda maken gezamenlijk inzichtelijk waar mogelijke synergie zit tussen gemeente en zorgverzekeraar.

Daartoe willen de partijen binnen de Werkagenda gezamenlijk inzichtelijk maken waar mogelijke synergie zit tussen gemeente en zorgverzekeraar. Gemeente en zorgverzekeraar hebben een andere functie in het stelsel, maar beide partijen zijn opdrachtgever en financier. Vanuit deze vergelijkbare rol kunnen zij gezamenlijke doelstellingen formuleren en een samenwerking vormgeven. Als het gaat om een gebiedsaanpak geldt bijvoorbeeld: wat 'ziet' Menzis en wat 'ziet' de gemeente gebeuren in een wijk of gebied? Kunnen die twee blikken samengevoegd worden en elkaar versterken? Dit wordt toegespitst op enkele samenwerkingsthema's.

1.2 Samenwerkingsthema's

In de Werkagenda Samenwerking Menzis-gemeenten staan een aantal thema's centraal. Elk thema wordt uitgewerkt door een werkgroep.

Het gaat om de volgende thema's:

- a. **Integrale Gebiedsaanpak:** het thema dat in deze leidraad vorm krijgt
- b. **Wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg**
- c. **Onderlinge afhankelijkheden tussen Zorgverzekeraar en gemeenten**
- d. **Preventie**
- e. **Extramuralisering.**

De vijf bovengenoemde thema's zijn onderdeel van één Werkagenda. De producten van de bovengenoemde werkgroepen worden in de loop van 2015 aan elkaar verbonden. De Leidraad Integrale Gebiedsaanpak is hiervoor een eerste aanzet.

1.3 Leidraad Integrale Gebiedsaanpak

De Leidraad Integrale Gebiedsaanpak geeft richting en focus aan de inrichting van de lokale samenwerking tussen de gemeenten en Menzis in een dorp of wijk. Dit kan plaatsvinden door een gezamenlijk optreden en op termijn zelfs een gezamenlijk opdrachtgeverschap op dat gebiedsniveau. De vraag is hoe de partners vanuit deze gezamenlijke opdrachtrol als financiers van zorg en ondersteuning een samenhangend aanbod tot stand kunnen brengen en/of dat kunnen faciliteren.

De doelen hiervan zijn gezondheidswinst, zelfredzaamheid en kostenbesparing. De Leidraad concentreert zich op deze doelen en de hierop gerichte samenwerking om voldoende eenvoud en focus in de aanpak te krijgen. Daarbij wordt verondersteld dat Menzis en gemeenten afzonderlijk ook al bezig zijn met de decentralisaties en de transformatie, zoals het toewerken naar de nieuwe wijkverpleging en het opzetten van de sociale wijkteams. Via de Werkagenda moeten deze ontwikkelingen aan elkaar worden verbonden.

De Leidraad is geen blauwdruk, maar een stappenplan, dat een inhoudelijke redeneerlijn volgt. Deze is geïnspireerd op de 'Triple Aim' benadering, die een verbinding legt tussen een betere gezondheid van de populatie, een beter zorgaanbod, continuïteit van zorg en kostenbeheersing. Toegepast op de integrale gebiedsaanpak houdt dit in dat eerst vanuit gezamenlijk vastgestelde doelen en gebieden wordt nagegaan welke zorgvraag actueel is, wat een passend aanbod kan zijn en hoe zorgaanbieders deze kunnen leveren, al dan niet in samenwerking. Steeds gaat het erom een relatie te leggen tussen het sociale en het medische domein, tussen ondersteuning en zorg.

De Leidraad bevat de volgende stappen:

1. Doelen stellen
2. Focus bepalen
3. Passend aanbod ontwikkelen
4. Opdracht verlenen en sturen

Hoofdstuksgewijs wordt eerst het doel van deze stappen toegelicht en vervolgens worden de stappen ingevuld met mogelijke vormen en oplossingen.

1.4 Groeidocument

Tot slot heeft deze leidraad de status van 'groeidocument' in die zin dat de ervaringen bij de toepassing van deze leidraad in gemeenten of regio's kunnen leiden tot aanscherping ervan. Deze versie van maart 2015 is opgesteld in de eerste fase van de Werkagenda 2014-2017. In 2015 wordt de leidraad toegepast in lokale situaties. Dat leidt later in 2015 tot een versie van de leidraad die in de praktijk is getoetst.

Bij de toepassing moet ook blijken wat het beste kan worden geregeld op welk niveau. De uitvoering van ondersteuning, hulp en zorg vindt plaats op het niveau van een wijk of een dorp, dus de inhoudelijke afspraken Menzis-gemeente zullen op dit – kleinschalige – niveau betrekking hebben. Menzis en gemeente treden op als gezamenlijke opdrachtgever van deze uitvoering en dat betekent dat de formele afspraken doorgaans op het niveau van de gemeente gemaakt worden. Maar het kan ook zijn dat meerdere gemeenten (eventueel in regionaal verband) samen afspraken willen maken en dan is dit het contracteerniveau. Vanwege de meerdere niveaus kan de complexiteit groot worden. In de praktijktoepassing moet blijken hoe dit zo eenvoudig mogelijk kan worden gerealiseerd.

Steeds gaat het erom een relatie te leggen tussen het sociale en het medische domein, tussen ondersteuning en zorg.

**Binnen de
Werkagenda zijn
drie
overkoepelende
doelen opgesteld:
gezondheidswinst,
zelfredzaamheid
en kostenbeheer-
sing.**

2. Stap 1: doelen stellen

De eerste stap in de gebiedsgerichte samenwerking tussen gemeenten en Menzis is het bepalen van de gezamenlijke doelen tussen Menzis en elke afzonderlijke gemeente of regio. Binnen de Werkagenda zijn er overkoepelende doelen opgesteld: gezondheidswinst, zelfredzaamheid en kostenbeheersing. De exacte lokale invulling van deze doelen stemmen Menzis en de betreffende gemeente of regio samen af. Daarnaast hebben Menzis en gemeente voor zichzelf een aantal doelen opgesteld.

Doelen Menzis

Menzis heeft algemene doelstellingen geformuleerd die middels samenwerking met gemeenten gerealiseerd kunnen worden. Deze doelen hebben met name betrekking op de lange termijn strategie van Menzis:

1. Financiële waarde voor het bedrijf en kostenbeheersing
2. Versterken van de kwaliteit van de lichamelijke en geestelijke gezondheid van klanten
3. Waarde toevoegen voor klanten op gebied van gezondheid en welzijn
4. Aanbieden van relevante diensten en producten voor klanten.

Voor het realiseren van deze strategie wil Menzis inzicht krijgen in de resultaten van elk samenwerkingsthema afzonderlijk en van de combinatie van thema's.

Doelen gemeenten of regio's

Gemeenten streven met de Wmo 2015 naar een vergroting van de zelfredzaamheid van hun burgers. De algemene doelstellingen van de gemeenten in het samenwerkingstraject zijn:

1. Verhogen van de kwaliteit van ondersteuning en hulp
2. Bieden van ondersteuning op maat
3. Verhogen van het rendement (meer ondersteuning voor dezelfde euro).

Gemeenten zullen deze doelstellingen laten terugkeren in hun lokale beleid en hun program-mabegroting.

De algemene doelen van Menzis en van gemeenten moeten per (groep) gemeente(n) worden gecombineerd om tot een gezamenlijke streefrichting te komen en uiteindelijk ook tot een gezamenlijke opdracht en inkoop naar de aanbieders. In elke regio of gemeente dient dit te worden bevestigd in een gezamenlijke ambitie.

2.1 Bepaal een gezamenlijke ambitie

Door Menzis en gemeente(n) wordt een gezamenlijke ambitie vastgesteld. Wat zijn op langere termijn de gewenste effecten als gevolg van hun samenwerking? Een voorbeeld van zo'n gewenst effect is dat het beroep op de huisartsenzorg afneemt doordat ondersteuning vanuit de Wmo (bijvoorbeeld valpreventie of dagbesteding voor ouderen) leidt tot meer levenskwaliteit van ouderen.

Ambities richten zich op structurele effecten, die pas na verloop van tijd optreden. Evaluaties van sociale wijkteams en disease management hebben uitgewezen dat positieve effecten pas na twee of meer jaren zichtbaar worden, omdat het gaat om het beïnvloeden van complexe situaties en samenhangen. Daarnaast is het echter van belang om mogelijke successen op de korte termijn te identificeren. Zo kan veranderbereidheid en positieve energie

gestimuleerd worden omdat het gaat om het beïnvloeden van complexe situaties en samenhangen. Daarnaast is het echter van belang om mogelijke successen op de korte termijn te identificeren. Zo kan veranderbereidheid en positieve energie gestimuleerd worden

Het is nodig om de ambitie gericht te omschrijven, vooral wat betreft:

- De *gebieden en/of populatie(s)* waarin de gewenste effecten moeten optreden, bijvoorbeeld wijken of bevolkingsgroepen, kwetsbare ouderen of mensen met beperkingen
- De *gezondheidswinst* die in die populaties bereikt moet worden, bijvoorbeeld een vermindering (of vertraging) van ouderdomsklachten zodat mensen langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

De exacte invulling van de ambitie zal verschillen per gemeente of regio. Menzis en gemeenten kunnen hun gezamenlijke doelen concretiseren met behulp van eigen pilots of een landelijk model, indien de gezamenlijke doelen daarin voldoende tot hun recht komen. Voorbeeld hiervan is de VNG-gemeentelijke monitor sociaal domein. Andere landelijke instrumenten zijn te vinden in de publicatie 'Overzicht meetinstrumenten en monitoren sociaal domein' (2014) van het Transitiebureau Wmo. In het kader van de Werkagenda wordt bijvoorbeeld een afzonderlijke effectenanalyse gedaan naar de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg.

De ambitie wordt bepaald door de lokale situatie en voorkeuren, maar ook door de ervaring die wordt opgedaan in de samenwerking. Gaandeweg proberen de gemeenten en Menzis hun ambitie te formuleren als uitkomst van hun samenwerking.

In **Rotterdam** hebben de gemeente en de zorgverzekeraars een proeftuin opgezet voor de **verbetering van de langdurige zorg in de wijk**. Er wordt geëxperimenteerd met een brede toegang en integrale probleemanalyse. Op lange termijn is een gezamenlijke 'stip op de horizon' geplaatst: dementerenden moeten een leven lang veilig en prettig thuis kunnen wonen. Uit ervaringen elders blijkt dat het met intensieve ondersteuning mogelijk is ouderen gemiddeld tot drie maanden voor hun overlijden thuis te laten wonen. Alleen wanneer mensen een gevaar voor zichzelf of hun omgeving worden, bij maatschappelijke teloorgang of op verzoek van familie worden mensen nog opgenomen. Dit ambitieuze voornemen wordt geconcretiseerd in de periode 2015 – 2017. De gemeente en de zorgverzekeraar onderzoeken samen met de zorgaanbieders in twee wijken van welke barrières sprake is om het langer thuis blijven wonen van dementerende ouderen te realiseren.

2.2 Stimuleer innovatie in het aanbod

Voor een integraal aanbod op gebiedsniveau zijn vernieuwing en samenhang van dit aanbod nodig. Zo is het noodzakelijk dat ondersteuning en zorg nauwer op elkaar aansluiten, zowel op het niveau van de individuele burger (maatwerk) als in de dagelijkse werkprocessen tussen Wmo-ondersteuners en zorgaanbieders.

Dit kan bijvoorbeeld leiden tot:

- Eén samenhangend aanbod van dagbesteding (en bundeling van vervoer)
- Bundelen/compact maken van intensieve zorg (b.v. nachtopvang/nachtdiensten)
- Directe koppelingen tussen Wmo-loket, sociaal wijkteam en zorgverleners, bijvoorbeeld in de vorm van één (digitaal) loket
- Integreren van welzijnsaanbod met ondersteuningsaanbod, bijvoorbeeld door te werken vanuit een herkenbare locatie in het gebied (de wijk/het dorp) voor alle professionals
- Integreren van het aanbod van lokale aanbieders zoals vrijgevestigde hulpverleners of zorgboerderijen.

In de toekomst kan innovatie zich meer richten op het inschakelen van zelfzorg en het benutten van burgerinitiatieven, bijvoorbeeld een zorgcoöperatie van bewoners die een rol krijgt bij de uitvoering van de Wmo (algemene voorzieningen).

In de **gemeente Peel en Maas** wordt innovatie sterk gestimuleerd. Het welzijns-, zorg- en ondersteuningsaanbod geïntegreerd op een zichtbare plek in het dorp: het Schakelplein. Het Schakelplein is een samenwerkingsverband van professionele zorg- en welzijnsorganisaties en vrijwilligersinitiatieven. Burgers kunnen het fysieke Schakelplein in het gemeentehuis bezoeken, of komen via de samenwerkingspartners in contact met het Schakelplein.

Burgers worden zelf betrokken bij het vormgeven van Wmo-voorzieningen. Zo is Stichting Dorpsdagvoorziening opgericht, waarin het hele dorp zelf de dagbesteding van ouderen vormgeeft met vrijwilligers en het Wmo budget zelf beheerd wordt.

Sturingsdilemma

De zorgvernieuwing is primair een verantwoordelijkheid van zorgaanbieders die nieuwe arrangementen op het grensvlak van zorg en ondersteuning bedenken, ontwikkelen en operationeel vertalen in zorgproducten. Financiers kunnen vervolgens contracteren. Die financiers (in dit geval Menzis en gemeenten) oefenen echter ook invloed uit op de inhoud van het zorgproduct/zorgaanbod. Hier ligt een sturingsdilemma. Moeten gemeenten en Menzis inhoudelijk invloed uitoefenen op de innovatie? Voorstelbaar is dat de opdracht aan de aanbieders ook aanwijzingen bevat voor een specifiek gewenst aanbod, bijvoorbeeld welzijnsarrangementen voor sociaal geïsoleerde ouderen ('Welzijn op recept' via de huisarts) of één dagopvang voor een mix van diverse groepen. Een dergelijke inhoudelijke sturing legt echter beperkingen op aan het initiatief en de keuzevrijheid van aanbieders (en burgers). Dit remt misschien hun creativiteit en het uit eigen beweging zoeken naar innovatie. In dat geval kan het beter zijn om alleen resultaat-eisen te stellen en de aanbieders vrij te laten in de vormgeving van het aanbod (zie de genoemde publicatie 'Overzicht meetinstrumenten en monitoren sociaal domein' van het Transitiebureau Wmo). Dit sluit bovendien beter aan op het concept van 'inkopen van uitkomsten' in plaats van het contracteren van productie en daarmee het stimuleren van oneigenlijke productieprikkels.

Een voorbeeld van het 'inkopen van uitkomsten' is de proeftuin in de wijk **Wesselerbrink** in **Enschede**. Gemeente en Menzis beperken zich hier tot het omschrijven van een populatie en de daarin gewenste verbeterdoelen. Door deze resultaatopdracht willen zij een vernieuwing van het zorgaanbod uitlokken doordat:

- Zorgaanbieders mogen afwijken van de voorgeschreven inkoopspecificaties ten aanzien van wijkverpleging
- Zorgaanbieders geen last hebben van de 'muur' tussen Zorgverzekeringswet (wijkverpleging) en Wmo. Dit gebeurt door de historische uitgaven van Zvw en Wmo in de Wesselerbrink te bundelen
- Zorgaanbieders financieel worden beloond voor innovaties die leiden tot kostenbesparing en hogere participatiegraad
- Zorgaanbieders zich specifiek gaan richten op één of meerdere populaties en daar passende interventies voor gaan ontwikkelen.

2.3 Wek energie en samenwerking op bij burgers en professionals op alle niveaus

Een integrale gebiedsaanpak kan alleen slagen wanneer deze *lokaal wordt gedragen door burgers en professionals*. Dit is een apart (proces)doel van de samenwerking tussen Menzis en gemeenten, en is nodig om tot oplossingen voor het specifieke gebied te komen. Een succesfactor is dus om de positieve energie te vinden bij de trekkers van een nieuwe aanpak.

Dit kan bijvoorbeeld gestimuleerd worden door:

- Administratieve lasten te verminderen
- Regelvermogen van professionals te vergroten (loslaten van specificaties)
- Samenwerking en innovatie te belonen
- Participatie van bewoners te vergroten
- Inzicht te geven in zorgkosten (en andere maatschappelijke kosten, bijvoorbeeld aan de hand van een wijkbegroting)
- Wijkconferenties te organiseren, waarin professionals bijeen worden gebracht
- Lunchbijeenkomsten te organiseren voor professionals in de wijk.

Een voorbeeld van samenwerking, innovatie en participatie van bewoners is te vinden in **Rotterdam**. In de wijk **Oude Noorden** is aan burgers en professionals gevraagd om met ideeën te komen rond de thema's die volgens hen in die wijk spelen: leefstijl, schulden en activering. Hieruit kwamen veel ideeën naar voren die deze drie thema's met elkaar verbinden. Een voorbeeld is een voeding- en beweegworkshop voor bijstandsmoeders, die daarna kookles kunnen geven op scholen. Bij het koken maken ze gebruik van groenten uit de moestuin in de wijk.

Om samenwerking tussen professionals te bewerkstelligen is het van belang dat het initiatief van onderop komt: de professionals in de wijk moeten elkaar leren kennen, samen doelen bepalen en één gedeelde visie uitdragen.

Initiatief van onderop

Om samenwerking tussen professionals te bewerkstelligen is het van belang dat het initiatief van onderop komt: de professionals in de wijk moeten elkaar leren kennen, samen doelen bepalen en één gedeelde visie uitdragen. Er ontstaat energie tussen mensen wanneer er een duidelijk afgebakend resultaat of doel wordt gesteld. Het gaat om focus, zowel in de inhoudelijke opdracht als wat betreft de samenstelling van het team. Dat laatste houdt ook in dat het raadzaam is het aantal aanbieders (voor Wmo en zorg) in het gebied te beperken tot een groep kernpartners in het gebied. Ook al is het aantal aanbieders op het niveau van de hele gemeente groot, het is toch beter om vast te houden aan een beperkte groep aanbieders per gebied. Hierover zijn op het niveau van de hele gemeente afspraken nodig over verschillende kerngebieden voor verschillende kernpartners.

In het bepalen van doelen en beoogde opbrengsten dient al in een vroeg stadium samengewerkt te worden met professionals en bewoners in de wijk. Uit het traject **Gezonde Wijk Overvecht** in **Utrecht** komt een aantal tips naar voren:

- Per wijk wordt gekeken naar behoeften en kansen
- Bestaande initiatieven in de wijk worden met elkaar verbonden, zodat ze elkaar versterken

- In een vroeg stadium wordt met alle partijen in de wijk gesproken: over wat hen drijft, hoe ze tegen de wijk aankijken, waar ze zich zorgen om maken en vooral waar ze zelf op in willen zetten. Uit dit traject komt nadrukkelijk naar voren dat vanuit het proces gewerkt zou moeten worden. Niet zelf bedenken hoe het beter kan, maar mensen bij elkaar brengen en de initiatieven uit de groep laten komen.

Initiatieven van onderop hebben tot gevolg dat er ruimte blijft voor verschillende oplossingen en rolverdelingen tussen de diverse disciplines in de wijk. Deze oplossingen ontstaan vaak uit informele relaties en werkwijzen die lokaal tussen de professionals zijn ontstaan. Huisartsen hebben bijvoorbeeld een proactieve rol gekregen na ontslag van hun patiënten uit het ziekenhuis. Sociale wijkteams beperken zich tot het signaleren en doorverwijzen van burgers met problemen maar ze kunnen ze ook zelf gaan begeleiden, voor kortere of langere tijd. Uiteraard hangt dit ook sterk af van welke formele opdracht de sociale wijkteams hebben gekregen. Dit verschilt sterk per gemeente.

Wijkverpleegkundigen kunnen een taakopvatting hebben die zich vooral richt op de medische kant maar ze kunnen ook ambiëren om mensen te activeren en hun sociale omgeving in te schakelen. Dit soort keuzes zijn vaak historisch bepaald maar staan vanwege alle veranderingen opnieuw open voor een andere invulling. Wijkverpleegkundigen hebben in het nieuwe systeem een schakelfunctie, huisartsen krijgen geld voor innovatie en sociale wijkteams betreden het veld. Dit brengt nieuwe keuzes met zich mee die mede worden beïnvloed door voorkeuren van professionals of inspirerende voorbeelden van elders. Het is belangrijk dat hier ook keuzevrijheid wordt geboden aan professionals, want deze werkt als een prikkelende uitdaging om iets nieuws tot stand te brengen.

Initiatieven van onderop en ruimte voor verschillende oplossingen en rolverdelingen zijn nodig en waardevol, maar anderzijds moet er altijd sprake zijn van een sluitende samenwerkingsketen. Bottom-up werken kan tot gevolg hebben dat professionals blijven opereren vanuit hun eigen discipline en langs elkaar heen werken zodat er een schakel ontbreekt in de keten. Initiatieven van onderop moeten leiden tot een complete aanpak! Daarom blijft het nodig om vanuit de gemeente en Menzis te toetsen of de samenwerking ook daadwerkelijk resulteert in een passend aanbod (zie hoofdstuk 4).

Tot slot is van belang dat er sprake is van betrokkenheid op alle niveaus. Professionals werken nauw samen op uitvoerend niveau, de wijkraad en georganiseerde bewonersgroepen praten mee over de aanpak, bestuurders en managers denken en beslissen mee vanuit de lokale politiek, en de Raad van Bestuur van de betrokken zorgverzekeraar is trots op de samenwerking. Samenwerking is nodig op alle niveaus.

Er moet altijd sprake zijn van een sluitende samenwerkingsketen en betrokkenheid op alle niveaus.

Een stimulerende rol van zorgverzekeraar en gemeente is zichtbaar in het project **Welzijn op Recept** in **Arnhem** in de wijk Malburgen (zie voor een uitleg over het project de tekstbox op pag. 14). Hier is geconstateerd dat een lokale succesvolle samenwerking alleen mogelijk is als de huisartsen het nut van de verbinding van zorg en welzijn inzien. Het helpt wanneer de huisartsen het gevoel krijgen dat deze verbinding tussen zorg en welzijn een wenselijke ontwikkeling is, die ook wordt voorgestaan door zorgverzekeraar en gemeente. De prikkels moeten van verschillende kanten komen. In het project is geconstateerd dat een inzet die enkel voortkomt uit welzijnsorganisaties onvoldoende is om huisartsen van de meerwaarde te kunnen overtuigen. Een stimulerende rol vanuit (lokale) overheid en zorgverzekeraars is zeer wenselijk.

3. Stap 2: focus bepalen

Focus is een voorwaarde om tot effectieve samenwerking te komen.

Focus is een voorwaarde om tot effectieve samenwerking te komen. Deze focus is zowel nodig tussen gemeente en Menzis als tussen deze twee als opdrachtgever en de aanbieders van ondersteuning en zorg. De focus gaat over de prioriteiten op het niveau van de gemeente en het gebied. Dit moet leiden tot een hanteerbare doelstelling en opdracht.

3.1 Bepaal de (gebieds)prioriteiten op gemeentelijk niveau

In het vorige hoofdstuk zijn de inhoudelijke en procesmatige doelen van de samenwerking tussen de gemeente(n) en Menzis beschreven. Een volgende stap in de concretisering is het vaststellen van prioriteiten op gemeentelijk/stedelijk niveau.

De prioriteiten op gemeentelijk niveau kunnen op diverse manieren worden bepaald:

- Keuze voor bepaalde (achterstands)gebieden met grotere gezondheidsrisico's, vaak geconcentreerd in enkele wijken, dorpen of buurten
- Keuze voor bepaalde risicogroepen wanneer deze veel voorkomen in de gemeente, bijvoorbeeld in het geval van veel krimp, vergrijzing of multiproblematiek¹
- Keuze voor een brede preventieve benadering vanuit een gedeelde beleidsopvatting, waarin bijvoorbeeld accenten worden gelegd op leefstijl, participatie of zelfzorg.

Menzis en gemeente(n) overleggen over de prioriteiten en komen tot een afspraak hierover. Dit leidt tot de keuze van een gebied, dat vervolgens verder in kaart wordt gebracht.

In **Enschede** hebben gemeente en Menzis een proeftuin gestart die zich richt op **drie stadswijken** Wesselerbrink, Pathmos-Stevenfenne en Glanerbrug. In eerste instantie gaat het om Wesselerbrink, een wijk met grote sociale problematiek en hoge zorgkosten. De andere twee wijken volgen daarna. In Wesselerbrink hebben gemeente en Menzis een specifieke populatie gekozen voor een gezamenlijke aanpak. De groep bestaat uit zelfstandig wonende mensen die aan alle volgende kenmerken voldoen:

- Alleenwonend
- Een laag opleidingsniveau
- Behoeftig aan minimaal drie verschillende zorgvormen of die al gebruiken.

Binnen deze groep zullen eventueel meerdere deelgroepen worden onderscheiden, bijvoorbeeld jongeren en ouderen, of lichamelijke beperkingen en sociale beperkingen. De doelgroep wordt op twee verschillende manieren geïdentificeerd:

- mensen die nu al zorg ontvangen van één van de deelnemende zorgaanbieders en aan bovenstaande kenmerken voldoen
- mensen die aan de kenmerken voldoen, nog geen zorg ontvangen maar zich melden bij het loket in de wijk.

Zowel vanuit de Wmo als vanuit Zvw worden integrale arrangementen aangeboden die passen bij deze groep burgers.

¹Als risicogroep kan ook gelden de groep huishoudens op het sociale minimumniveau. Deze groep genereert relatief veel kosten (Wmo, ziektekosten en ook uitkeringen). Sommige gemeenten hebben met Menzis afgesproken om deze groep apart collectief te verzekeren voor de ziektekosten, waarbij de gemeente een financiële bijdrage verstrekt.

Het ligt voor de hand om de gebiedsprioriteiten te bepalen vanuit de gezamenlijke ambitie van Menzis en gemeente. In beginsel is dit een top-down aanpak. Het is ook mogelijk deze prioriteiten meer van onder op te benoemen, vanuit de (professionals in) de wijk zelf.

De aanpak **Gezonde Wijk Overvecht** in **Utrecht** volgt een bottom-up benadering:

- Haal de inbreng van de werkvloer en stel die vast via een mandaat bij bestuurders
- Bepaal gezamenlijk met professionals en bewoners per discipline waar de prioriteiten liggen in een wijk en ga daar één voor één mee aan de slag
- Denk niet voor de professionals, maar stimuleer ze om zelf met ideeën en oplossingen te komen en faciliteer hun verbeterplannen
- Stel met de professionals en bewoners in de wijk een gezamenlijke visie en doelstelling op. Steek daar tijd in en maak ieder jaar ruimte voor verdere aanscherping
- Laat de visie en doelstelling terug komen in alle activiteiten en reguliere werkzaamheden.

3.2 Breng de gebiedsproblematiek feitelijk in beeld

In de meeste gemeenten worden data verzameld over de leefbaarheid van wijken en de gezondheid van de burgers. Het gaat om epidemiologisch onderzoek van de GGD, om leefbaarheidsmonitoren en sociale wijkscans. Over het algemeen omvatten deze:

- De vraagkant: de problematiek van gezondheid, eenzaamheid en welbevinden. Welke trends zijn te zien in het gebied?
- De aanbodkant: welke voorzieningen zijn er in het gebied en hoeveel gebruik wordt daarvan gemaakt?
- De confrontatie vraag-aanbod: is er sprake van blinde vlekken of juist overlap in het gebied wanneer het aanbod wordt vergeleken met de vraag?

Ook de kosten van de huidige ondersteuning en zorg kunnen in beeld worden gebracht. Hierbij gaat het om een analyse van de huidige situatie over de breedte van het aanbod. Daarbij is het ook nodig om te werken met landelijk geldende bedragen en tarieven om het verschil met de feitelijke kosten in de wijk in beeld te brengen (zie voorbeeld).

In de **Enschedese wijk Wesselerbrink** wordt door Menzis en de gemeente de volgende informatie verzameld:

- Een overzicht van de (kosten van) geleverde zorg in de wijk en op postcodeniveau; het gaat dan om huishoudelijke hulp (Wmo) en thuiszorg (AWBZ);
- Een overzicht van de uitgaven in de Zorgverzekeringswet voor Menzis-verzekerden die ingeschreven staan in de huisartspraktijken in de Wesselerbrink. NB: niet alle patiënten van een huisartspraktijk in de Wesselerbrink wonen ook in die wijk!
- Een overzicht op postcodeniveau (4 cijfers + 1 letter) van de normkosten volgens het vereveningsmodel van de Zorgverzekeringswet. Hoge normkosten duiden op hoge gezondheidsrisico's
- Een overzicht op postcodeniveau (4 cijfers + 1 letter) van het verschil tussen de (boven genoemde) normkosten en de werkelijke kosten.

Een kostenanalyse kan bijdragen aan het bepalen van de focus omdat deze inzicht geeft in opvallende en/of pregnante uitgavenpatronen ('uitschieters'). Deze 'uitschieters' kunnen betrekking hebben op bepaalde zorgvormen of op specifieke populaties. Deze populaties kunnen dan worden gekozen als focusgroep voor de verdere aanpak (zie paragraaf 3.3).

Tot dusverre valt het in de praktijk niet mee om bruikbare cijfers boven tafel te krijgen. Veel data zijn geaggregeerd op een hoger niveau en toespitsing op bijvoorbeeld postcodeniveau ontmoet vaak privacybezwaren (hoewel die redelijk te ondervangen zijn door een 'grof' postcodeniveau aan te houden – zie voorbeeld hierboven). Het grootste probleem is het gegeven dat cijfers van de bestaande situatie vooral een registratie zijn van de huidige ondersteuning en zorg. Die kunnen juist veranderen door een nieuw (gecombineerd) aanbod. De kunst is dus om enigszins door deze bestaande data 'heen te kijken'. Wat zijn de achterliggende behoeft patronen? Is er sprake van jonge gezinnen met (dreigende) achterstanden of juist vergrijzing, en hoe verhoudt dit zich met eigen initiatieven van burgers? Belangrijk is daarom de data ook te koppelen aan meer kwalitatieve informatie, zoals de plaatselijke gewoonten (bijvoorbeeld hoe (on)gemakkelijk is de gang naar de huisarts of de gemeente?) en omgangsvormen (hoe snel doet men een beroep op de buurman/vrouw?).

Er zijn dus harde data nodig, maar ook een sfeerbeeld van het gebied. Daarom moet de analyse ook worden gemaakt door de lokale ondersteuners en hulpverleners. Idealiter komt er op verzoek van Menzis en gemeente een groep bijeen waarin de kerndisciplines van het sociale en medische domein zijn vertegenwoordigd, in ieder geval vanuit het (sociale) wijkteam, de jeugdartsen (GGD/CJG), de huisartsen/POH en de wijkverpleegkundigen. Deelnemers uit deze vier kerndisciplines brainstormen over de cijfers en maken een analyse van de voornaamste problematiek. Zo kunnen ze Menzis en gemeente advies geven over de gewenste populatie-afbakening (zie hieronder) en samenwerking.

3.3 Kies een homogene focusgroep voor de gewenste opbrengsten

Een belangrijk element van de eerder genoemde Triple Aim-methode is het bepalen van een homogene groep waarop de aanpak is gericht. Deze homogeniteit is van belang om te komen tot een gerichte werkwijze waarin specifieke problemen worden aangepakt met daarbij passende interventies. De kunst is om die groep te omschrijven als individuen met (ongeveer) dezelfde vragen en problemen (inclusief hun 'vraagverlegenheid').

Wonen in dezelfde wijk is ook een vorm van homogeniteit. Burgers binnen één buurt zijn goed benaderbaar voor lokale ondersteuners en zorgverleners. Als de samenstelling van een wijk homogeen is en er specifieke leefbaarheidsproblemen en/of gezondheidsrisico's veel voorkomen past een gerichte aanpak. Wanneer als de bevolking van het dorp of de wijk heterogeen is samengesteld kan het nodig zijn om daarbinnen te zoeken naar meer homogene deelgroepen.

Voorbeelden van deze deelgroepen zijn:

- Een groep die zich kenmerkt door een samenspel van meerdere risicofactoren, zoals een laag opleidingsniveau, alleen wonen en de behoefte aan/gebruik maken van drie of meer zorgvoorzieningen
- De groep kwetsbare ouderen c.q. dementerenden die extra voorzieningen heeft om zelfstandig te blijven wonen en zelfredzaam te blijven

Een belangrijk element van de Triple Aim-methode is het bepalen van een homogene groep.

- De groep jongeren met een GGZ- en/of LVB-indicatie, waarvan sommige ook overlast in de wijk (kunnen) geven. Voor de samenwerking tussen Menzis en de gemeente is deze groep relevant bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd
- De groep sociale minima die met een financiële bijdrage van de gemeente via een collectiviteit zijn verzekerd voor medische kosten.

In het project **Welzijn op Recept in Arnhem** is in de wijk **Malburgen** gekozen voor een homogene doelgroep en voor duidelijke doelen op het gebied van gezondheidswinst en kostenbesparing. Voor kwetsbare ouderen (ouderen met psychosomatische of psychosociale klachten en belaste mantelzorgers) worden, op recept van de huisarts, welzijnsarrangementen (hulp en diensten) aangeboden die tot doel hebben:

- Terugdringen van medicatiegebruik
- Uitstel of voorkoming van duurdere zorg
- Informatie over de kwetsbaarheid
- Ouderen zich beter laten voelen en meer laten participeren in de samenleving.

Belangrijk bij de keuze van de homogene groepen is het kiezen voor 'volume'. Om tot opbrengsten te komen voor een groep is het van belang dat deze een behoorlijke omvang heeft, zodat er genoeg ervaring kan worden opgedaan en routines worden ontwikkeld om deze groep te 'bedienen' met een passende mix van ondersteuning en zorg.

Op stedelijk/gemeentelijk niveau bestaan er echter kleine groepen met een specifieke problematiek die vanwege hun beperking of aandoening behoefte hebben aan een specialistisch aanbod van zorg en ondersteuning. Voorbeelden van dit soort groepen zijn:

- Mensen met psychische/psychiatrische problemen en een onvoorspelbaar fluctuerende en soms intensieve zorgvraag
- Lichamelijk gehandicapten ouder dan 35 jaar die veel begeleiding nodig hebben.

Voor deze kleine, specifieke groepen ligt de integrale benadering eerder op het niveau van de hele gemeente of soms op dat van de regio. Maar ook voor deze groep geldt de wens om gezondheidswinst en kostenbesparingen te bereiken.

In meerdere steden hebben Menzis en gemeenten een overeenkomst gesloten voor een **collectieve zorgverzekering voor sociale minima**. Het gaat om alle Menzis-verzekerden met een lage SES-score. Doorgaans gaat het om mensen met een laag inkomen (uitkering), die geen werk hebben en vaak ook in specifieke buurten wonen. De premie is laag dankzij een financiële bijdrage van de gemeente die deze extra uitgaven compenseert vanuit het budget voor de bijstand (waar juist ruimte ontstaat doordat betere zorg leidt tot een verminderd beroep op uitkeringen).

De sociale minimum huishoudens zijn een relevante homogene focusgroep wanneer zich ook een duidelijke concentratie van problematiek voordoet, zeker in een wijk. Het voordeel is dat door de afbakening naar inkomen en uitkering de groep scherp in beeld komt, de ondersteuningsacties worden vereenvoudigd en het makkelijk wordt om vanuit het aanvullende verzekeringspakket specifieke, activerende interventies te organiseren. Er kan zo een breed palet van interventies worden georganiseerd en daarmee ook een poging worden gedaan om intergenerationele problematiek te doorbreken. Zo wordt ingezet op leefstijlinterventies, onder meer door een programma dat sporten onder minima bevordert. Daarnaast wordt de Stadsbank Oost Nederland ingeschakeld bij de aanpak van schulden bij de zorgverzekering, om te voorkomen dat mensen met extra boetes geconfronteerd worden.

Voor deze kleine, specifieke groepen ligt de integrale benadering eerder op het niveau van de hele gemeente of soms op dat van de regio. Maar ook voor deze groep geldt de wens om gezondheidswinst en kostenbesparingen te bereiken.

3.4 Kies een methode om de individuele risico's te bepalen

Om de homogene groep goed in beeld te krijgen voor zowel Wmo als Zvw/Wlz is het van belang dat Menzis en gemeente samen met de aanbieders een keuze maken voor een (screenings)instrument dat de individuele risico's (sociaal én medisch) in beeld brengt. Hiervoor zijn diverse instrumenten beschikbaar, zoals de zelfredzaamheidsmatrix, de Omaha classificatielijst (voor wijkverpleegkundigen), de participatieladder en de vragenlijst IPA (Impact op Participatie en Autonomie). Ook zijn er screeningsinstrumenten voor meer specifieke behoeften, zoals de Wegwijzer GGZ-Wmo, die in beeld brengt hoe mensen met psychische of psychiatrische problematiek op wijkniveau kunnen worden toe geleid naar maatschappelijke ondersteuning. Met dit soort instrumenten worden alle voorafgaande keuzes geconcretiseerd op het niveau van de individuele burger. Het instrument legt ook al een relatie tussen de hulpverleners in de 0e of 1e lijn ('vindplaatsen') en de meer specifieke ondersteuning en zorg in de 2e lijn.

Met behulp van een screenings-instrument kunnen individuele risico's in kaart worden gebracht

In de **Proeftuin in Rotterdam** werken de wijkteams nauw samen met de huisarts. Hierbij wordt casuïstiek besproken en wordt telkens gezocht naar een integrale manier van werken. Zo ontstaat een gezamenlijke taal. De zelfredzaamheidsmatrix wordt gebruikt als instrument om alle levensgebieden in kaart te brengen.

In het **Buurtteam Overvecht in Utrecht** is gekozen voor een eenvoudiger instrument voor risicobepaling: het vier domeinen model. Het gaat om een quick scan op de domeinen lichamelijke gezondheid, psychisch welbevinden, sociale relaties en maatschappelijk functioneren (incl. wonen en financiën). Hier is gekozen voor een eenvoudig instrument omdat de ervaring leert dat dit voldoende is om overzicht te krijgen en dat de informatie uit het instrument makkelijk gedeeld kan worden tussen hulpverleners. De zelfredzaamheidsmatrix is complexer en wordt daarom op de achtergrond gebruikt door de hulpverleners om het beeld te completeren wanneer dat nodig is.

4. Stap 3: passend aanbod ontwikkelen

Menzis en gemeenten stellen gezamenlijk een programma van eisen op dat aanbieders moet prikkelen tot vernieuwing en samenwerking, zonder daarbij de inhoud vooraf vast te leggen.

Bij de focus hoort een passend aanbod dat inspeelt op de wensen van gemeente en Menzis. Het aanbod komt van de aanbieders. Zij moeten voldoende ruimte krijgen om met (nieuwe) oplossingen te komen. Menzis en gemeente(n) moeten bovendien voldoende idee hebben van de gewenste vernieuwing om de voorstellen van aanbieders op hun innovatieve waarde te kunnen schatten. Menzis en gemeenten stellen daarom gezamenlijk een programma van eisen op dat aanbieders moet prikkelen tot vernieuwing en samenwerking, zonder daarbij de inhoud vooraf vast te leggen.

Het aanbod moet zich richten op homogene groepen met (liefst) een behoorlijke omvang. Om tot gezondheidswinst en kostenbesparing voor deze hele groep te komen is het nodig dat het aanbod:

- Maximaal op maat is voor de gekozen (homogene) populatie
- Onderdeel vormt van de standaard werkwijzen van de lokale hulpverleners en de daarbij horende werkwijze voor de toegang naar meer specialistische hulp en zorg
- Voldoende volume heeft om de complete populatie te 'bedienen'
- Langjarig wordt voortgezet om de gewenste effecten te kunnen bereiken
- Gemonitord wordt om de effecten van een gezamenlijke aanpak in beeld te brengen.

Dat betekent dat aanbod in de vorm van pilots e.d. ongewenst is. Pilots zijn bedoeld om een nieuwe methode uit te proberen maar niet om een brede doelgroep te bedienen. Vanaf het begin moet dus worden toegewerkt naar een dekkend aanbod, waarvoor alle leden van de gekozen homogene groep in aanmerking komen. Alleen dan zullen voldoende burgers profijt hebben van de gebundelde aanpak en zullen de gewenste effecten optreden.

4.1 Formuleer een programma van eisen voor het aanbod

Op grond van het voorgaande is de conclusie dat de aanbieders hun handen ineen moeten slaan om tot een passende bundeling van ondersteuning en zorg te komen. Dit blijkt ook uit het programma van eisen van Menzis en gemeenten voor hun aanbod.

Dit eisenprogramma omvat in ieder geval:

1. Omschrijving van de gezamenlijk gekozen populatie(s)
2. Gewenste effecten (met proces- en resultaatindicatoren)
3. Als onderdeel daarvan: gewenste inverteffecten in de keten(samenwerking)
4. Preventiegericht samenwerkings- en initiatiefkracht van aanbieders
5. Aanpassing van de standaard werkwijzen van aanbieders
6. Vereiste professionele kwaliteit en de borging daarvan
7. Aansluiting op andere kerndisciplines in de gemeente/wijk
8. Aansluiting op het sociale wijkteam/CJG (toegang tot Wmo/Jeugdhulp) en op Menzis (toegang tot Zvw) en op ClZ (toegang tot Wlz)
9. Populatiebesteding (lumpsum of ondersteuningsketentarieven)
10. Voldoen aan wettelijke mededingingsregels.

Voor een passend aanbod zijn al deze punten van belang maar in de praktijk zal er eerder sprake zijn van een 'groeimodel': een project of programma dat eerst aan enkele eisen voldoet maar geleidelijk uitgroeit tot een activiteitenpakket dat alle eisen afdekt. Er moet dus een proces worden georganiseerd waarin gemeente en Menzis starten met een beperkt eisenpakket dat in de loop van de tijd wordt uitgebreid. Die eisen kunnen in het begin ook gericht zijn op een verbetering van werkwijzen in een gezamenlijk leerproces.

In **Rotterdam** loopt de **Proeftuin Langdurige Zorg**, waar wijkteams in een aantal wijken oefenen met nieuwe manieren van werken. In de Proeftuin wordt grotendeels aan het programma van eisen voldaan. De Proeftuin richt zich op drie doelgroepen: ouderen, gehandicapten en mensen met GGZ-problematiek. De doelstellingen zijn:

- Realiseren van toegang tot de juiste ondersteuning voor deze groepen op het gebied van welzijn, zorg en activering
- Oefenen van indiceren door het wijkteam
- Oefenen met integraal ondersteunen
- Efficiënte en innovatieve ondersteuning met een gelijke of verhoogde klanttevredenheid.

De samenwerking en aansluiting met partners en aanbieders in de wijk wordt nadrukkelijk gezocht. Opvallend is de ruimte voor ontdekken en leren van elkaar.

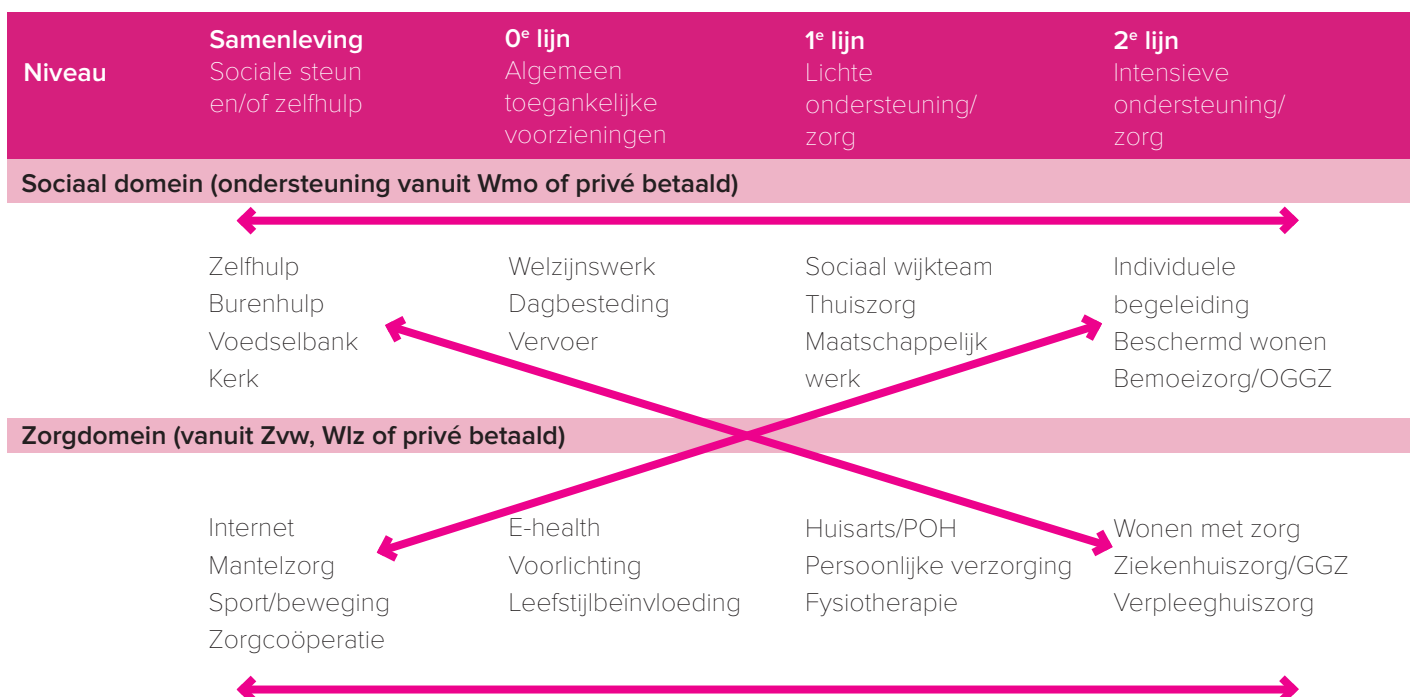
Uit het hierboven omschreven programma van eisen worden hieronder enkele voorwaarden in meer detail besproken. Dat gebeurt omdat deze voorwaarden van extra groot belang zijn voor het realiseren van de doelen.

4.2 Eis: preventiegerichte samenwerking en initiatief kracht van aanbieders

Preventie kan worden bereikt door combinaties te maken van het aanbod uit de Wmo, de zorgverzekeringswet en de Wlz. Welke interventies moeten met elkaar worden verbonden? Met preventie wordt bedoeld dat een tijdige lichte ondersteuning of zorg het beroep op meer intensieve ondersteuning of zorg niet, minder of later noodzakelijk maakt. Vaak gaat het om een combinatie van interventies uit de zorg, ondersteuning en welzijn die samen preventief werken voor de gekozen homogene populatie. Om dit te bereiken moeten de aanbieders een stevig samenwerkingsverband vormen.

Inhoudelijke combinaties

Inhoudelijke preventie wordt bereikt door een koppeling van ondersteuning en zorg en een focus op de populatie. Daarbij kan het gaan om verschillende preventieve effecten, zoals weergegeven in onderstaand schema (geldt alleen voor volwassenen).



Preventieve effecten, uitgedrukt in de pijlen, kunnen dus optreden:

- Binnen het sociaal domein: *lichte ondersteuning voorkomt intensieve ondersteuning* (bijvoorbeeld dankzij deelname aan dagactiviteiten is individuele begeleiding minder nodig)
- Binnen het medisch domein: *lichte zorg voorkomt intensieve zorg* (b.v. door begeleiding van de huisarts/POH bij diabetes hoeft een patiënt minder vaak naar het ziekenhuis)
- Tussen het sociale en medische domein:
 - *Ondersteuning vermindert* beroep op zorg (b.v. mantelzorgondersteuning draagt bij aan de effectiviteit van persoonlijke verzorging)
 - *Zorg vermindert* beroep op intensieve ondersteuning (bijvoorbeeld begeleiding van de praktijkondersteuner GGZ van de huisarts voorkomt terugval in bemoeizorg).

In succesvolle projecten zetten aanbieders vaak in op een specifieke sleutelinterventie, die diverse vormen van ondersteuning en zorg in één werkwijze combineert. Voorbeelden hiervan zijn welzijnswerkers die opereren vanuit een centrum voor brede dagactiviteiten in een verpleeghuis of een dorpsondersteuner die een 'korte lijn' heeft met de huisartsen en de wijkverpleegkundige. De directe relatie tussen sociaal en medisch domein krijgt hier gestalte in een eenvoudige en voor bewoners herkenbare praktische oplossing.

In een **Overijsselse plattelandsgemeente** hebben vier aanbieders van langdurige zorg het initiatief genomen om in één van de dorpskernen een gezamenlijk centrum voor dagactiviteiten te organiseren. Deze dagactiviteiten richten zich zowel op (kwetsbare) ouderen als mensen met een lichte verstandelijke beperking. Er wordt gekozen voor een centraal gelegen gebouw met een aantrekkelijke uitstraling en gevarieerde activiteiten. Tegelijkertijd worden de vervoersdiensten van de vier aanbieders bijeen gebracht, zodat ook kostenbesparing optreedt. Ook de begeleiders en zorgverleners van de organisaties gaan samenwerken in één locatieteam.

Een voorbeeld van de directe, praktische verbinding van het medisch en sociaal domein is de 'module kwetsbaren' in de wijk **Oude Noorden** in **Rotterdam**, i.s.m. VGZ. Patiënten met multi-problematiek die regelmatig bij de huisarts komen worden gekoppeld aan het wijkteam. Het team maakt met de patiënt een integraal individueel leef- en zorgplan, waarbij alle levensgebieden in kaart worden gebracht en waarbij het netwerk sterk betrokken wordt. Doelstelling is dat deze groep minder gebruik maakt van professionele zorgvoorzieningen.

Stevig samenwerkingsverband

Inhoudelijke samenwerking vereist ook afstemming van werkwijze en organisatie. Welzijn, ondersteuning en zorg moeten samenwerken en daarbij leren elkaars taal te spreken. De aanbieders van zorg en ondersteuning moeten bereid zijn hun diensten echt op elkaar af te stemmen, zowel op het niveau van de professionals als het management.

Hiervoor zijn verschillende vormen mogelijk:

- Het aanwijzen van een 'integrator' (uit de Triple Aim benadering): een trekker of coördinator die de competentie en het mandaat heeft om sturend op te treden naar de professionals. Dit kan bijvoorbeeld een kaderhuisarts zijn, maar ook een teamleider van een welzijns- of zorginstelling of een wijkteamcoördinator
- Het vormen van een wijknetwerk of wijkteam van professionele (kern)disciplines
- Het leveren van voldoende integratie en uitvoeringsregie door de aanbieders
- Het afstemmen van de werkprocessen tussen aanbieders.

Doorslaggevend voor het integrale gebiedsaanbod is het vormen van gebiedsgerichte teams die zich kunnen identificeren met de locatie en de populatie, zoals in het voorbeeld hieronder.

De aanbieders van zorg en ondersteuning moeten bereid zijn hun diensten echt op elkaar af te stemmen, zowel op het niveau van de professionals als het management.

In **Enschede** stellen Menzis en de gemeente als voorwaarde dat de zorgaanbieders in de **Wesselerbrink** één gezamenlijk aanspreekpunt opzetten voor de klant. Van hieruit vindt integrale informatievoorziening, toeleiding en zorgcoördinatie plaats. De vier zorgaanbieders in de Wesselerbrink ontwikkelen een samenhangend aanbod per klant waarbij zij gebruik maken van elkaars deskundigheid en capaciteit in zowel frontoffice als backoffice, en ook van de aanwezige infrastructuur in de wijk. Het sociale wijkteam ('Wesselerbrinkteam') is hierin leidend.

In de **wijk Brunnepe/Hanzewijk** in **Kampen** hebben huisartsen en wijkverpleegkundigen zich verenigd in een 'Hometeam', waarin ze gezamenlijk casuïstiek doornemen. De bedoeling is om directer naar elkaar te verwijzen en daarnaast een koppeling te maken met welzijnsarrangementen voor mensen in een sociaal isolement of met een behoefte aan (extra) activiteiten. Het doel is om binnen anderhalf jaar de 20% meest kwetsbaren van deze groep ouderen (65+) in de wijk te bereiken en deze groep te voorzien van een ondersteuningsaanbod. Idealiter is het effect een afnemend beroep op langdurige zorg en huisartsenzorg alsmede op de maatwerkvoorzieningen Wmo.

Inhoudelijk samenwerken tussen aanbieders vraagt vaak ook het onderling aanpassen van de manier van werken. De vorm waarin vragen en problemen door huisartsen, sociaal consulenten en wijkverpleegkundigen worden geregistreerd moet het mogelijk maken die informatie makkelijk onderling over te dragen. Die methodische afstemming vraagt ook eigen initiatief van de aanbieders om die tot stand te brengen. Dit moet mede het doel van de samenwerking zin.

4.3 Eis: aanpassing van werkprocessen van aanbieders

Preventie kan worden bereikt door combinaties te maken van het aanbod uit de Wmo, de zorgverzekeringswet en de WLZ. Welke interventies moeten met elkaar worden verbonden? Met preventie wordt bedoeld dat een tijdige lichte ondersteuning of zorg het beroep op meer intensieve ondersteuning of zorg niet, minder of later noodzakelijk maakt. Vaak gaat het om een combinatie van interventies uit de zorg, ondersteuning en welzijn die samen preventief werken voor de gekozen homogene populatie. Om dit te bereiken moeten de aanbieders een stevig samenwerkingsverband vormen.

Voorbeelden hiervan zijn:

- De professionals uit de verschillende disciplines *kennen elkaars werkwijze en aanbod* aangaande de gekozen populatie, en verwijzen hierdoor makkelijker naar elkaar. Dit vereist tijdsinvestering om op de hoogte te raken van elkaars manier van werken.
- In de *triage of vraaganalyse* per burger/cliënt wordt voldoende tijd genomen om na te gaan welke behoefte er is aan ondersteuning en zorg en hoe deze in een passende en werkbare combinatie kunnen worden aangeboden.
- Triages en vraaganalyses *haken op elkaar in*. Wanneer de huisarts/POH, wijkcoach, ouderenadviseur of wijkverpleegkundige een brede vraag krijgt van een burger/cliënt weet zij/hij ook die aspecten te identificeren die voor de andere professionals van belang zijn en daarmee de verbinding te maken. Te overwegen is om een gezamenlijke 'quick scan' af te spreken voor de betreffende populatie, waarvan de uitkomsten makkelijk gedeeld kunnen worden. Daarmee vormen verschillende organisaties een sluitende keten. De quick scan die wordt uitgevoerd door de ene organisatie kan gevolgen hebben voor een andere organisatie omdat zij geacht worden zorg of ondersteuning in te zetten op basis van het oordeel van een andere professional.
- De verbinding heeft de vorm van een *vast verwijadres*. Dat betekent dat elke professional op grond van afspraken weet bij wie hij/zij terecht kan wanneer er een andere discipline moet worden ingeschakeld.

Een integraal aanbod en samenwerking van aanbieders vereist een herontwerp van hun werkprocessen

Aanbieders moeten vrij zijn om te kunnen bepalen hoe hun werkwijzen het beste op elkaar kunnen worden afgestemd.

- Onderling worden tussen de *disciplines ervaringen teruggekoppeld*. Daartoe bestaat een vorm van (terug)melding over de doorverwezen casuïstiek. Zo leert men van en over elkaar.
- Op wijkniveau is er ook sprake van *teamvorming tussen professionals*. Dit hoeft niet in de vorm van formele vergaderingen of een regulier casusoverleg; het is voldoende als men elkaar regelmatig face to face tegenkomt en elkaar persoonlijk kent. Professionals moeten vertrouwd met elkaar zijn.

Aanbieders moeten vrij zijn om te kunnen bepalen hoe hun werkwijzen het beste op elkaar kunnen worden 'ingeregeld'. Afhankelijk van de gekozen populatie wordt een passende vorm bepaald, zoals in het voorbeeld hieronder.

In **Arnhem** zijn **wijkgezondheidsteams** geformeerd, met daarin teams van professionals uit welzijn/maatschappelijk werk, (thuis)-zorginstellingen en (geïntegreerde) eerstelijnscentra. Deze ondersteunen kwetsbare groepen in een wijk en stimuleren zelfredzaamheid en participatie bij de minder kwetsbaren (doelgroep is 65+). De zorgprofessionals werken intensief samen en de nadruk ligt op coördinatie en afstemming van zorg en ondersteuning. De volgende disciplines vormen het wijkgezondheidsteam:

- Huisarts/POH/Praktijkverpleegkundige
- Ouderenadviseur
- Wijkverpleegkundige

Het wijkgezondheidsteam functioneert als oren en ogen in de wijk, speelt actief in op de zorg- en welzijnsvraag aldaar, coördineert de zorg- en welzijnsprofessionals in de wijk, pleegt zo nodig interventies en geeft coaching en begeleiding aan de wijkbewoners. Maar het levert geen specialistische zorg.

4.4 Eis: voldoen aan de wettelijke mededingingsregels

Van het aanbod wordt geëist dat het voldoet aan de wettelijke mededingingsregels:

- Klanten moeten vrijuit kunnen kiezen voor andere zorgaanbieders
- Klanten worden geïnformeerd over de samenwerkingsconstructie en over de mogelijkheden voor een andere zorgaanbieder te kiezen
- Door Menzis of de gemeente gecontracteerde zorgaanbieders doen op vrijwillige basis mee aan de samenwerking.

Dit vraagt afstemming met en goedkeuring van de Autoriteit Consument en Markt (ACM). In het algemeen is samenwerking toegestaan mits de burger keuzevrijheid behoudt.

5. Stap 3: opdracht verlenen en sturen

De focus en het passende aanbod worden uiteindelijk geformaliseerd in een gezamenlijke opdracht of overeenkomst.

De focus en het passende aanbod worden uiteindelijk geformaliseerd in een gezamenlijke opdracht of overeenkomst tussen gemeente, Menzis en aanbieders. Deze opdracht moet passen binnen de gebruikelijke inkoopvoorwaarden c.q. het inkoopbeleid van gemeenten en Menzis. Vanuit het oogpunt van de gewenste vernieuwing en samenwerking moet de opdracht of overeenkomst enerzijds ruimte laten voor nieuwe oplossingen en keuzes en moet anderzijds contractueel helder zijn wie wat doet voor welke vergoeding. Daarbij hoort ook een hierop gerichte governance en sturing.

5.1 Formuleer een programma van eisen voor het aanbod

Doorgaans is in een integrale gebiedsgerichte aanpak sprake van meerdere niveaus van samenwerking tussen Menzis en gemeente(n):

- Regionaal of subregionaal niveau
- Gemeentelijk/stedelijk niveau
- Dorps/wijkniveau (dit kan ook een afgeleide zijn van het stedelijk niveau, m.n. voor kleine, specifieke groepen burgers die specialistisch aanbod nodig hebben).

De zorgaanbieders moeten voldoen aan alle eisen c.q. inkoopvoorwaarden die door Menzis en de gemeente gesteld worden om voor een reguliere overeenkomst in aanmerking te komen. Dit betekent dat alleen zorgaanbieders mee kunnen doen die beschikken over een dergelijke reguliere overeenkomst.

De gemeente **Enschede en Menzis** voeren een proefproject voor populatiebekostiging uit in drie wijken. Bij de opdrachtverlening hebben zij voor het gezamenlijke aanbod in de wijk **Wesselerbrink** de volgende keuzes gemaakt:

- Op het niveau van de individuele klant blijft één van de zorgaanbieders de verantwoordelijke partij die op dit individuele niveau de kostendeclaraties bij de gemeente en Menzis indient en op basis waarvan de aanbieder wordt betaald
- Juridisch en vanuit mededingingsoogpunt is het van belang dat iedere zorgaanbieder individueel blijft declareren. Juridisch omdat de contractuele inkooprelatie op dat individuele niveau bestaat (en niet op het niveau van de gezamenlijke aanbieders) en mededingingsrechtelijk omdat op die wijze de individuele aanbieders een prikkel blijven houden om zoveel mogelijk zorg te leveren en klanten aan zich te binden.

In beginsel gaat het bij de contractering om een overeenkomst tussen partijen met een afgebakende doelstelling en bereik. Er blijft voor burgers echter ruimte om andere keuzes te maken buiten het gecontracteerde aanbod, bijvoorbeeld via een PGB. Ook kunnen nieuwe aanbieders (op termijn) worden toegelaten tot het lokale samenwerkingsmodel mits zij voldoen aan het programma van eisen, inclusief de eis van integratie en samenwerking met andere aanbieders.

In de toekomst zullen de passende contracteringsvormen tussen Menzis, gemeente(n) en aanbieders moeten worden ontwikkeld. Hierbij doen zich de volgende keuzes voor:

- Elke gemeente contracteert afzonderlijk met Menzis of een groep (regio)gemeenten contracteert gezamenlijk met Menzis

- Aanbieders worden binnen bestaande overeenkomst(en) gecontracteerd of in een nieuwe overeenkomst
- Contracten hebben een looptijd van één jaar of meerdere jaren (met het oog op de lange termijn werking van preventie en samenwerking).

Voor de contractering van samenwerkende aanbieders is te kiezen uit drie hoofdvormen:

- Losse samenwerkingsrelaties: in dit model houden de zorgaanbieders individuele contracten met de opdrachtgever. Dit is vaak de eerste keuze bij een beginnende samenwerking omdat dit de minste inperking van autonomie met zich meebrengt
- Hoofd/onderaannemerschap: hierbij is één partij de contractant en de anderen onderaannemer van de hoofdaannemer. Dit model ligt voor de hand wanneer één partij in de inhoudelijke uitvoering het voortouw heeft, omdat het merendeel van de casuïstiek bij die aanbieder terecht komt c.q. langs die aanbieder passeert
- Zelfstandige consortia, waarbij een samenwerkingsverband van (zorg)aanbieders de contractant is. Dit model is geschikt wanneer duurzame samenwerkingsverbanden een vereiste zijn (analoog aan zorggroepen van huisartsen die ketenzorg uitvoeren).

5.2 Maak kostenbesparing en inverteerdieneffecten onderdeel van deze opdracht

Het is de bedoeling dat de samenwerking leidt tot kostenbesparing in de gehele ondersteunings- en zorgketen.

Het is de bedoeling dat de samenwerking Menzis-gemeente(n) leidt tot kostenbesparing in de gehele ondersteunings- en zorgketen. Dit veronderstelt dat er inverteerdieneffecten optreden in de keten. Deze inverteerdieneffecten zijn voorlopig nog niet in te schatten, mede doordat ze door allerlei (neven)factoren worden beïnvloed en doorgaans alleen na enkele jaren optreden. Dit heeft gevolgen voor de samenwerking Menzis-gemeente(n) en voor de opdrachtverlening aan aanbieders.

In de samenwerking tussen gemeente(n) en Menzis moeten de rollen nader worden bepaald. Voorlopig is er nog geen sprake van een verrekening van inverteerdieneffecten tussen de twee domeinen, dus is het vooralsnog voldoende als er afspraken komen over de inzet van beide kanten in termen van budget. Idealiter wordt een deel van de budgetten van Menzis en gemeenten gecombineerd, zodat de aanbieders meer speelruimte krijgen om elkaar in te schakelen. Daarbij kan ook worden afgesproken welke partij welke interventies opdraagt. Net zoals is afgesproken bij de wijkverpleegkundige niet-toewijsbare zorg kunnen Menzis en gemeente(n) wederzijds invloed hebben op de besteding van middelen, het aanbod en de inzet van aanbieders. Er zijn duidelijke afspraken nodig over welk aanbod en welke budgetten dit betreft.

In de opdrachtverlening aan de aanbieders kunnen kostenbesparing en inverteerdieneffecten een deel van de opdracht gaan vormen. De mogelijkheden daartoe moeten wel vooraf met de aanbieders worden verkend om tot realistische prestatieafspraken te komen.

Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn:

- Hoe worden inverteerdieneffecten vastgesteld?
- Hoe worden kostenbesparingen toegedeeld en/of gedeeld tussen aanbieders? En met de opdrachtgevers?
- Worden inverteerdieneffecten ook gekoppeld aan resultaat/kwaliteitsaspecten (ook om een eenzijdige nadruk op kostenbesparing te voorkomen)?
- Hoe vindt de technisch/administratieve verwerking van kostenvoordelen plaats?

5.3 Regel een duurzame financiering

In de afgelopen jaren zijn er veel pogingen geweest om te komen tot een integraal aanbod en samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Veel van deze pogingen zijn gestrand op de tijdelijkheid van de financiering. Dit werd mede veroorzaakt door de wijze van (product)financiering van ondersteuning en zorg, die weinig mogelijkheden gaf om een ketenaanbod en samenwerkingsregie te bekostigen. In de situatie vanaf januari 2015 zijn er meer mogelijkheden tot ketensamenwerking, zowel vanuit de Wmo (gemeenten bepalen het takenpakket) als vanuit de Zorgverzekeringswet. Voorbeelden daarvan zijn een coördinerend wijkverpleegkundige of een module kwetsbare ouderen voor huisartsen of ketenzorg voor enkele chronische aandoeningen, zoals diabetes of cardiovasculair risicomanagement. De uitdaging is nu om in de afspraken tussen Menzis en gemeente(n) ook een meerjarige bekostiging af te spreken. In eerste instantie zal dit gaan om een combinatie van bestaande mogelijkheden. Op termijn kan een vorm van populatiegebonden bekostiging een rol spelen. Dit is afhankelijk van de positieve leerervaringen en resultaten van onder meer de proefprojecten Populatiebekostiging in drie wijken in Enschede.

In **Gezonde Wijk Overvecht** in **Utrecht** is sprake van een samenwerkingsverband op basis van bestaande budgetten. Wel stellen de gemeente en de zorgverzekeraar de uren voor de coördinatoren beschikbaar. Alle deelnemende partijen leggen een beperkt bedrag in voor gezamenlijke activiteiten en netwerkbijeenkomsten. Daardoor kan het traject in Utrecht zonder subsidies bestaan.

Op langere termijn moeten er meer duurzame vormen van integrale bekostiging worden ontwikkeld, zoals meerjarige budgetafspraken, populatiebekostiging en wijkbudgetten.

De **gemeente Peel en Maas** en **het zorgkantoor van VGZ** werken al zeven jaar samen bij het ombouwen en handhaven van een gezamenlijk begeleidingsaanbod in de vorm van dagbesteding voor ouderen en kwetsbare mensen. Doordat gemeente en zorgkantoor optraden als gezamenlijke opdrachtgever was het mogelijk in de afgelopen periode een samenhangend aanbod van dagcentra op te zetten, zowel voor generieke als voor specifieke groepen. Doordat gemeente en zorgkantoor hun opdrachten en geldstromen al jaren hebben gebundeld is de continuïteit geborgd en is de transitie van AWBZ naar Wmo nauwelijks een probleem voor de uitvoering.

5.4 Regel een gezamenlijke governance en regie

Ook na de contractverlening blijven Menzis en gemeente(n) sturen op de voortgang en resultaten. Dit vereist een vorm van governance. In beginsel overleggen Menzis en gemeente(n) in een stuurgroep (bestuurders) en een projectgroep (beleidsambtenaren, projectleider en regiomanagers). Van groot belang is om voldoende capaciteit vrij te maken om (zeker in het begin) die regie gestalte te geven.

Samenwerken in de wijk vraagt om coördinatie. In het traject **Gezonde Wijk Overvecht** in **Utrecht** zijn vanuit de betrokken zorgverzekeraar en de gemeente twee coördinatoren aangesteld om regie over het proces te voeren. De inhoud werd aan de professionals uit de wijk over gelaten. Stappen werden gezet vanuit de wijkbehoefte. Hierbij was sprake van een procesaanpak in plaats van een projectmatige aanpak. Continuïteit is vereist: werken met vaste gezichten en een inzet van tenminste drie jaar.

