

# Samen op weg naar een toekomstbestendige wijkverpleging

**Een gezamenlijk kader van ActiZ, V&VN, Zorgthuisnl en ZN**

- |                                                                                           |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <i>1. Inleiding 'samen op weg naar een toekomstbestendige wijkverpleging'</i>             | <i>pg. 2</i>  |
| <i>2. Eerste stap: onplanbare nachtzorg en ELV-coördinatie</i>                            | <i>pg. 4</i>  |
| <i>3. Vier succesbepalende randvoorwaarden voor een toekomstbestendige wijkverpleging</i> | <i>pg. 11</i> |

## 1. Inleiding: samen op weg naar een toekomstbestendige wijkverpleging

De afgelopen maanden hebben ActiZ, V&VN, Zorgthuisnl en ZN het initiatief genomen voor een gezamenlijk kader om in 2020 en 2021 te komen tot een toekomstbestendige wijkverpleging. Directe aanleiding hiervoor is de brief van de minister van VWS de heer H. de Jonge (d.d. 14 mei 2019) aan de Tweede Kamer. In de brief constateert de minister een aantal knelpunten in de wijkverpleging, waarbij hij aangeeft dat er al veel gebeurt om deze knelpunten aan te pakken, maar er nog (verdere) verbetering en versnelling nodig is.

### 1.1 Urgentie is groot

De vier partijen delen deze constatering en voelen de urgentie én verantwoordelijkheid om gezamenlijk de knelpunten aan te pakken met een versnelling van de HLA afspraken. Daarbij gaan de dubbele vergrijzing en de krapte op de arbeidsmarkt de komende jaren een druk leggen op de wijkverpleging. Samenwerking tussen zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars is dus cruciaal.

### 1.2 Meer samenhang en samenwerking in de wijkverpleging

Het uiteindelijke doel van dit kader is het toewerken naar meer samenhang en samenwerking in de wijkverpleging. Dit betekent dat in iedere regio of wijk het voor cliënten en zorgprofessionals vanzelfsprekend is wie ze moeten benaderen voor wijkverpleging overdag, 's avonds, 's nachts en in het weekend. De professionals en zorgaanbieders zijn snel en makkelijk bereikbaar, ze kennen de cliënten en kunnen snel en adequaat zorg verlenen als dat nodig is. De wijkverpleegkundigen hebben daarnaast een *up to date* overzicht van de zorgvraag van de cliënt op die momenten dat ze invallen voor een collega. Ze werken samen als een team, zowel binnen als buiten de eigen organisatie. Ook kennen ze andere welzijn- en zorgaanbieders, de sociale context van de wijk en geven ze waar nodig samen met deze partijen vorm aan integrale zorg in de regio of wijk.

### 1.3 Acties tot 1 januari 2021

De vier partijen voelen een gezamenlijke verantwoordelijkheid om invulling te geven aan dit kader en pakken dit op samen met de andere HLA-partijen en het ministerie van VWS. De eerste stappen per 1 januari 2020 zijn het beter organiseren van de coördinatie van het eerstelijnsverblijf (ELV) en de onplanbare nachtzorg (zie document '[eerste stap: de onplanbare nachtzorg en de ELV-coördinatie](#)', pg. 4). Voor beiden zijn ook acties nodig van het ministerie van VWS. Daarnaast is het noodzakelijk dat een aantal randvoorwaarden (bijv. toelating en mededinging) wordt aangepast (zie document '[vier succesbepalende randvoorwaarden voor een toekomstbestendige wijkverpleging](#)', pg. 11). De volgende stap is dat de HLA-partijen bespreken op welke onderdelen van het HLA een versnelling mogelijk en noodzakelijk is. Bij deze stappen zijn er drie uitgangspunten:

- Het primaat ligt in de regio (aansluiten bij wat al succesvol is)
- Het voorkomen van administratieve lasten
- Geen landelijke blauwdruk die we 'opleggen' aan de regio

#### 1.4 Volgende stappen voor doorontwikkeling wijkverpleging

Naast het versterken van de ELV-coördinatie en de onplanbare nachtzorg, moeten alle HLA-partijen bekijken op welke onderdelen versnelling van de HLA noodzakelijk en mogelijk is. Over de volgende onderwerpen moeten de HLA-partijen nog in gesprek:

- Preventie en vroegsignalering (HLA)
  - Het kwaliteits- en normenkader zijn hierbij uitgangspunt. Het gesprek moet worden gevoerd hoe professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars hier op regionaal niveau invulling aan kunnen geven.
- Indicatiestelling (HLA)
  - Het gesprek gaat over het stimuleren van professionele indicatiestelling en het voorkomen van de ongewenste praktijkvariatie.
- Goed werkgeverschap (HLA)
  - Afspraken maken over goed werkgeverschap met als doel om het beroep van wijkverpleegkundige aantrekkelijker te maken en zodoende professionals te behouden voor de sector. Onderwerpen zijn o.a. professionele autonomie en zeggenschap over de beroepsuitoefening.
- Terugdringen van ongecontracteerde zorg (HLA)
  - Doelstelling is dat gecontracteerd werken aantrekkelijker wordt en ongecontracteerd werken wordt teruggedrongen. Het is belangrijk om instrumenten te ontwikkelen om niet-gecontracteerde zorgaanbieders te toetsen op het maken van afspraken over de uitvoering van wijkverpleging samen met andere partijen in de regio.
- Oorzaken en gevolgen van versnippering zorgaanbod (nieuw)
  - De oorzaken van de versnippering moeten worden achterhaald. De versnippering van het aanbod zit in veel gevallen het werken “als één team” en de gewenste samenhang in de weg. Het tegengaan van versnippering maakt het mogelijk om de vindbaarheid en coördinatietaken beter te organiseren.
- Uitwerking van het herkenbare en aanspreekbare team overdag (nieuw)
  - Nadere invulling geven aan de verbetering van de samenwerking en samenhang in de wijk. Hier zijn nog allerlei stappen nodig om hier invulling aan te geven en dit is een gezamenlijk verantwoordelijkheid van alle partijen. Zorgverzekeraars hebben hierin een belangrijke rol in het geval zorgaanbieders hier niet uit komen.

# Eerste stap: de onplanbare nachtzorg en ELV-coördinatie

## 2. Binnen de ANW-zorg ligt de focus op de onplanbare nachtzorg

### 2.1. Een herkenbaar en aanspreekbaar team in de nacht heeft prioriteit

Per 1 januari 2020 wordt prioriteit gegeven aan het versterken van de onplanbare nachtzorg. In de route naar herkenbare en aanspreekbare teams is dit een urgent probleem waarbij op korte termijn resultaat geboekt kan worden. Wanneer meerdere zorgaanbieders in dezelfde regio de onplanbare nachtzorg aanbieden, is dat inefficiënt en leidt dit niet tot de beste zorg voor de cliënt. Voor onplanbare nachtzorg dienen er namelijk altijd professionals bereikbaar en beschikbaar te zijn, terwijl relatief weinig cliënten daadwerkelijk onverwacht nachtzorg nodig hebben. Daarnaast heeft het versterken van de onplanbare nachtzorg een *spin-off* effect op verdere samenwerking tussen partijen in wijk en/of regio.

De avond- en weekendzorg en planbare nachtzorg zijn onderdeel van de reguliere zorg. Zorgaanbieders en -professionals organiseren dit conform de huidige werkwijze, wat betekent dat veel organisaties dit type zorg zelf blijven verlenen en sommigen hiervoor een collega zorgaanbieder inschakelen die namens hen deze zorg verleent. De ervaring is dat bij goede zorg overdag de vraag naar onplanbare nachtzorg daalt. De kwaliteit van zorg bepaalt overdag en in de avond mede hoeveel beroep wordt gedaan op de onplanbare nachtzorg. Daarmee is de inzet van onplanbare nachtzorg deels een 'graadmeter' van de kwaliteit van zorg overdag.

### 2.2. Uniforme kaders voor het functioneren van de onplanbare nachtzorg

De wijze waarop professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk de onplanbare nachtzorg organiseren, is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Immers iedere regio is anders en de wijze van organiseren moet aansluiten bij de lokale behoeften en gewoonten. Daarbij zijn er wel inhoudelijke kaders die voor heel Nederland gelden, waarmee is gegarandeerd dat alle cliënten dezelfde kwalitatief goede zorg 's nachts krijgen. Het beleid van zorgverzekeraars voldoet hierbij minimaal aan deze kaders en waarbinnen de zorgverzekeraars reguliere beleidsruimte hebben. Hier geven zij invulling aan op basis van congruent marktgedrag.

De onplanbare nachtzorg is in 2020 in heel Nederland binnen de onderstaande inhoudelijke kaders georganiseerd.

- Herkenbare bereikbaarheidsfunctie
  - Cliënten, mantelzorgers, huisartsen en andere professionals kunnen in de nacht altijd per regio één vaste bereikbaarheidsfunctie bellen voor de onplanbare nachtzorg. Mochten er regio's zijn waar het werken met meerdere bereikbaarheidsfuncties effectief en efficiënt werkt, dan is dit mogelijk.
  - De bereikbaarheidsfunctie is in de nacht altijd telefonisch bereikbaar. Daarin kan voorzien worden door de eigen nummers van de zorgaanbieders door te schakelen naar bijvoorbeeld een 'zorgcentrale', of te werken met één spoednummer voor de nacht.
  - Er is een regionale afspraak nodig om de bereikbaarheidsfunctie ook toegankelijk te laten zijn voor personenalarmering. Er is nu vaak (nog) geen regie over de alarmering.

We verwijzen hiervoor naar de handreiking persoonsalarmering, te verwachten in het najaar van 2019.

- Uniforme triage
  - De bereikbaarheidsfunctie voor de nacht voert altijd en namens alle professionals en zorgaanbieders in de regio een uniforme triage uit op basis waarvan bepaald wordt of er nachtzorg nodig is of niet.
- Altijd een team beschikbaar voor het leveren van onplanbare nachtzorg (bereikbaarheidsfunctie).
  - Na triage schakelt de bereikbaarheidsfunctie de dienstdoende professional van het team in die de onplanbare nachtzorg bij de cliënt levert. Met beschikbaarheidsfunctie wordt bedoeld de groep professionals die de onplanbare nachtzorg uitvoert in lijn met de afspraken in de wijk of regio.
  - De bereikbaarheidsfunctie maakt in de eerste plaats beoordeelt – op basis van de uniforme triage - hoe urgent en acuut de situatie is. Het reguliere proces van indicatiestelling is aan de wijkverpleegkundige overdag. Dit geldt voor cliënten die al in zorg zijn bij een zorgaanbieder, maar ook voor nog niet in zorg zijnde cliënten en abonnees van personenalarmering.
  - De zorgaanbieder(s) die de onplanbare nachtzorg organiseert/aanbiedt, dient voor de fysieke veiligheid van de dienstdoende professional(s) te zorgen.
  - Het beschikbare nachtteam kent een wisselende samenstelling van deskundigheidsniveaus afhankelijk van de afspraken die hierover zijn gemaakt door de betrokken organisaties en professionals.
- Toegang tot cliëntgegevens en de woning
  - De professionals en zorgaanbieders zorgen ervoor dat de bereikbaarheids- en beschikbaarheidsdienst toegang heeft tot het EPD of ECD, zodat bij de uniforme triage de medische gegevens van de cliënt betrokken kunnen worden. Er moet kritisch gekeken worden wat op welke termijn kan worden bereikt. Het is belangrijk om al in 2020 hiermee te starten.
  - De professionals, zorgaanbieders en leveranciers van de personenalarmering maken samen met gemeenten, woningcoöperaties en de politie (en in afstemming met cliënten) afspraken over de toegang van de dienstdoende professionals van het nachtteam tot woningen van cliënten.
- Cliënten die in de nacht onplanbare zorg hebben gekregen, gaan niet automatisch over naar deze aanbieder. Cliënten hebben de keuzevrijheid en komen dus nooit automatisch bij de aanbieder in de nacht terecht.

Een bijzondere plek hebben in-/aanleunwoningen in of bij zorgcentra. De verschijningsvormen hierin zijn divers, van aanpalend aan de Wlz voorziening t/m geïncorporeerd in de Wlz voorziening. In deze woonzorgvormen kan de onplanbare nachtzorg georganiseerd worden vanuit het zorgcentrum. Dit gebeurt vaak ook in combinatie met Wlz zorg in de vorm van mpt (modulair pakket thuis) / vpt (volledig pakket thuis), waarbij het makkelijker mogelijk is ook de BHV functie in het kader van (brand)veiligheid in te vullen. In deze situaties is maatwerk essentieel.

### 2.3. Er komt een landsdekkende regio indeling

Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders (samen met hun zorgprofessionals) en de zorgverzekeraars om te komen tot een regio indeling die ervoor zorgt dat in heel Nederland binnen dezelfde kaders de onplanbare nachtzorg wordt geregeld. Het advies is om de indeling te laten aansluiten bij de HAP-regio's. Wanneer er voorkeur wordt gegeven aan een andere regio, gaan de zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de regio hierover met elkaar in gesprek.

Op landelijk niveau brengen ActiZ, Zorgthuisnl en ZN jaarlijks in kaart welke 'onplanbare nachtzorg regio's' er zijn. Deze partijen kijken op basis van deze inventarisatie welke acties ondernomen kunnen worden om te zorgen voor een landsdekkende indeling, zonder dat hierbij een specifieke regionale indeling wordt opgelegd.

### 2.4. De organisatie van de onplanbare nachtzorg

Zorgaanbieders maken per regio organisatorische afspraken over het verbeteren van de organisatie en de efficiëntie van de onplanbare nachtzorg. De gekozen organisatievorm sluit aan bij de ervaring van de professionals. Zij gaan met elkaar in overleg op welke manier deze zorg wordt geleverd en welke organisatorische en juridische vorm daarbij het beste past. Wanneer de zorgaanbieders niet tot overeenstemming komen, pakt de zorgverzekeraar haar rol en geeft opdracht om te komen tot een afspraak. In het uiterste geval, wanneer de zorgplicht van de zorgverzekeraar in gevaar komt, dwingt de zorgverzekeraar een model af hoe en door wie de onplanbare nachtzorg geleverd wordt.

### 2.5. Bekostiging van de onplanbare nachtzorg

Afspraken over de bekostiging vloeien logischerwijs voort uit de gemaakte organisatorische afspraken over hoe en door wie de onplanbare nachtzorg wordt geleverd. De verantwoordelijkheid om te komen tot passende afspraken voor het leveren van de onplanbare nachtzorg ligt bij de betrokken zorgaanbieder(s) en de zorgverzekeraar. De wijze waarop de zorg bekostigd wordt, varieert van regio tot regio (bijv. stedelijke vs. plattelandregio). Bij het maken van bekostigingsafspraken gelden de volgende uitgangspunten:

- De onplanbare nachtzorg is vorm van acute zorg, daarom dienen alle zorgaanbieders dit effectief en efficiënt vorm te geven.
- De organisatie van de onplanbare nachtzorg moet door de verantwoordelijke zorgaanbieders kostendekkend kunnen worden uitgevoerd.
- De zorgaanbieders dienen hun *fair share* (in mensen en middelen) te brengen om deze zorgvorm kwalitatief goed en efficiënt (betaalbaar) te leveren.
- Partijen moeten met elkaar in overleg over een oplossing voor de declaratie en legitimatie van de geleverde zorg "achter de voordeur" bij cliënten van andere aanbieders of nieuwe cliënten.
- De bekostiging van de ongeplande nachtzorg is integraal onderdeel van het totaal aan afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor de wijkverpleging.
- De zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken samen een plan die de efficiënte levering mogelijk

maakt en de bureaucratische of administratieve lasten minimaliseert. Aan de basis van een plan moet een goede *business case* liggen.

In veel regio's is al ervaring met de organisatie en bekostiging van de onplanbare nachtzorg. Deze ervaring kan als inspiratie worden gebruikt in het geval partijen in een regio niet tot overeenstemming komen over hoe de organisatie van de onplanbare nachtzorg vormgegeven kan worden. Er kan contact opgenomen worden met de brancheorganisaties of zorgverzekeraars voor voorbeeldmodellen.

## 2.6. Acties van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en professionals die nodig zijn in 2020

### **Acties voor de zorgverzekeraars**

Om ervoor te kunnen zorgen dat in 2020 de onplanbare nachtzorg binnen de hierboven genoemde inhoudelijke kaders in heel Nederland wordt geleverd, dienen de zorgverzekeraars (deels al in 2019) onderstaande acties op te pakken. Zorgverzekeraars gaan op alle onderstaande punten aan de slag, waarbij mogelijk niet alle punten volledig gerealiseerd zijn in 2020.

- De onplanbare nachtzorg is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarom zullen zorgverzekeraars deze zorg inkopen vanuit een partnerschap gedachte met een gezamenlijke visie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars op samenwerking. Regelmatig contact tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de onplanbare nachtzorg is hierbij cruciaal.
- Zorgverzekeraars maken onderling afspraken welke verzekeraar in welke regio het initiatief neemt om de onplanbare nachtzorg te contracteren bij de zorgaanbieder of de samenwerking van zorgaanbieders.
- Zorgverzekeraars contracteren de onplanbare nachtzorg op basis van congruent marktgedrag, dat betekent dat de zorgverzekeraars voor de regio dezelfde zorgaanbieder of de samenwerking van zorgaanbieders voor de onplanbare nachtzorg contracteren, als door de regio voerende zorgverzekeraar is overeengekomen.
- Zorgverzekeraars gaan in hun contractering zorgaanbieders beoordelen op hun bereidheid tot samenwerking met andere aanbieders in de regio op de onplanbare nachtzorg.
- Zorgverzekeraars maken de voortgang inzichtelijk van de regionale samenwerking voor de onplanbare nachtzorg en de wijze waarop samenwerking plaatsvindt. Zorgverzekeraars zorgen er dus voor dat inzichtelijk wordt in welke gemeenten de onplanbare nachtzorg nog onvoldoende is geregeld. De zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de opvolging in de betreffende regio.

### **Acties voor de zorgaanbieders**

Om ervoor te kunnen zorgen dat in 2020 de onplanbare nachtzorg binnen de inhoudelijke kaders in heel Nederland wordt geleverd, dienen de zorgaanbieders (deels al in 2019) de onderstaande acties op te pakken.

- Alle zorgaanbieders erkennen dat de onplanbare nachtzorg geen markt met concurrentie is, maar een acute voorziening die met zo hoog mogelijke kwaliteit zo efficiënt mogelijk vormgegeven dient te worden.
- Alle zorgaanbieders zijn verantwoordelijk om in de regio waar zij actief zijn de onplanbare



- nachtzorg te regelen binnen de landelijk geldende kaders. Zij geven het aanbod vorm in afstemming met de andere zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Tevens maken zij afspraken met de verantwoordelijkheden voor de personenalarmering over doorverwijzing.
- Zorgaanbieders komen per regio met een plan voor de onplanbare nachtzorg, met het beoogde doel dat er geen teams ondoelmatig naast elkaar blijven bestaan. Onderdeel van dit plan is een *business case*.
  - De zorgaanbieders concurreren niet op het 'hebben' van deze professionals in eigen dienst, maar werken samen om deze professionals gezamenlijk te behouden en op te leiden voor de onplanbare nachtzorg in de regio.
  - Zorgaanbieders ontwikkelen een systematiek om collega professionals en collega zorgaanbieders aan te spreken wanneer tijdens het leveren van de onplanbare nachtzorg de kwaliteit van zorg overdag onvoldoende of niet passend was. Andersom is het ook belangrijk dat deze systematiek bijdraagt aan het gezamenlijk evalueren hoe onplanbare nachtzorg voorkomen had kunnen worden op basis van signalen overdag.
  - De bereikbaarheid van de dienstdoende professionals in de onplanbare nachtzorg wordt vergoed zoals is afgesproken in de CAO VVT. Onbetaald bereikbaarheidsfunctie uitvoeren is niet mogelijk.

#### **Acties voor de zorgprofessionals én zorgaanbieders**

Om ervoor te kunnen zorgen dat in 2020 de onplanbare nachtzorg ook kwalitatief van het hoogst mogelijke niveau is, dienen de zorgprofessionals en zorgaanbieders de volgende uitgangspunten bij de inzet van professionals te hanteren.

- Voor het uitvoeren van de bereikbaarheidsfunctie in de wijkverpleging dient minimaal een verpleegkundige niveau 4 ingezet te worden. Deze professional dient minimaal twee jaar ervaring te hebben in de directe cliëntenzorg en bevoegd en bekwaam te zijn om te kunnen triageren en in acute situaties adequaat te kunnen handelen en opschalen.
- Als de beschikbaarheidsfunctie uit meerdere professionals bestaat, is het mogelijk om naast de verpleegkundige een verzorgende IG in te zetten. Deze moet hiervoor bevoegd en bekwaam zijn.
- Voor het uitvoeren van de onplanbare nachtzorg kan – indien de bereikbaarheidsfunctie door een verpleegkundige niveau 4 wordt uitgevoerd – een verzorgende IG worden ingezet. Dit is iemand die de hele nacht werkzaam is voor planbare zorg en afgaat op onplanbare oproepen. Van belang is dan wel dat de bereikbaarheidsfunctie achterwacht is en indien nodig inzetbaar. De regio-indeling is zodanig, dat er sprake is van een verantwoorde aanrijtijd.

#### **2.7. Acties om de onplanbare nachtzorg vanaf 2021 nog beter te laten functioneren**

Om te zorgen dat de onplanbare nachtzorg in 2021 nog beter functioneert, pakken zorgprofessionals en zorgaanbieders de volgende onderwerpen op voor 2021. Aan de basis van deze acties liggen regionale afspraken (in de keten) waar iedereen zich aan houdt.

- Zorgaanbieders gaan structureel binnen hun branche organisaties de goede voorbeelden delen van samenwerking. Voorbeelden kunnen regionaal best anders zijn, maar door ze te delen wordt de leerervaring en de gezamenlijke expertise groter.
- Zorgaanbieders investeren in de deskundigheidsbevordering van de professionals voor de

- onplanbare nachtzorg, ook vanuit het perspectief van de samenstelling van een team.
- Zorgaanbieders maken afspraken over nieuwe cliënten die gedurende de nacht nieuw in de zorg komen.
  - Toegang tot gegevens van cliënten en van mensen met een alarmeringsfunctie is essentieel voor het leveren van kwalitatief goede onplanbare nachtzorg. De bereikbaarheidsfunctie moet dan ook in het ECD van de betrokken cliënt kunnen kijken. Zorgaanbieders maken met elkaar een plan hoe in de regio dit specifiek voor de onplanbare nachtzorg geregeld kan worden.

## 2.8. Versterken van de ELV-coördinatie in 2020

Door de verschillende branchepartijen (ZN, ActiZ, LHV, Verenso) is overeenstemming bereikt over de omschrijving van een minimale set aan functionaliteiten waar de regionale functies aan dienen te voldoen. Deze omschrijving was randvoorwaardelijk om het gesprek over een transparante en uniforme bekostiging te kunnen voeren.

ActiZ en ZN hebben deze set eind april aangeboden aan het VWS. Eind april heeft het Zorginstituut het stuk, met de beschrijving van de vier functionaliteiten die minimaal uitgevoerd moeten worden, beoordeeld met behulp van het stuk over Algemene Dienstverlening t.b.v. verzekerde Zorg (ADZ). Dit is een conceptkader en/of beslisboom die een basis vormt voor het toekennen van budgetfinanciering van soortgelijke systeemfuncties als de regionale coördinatiefuncties. De beoordeling voor de regionale coördinatiefuncties was positief, hetgeen betekent dat er uitgekomen kan worden bij een aparte budgetfinanciering.

Op dit moment lopen de gesprekken over praktische uitvoerbaarheid van het conceptkader ADZ tussen ZN en VWS nog. Op korte termijn wordt hier meer duidelijk over. ActiZ is intensief bij het proces betrokken, gezien de noodzaak om op korte termijn (in ieder geval per 2020), een routing beschikbaar te hebben voor de bekostiging van de regionale coördinatiefuncties.

Op dit moment (11 juli 2019) vinden de gesprekken tussen veldpartijen en VWS plaats over de bekostiging van de ELV-coördinatie via de ADZ. Op basis van de huidige stand van zaken is niet de verwachting dat zonder aanvullende regelgeving vanuit VWS dit tot stand kan komen.

# Vier succesbepalende randvoorwaarden voor de toekomstbestendige wijkverpleging

### 3. Vier succesbepalende randvoorwaarden voor een toekomstbestendige wijkverpleging

Voor het verbeteren van de wijkverpleging kunnen zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars veel gezamenlijk oppakken, maar op een aantal cruciale onderwerpen is actie en/of duidelijkheid noodzakelijk, bijvoorbeeld van het ministerie van VWS, de ACM en de NZA. Hierbij gaat het om de volgende onderwerpen:

1. Instellen van criteria voor toelating van nieuwe en toetsing van bestaande zorgaanbieders
2. Mededingingswetgeving zit vooralsnog samenwerking niet in de weg
3. Fiscale wetgeving mag samenwerken niet belemmeren
4. Delen van cliëntgegevens is binnen de AVG mogelijk

Deze randvoorwaarden dragen, naast het versterken van de onplanbare nachtzorg en de ELV-coördinatie, ook bij aan het verbeteren van andere aspecten van de toekomstbestendige wijkverpleging. Een herkenbaar en aanspreekbaar team per wijk kan pas gerealiseerd worden als aan al deze vier randvoorwaarden is voldaan.

#### 3.1. Instellen van criteria voor toelating bestaande en nieuwe zorgaanbieders

Een belangrijke voorwaarde voor het een toekomstbestendige wijkverpleging is het (kunnen) toetsen van zorgaanbieders op hun bereidheid om afspraken te maken met andere partijen in de regio om de onplanbare nachtzorg onderling te organiseren. Het resultaat van de huidige toelatingscriteria is dat er een wildgroei is ontstaan van kleine aanbieders van wijkverpleging, die niet of nauwelijks worden getoetst en gecontroleerd op kwaliteit en bereidheid tot samenwerking. Een essentiële voorwaarde is dat de toegang tot zorg alleen mogelijk moet zijn voor aanbieders die in lijn met het kwaliteitskader wijkverpleging aantoonbaar en duurzaam in staat zijn om de zorg in samenhang te organiseren, de wijk waar ze werken goed kennen en samenwerkingsafspraken hebben gemaakt over het (digitaal) uitwisselen van gegevens. Nu is dit vaak (nog) niet het geval en dit zit het realiseren van een toekomstbestendige wijkverpleging in de weg.

De zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars roepen het ministerie van VWS op om gezamenlijk de toelatingscriteria voor de aanbieders van wijkverpleging aan te scherpen. Dit is noodzakelijk om te bewerkstelligen zodat alleen kwalitatief goede zorgaanbieders worden toegelaten.

#### 3.2. Mededingingswetgeving zit samenwerking vooralsnog niet in de weg<sup>1</sup>

De mededingingswetgeving en het toezicht van de ACM (Autoriteit Consument en Markt) lijkt geen belemmering te zijn voor het aangaan van samenwerking tussen zorgaanbieders voor de onplanbare nachtzorg en de ELV-coördinatie.

---

<sup>1</sup> Op de vraag of mededingingswetgeving samenwerking tussen zorgaanbieders in de weg zit is een juridische toets gedaan door Maverick Advocaten N.V.

Voor de onplanbare nachtzorg is er in principe vanuit de Mededingingswet geen bezwaar om regionaal afspraken te maken over het gezamenlijk organiseren van de onplanbare nachtzorg. Dit nu de onplanbare nachtzorg een relatief klein deel is van het totaal aan geleverde wijkverpleging. Daarbij zijn er diverse redenen te noemen waarom samenwerking op het vlak van onplanbare nachtzorg en ELV coördinatie leidt tot een meer efficiënte allocatie van middelen en de voordelen van die samenwerking te cliënten ten goede zullen komen. Er kunnen dus vooralsnog afspraken worden gemaakt tussen zorgverzekeraars en aanbieders in de regio voor de onplanbare nachtzorg en de ELV-coördinatie, zonder dat zij hierbij in problemen komen met de ACM (Autoriteit Consument en Markt).

Een bestaande informele zienswijze van de ACM over samenwerking in de acute thuiszorg geeft een beeld bij de kaders waarbinnen zorgverzekeraars en aanbieders kunnen handelen als het gaat om samenwerking bij onplanbare/acute zorg. Zo is het bijvoorbeeld een voorwaarde dat er bij een dergelijk samenwerking geen zorgaanbieders -anders dan o.b.v. objectieve, transparante en non discriminatoire criteria – kunnen worden uitgesloten van regionale afspraken over het onderling organiseren van onplanbare nachtzorg. Ook weten we dat mededingingsregels geen instrument zijn om zorgaanbieders te verplichten regionale afspraken te maken. Dat gezegd hebbende is er nog wel een algemene toets of reactie nodig van de ACM wat nu precies de kaders zijn waarbinnen alle noodzakelijke afspraken op het vlak van onplanbare nachtzorg en ELV coördinatie gemaakt kunnen worden per regio.

Een officiële reactie van ACM, bijvoorbeeld op basis van een informele zienswijze, kan zorgaanbieders en zorgverzekeraars het waar gewenst comfort om deze samenwerkingsverbanden ook daadwerkelijk aan te gaan. Voor meer comfort van zorgaanbieders en zorgverzekeraars is het een optie om verschillende modellen individueel te laten toetsen door de ACM.

### 3.3. Fiscale wetgeving mag samenwerking niet beperken

Over de BTW aspecten van samenwerking in (met name) de wijkverpleging, waarbij tegen betaling personeel van zorgaanbieders wordt ingezet voor cliënten van andere zorgaanbieders, vindt momenteel overleg plaats tussen ActiZ en de ministeries VWS en Financiën. Daarin is de urgentie van de problematiek, gegeven de snelle ontwikkelingen in het werkveld op dit gebied, door alle partijen erkend en onderkend. Aan de hand van (anoniem) gemaakte casuïstiek wordt momenteel in het overleg bezien of hier een oplossing voor te vinden is. Als dit niet of onvoldoende het geval blijkt te zijn, dan wordt dit probleem op hoog (kabinets)niveau gebracht.

### 3.4. Gegevens delen binnen de kaders van de AVG

Voor het versterken van de onplanbare nachtzorg is het essentieel dat professionals en zorgaanbieders toegang hebben tot het EPD of ECD van de zorgaanbieders waar de cliënt in zorg is. Dan kunnen bij de uniforme triage de relevante zorginhoudelijke gegevens van de cliënt betrokken worden, zodat de triage voor de cliënt kwalitatief veel beter is. In principe lijkt deze toegang tot het EPD of ECD toegestaan in het geval de inzage in elkaars cliëntgegevens is vastgelegd in een overeenkomst. Hierbij geldt dat de cliënt op de hoogte is van wie er inzage heeft, hiervoor expliciet toestemming heeft gegeven en de cliënt altijd de mogelijkheid heeft om deze toestemming weer in te trekken.

Een bindende juridische uitspraak of regelgeving vanuit de Autoriteit Persoonsgegevens is noodzakelijk om zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars de zekerheid te geven dat ze binnen de samenwerking voor de wijkverpleging niet handelen tegen de AVG.