

WWW.TRANSITIEPROGRAMMA.NL



maatschappelijke Business Case (mBC)

Van Solex naar Laptop

15-12-2010



Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	6
1. Inleiding	8
1.1 Maatschappelijke Business Case: doel en achtergrond	8
1.2 Van Solex naar Laptop: thuiszorg in transitie	8
1.2.1. Maatschappelijke opgave	8
1.2.2. Het experiment	10
1.2.3. Vernieuwende aanpak	10
1.2.4. Transitiestappen	12
1.3 Ambities, beperkingen en keuzes	12
1.4 Leeswijzer	13
2. Cliëntenperspectief (CP)	15
2.1 Vraagbaak	15
2.2 Keukentafelgesprek	16
2.3 Preventieve interventies	17
2.4 Coördinatie van zorg	17
2.5 Uitvoering verpleegkundige zorg	18
2.6 Conclusie: de meerwaarde van 'Van Solex naar Laptop'	19
2.6.1 De meerwaarde voor de cliënt	19
2.6.2 De meerwaarde voor de wijkverpleegkundige	19
2.6.3 De meerwaarde voor de medewerker Verzorging & Verpleging (V&V)	19
2.6.4 De meerwaarde voor de zorginstellingen	19
2.6.5 De meerwaarde voor de huisartsen	19
2.6.6 De meerwaarde voor de gemeente	20
3. Business Model (BM)	21
3.1. Product en dienst	21
3.1.1 Nieuwe producten en diensten	21
3.1.2 Bestaande producten en diensten	22
3.2 Waardepropositie	23
3.2.1 Nieuwe producten en diensten	23
3.2.2 Bestaande producten en diensten	23
3.3 Doelgroepen	24
3.3.1 Wijkanalyse	24
3.3.2 (Kwetsbare) cliënten zonder indicatie	24
3.3.3 Cliënten met indicatie Persoonlijke Verzorging (PV)	25
3.3.4 Cliënten met indicatie Verpleging (VP)	25
3.3.5 Mantelzorgers	25
3.4 Distributiekkanalen	26
3.5 Relatie	26
3.5.1 Versterking van de relatie	27
3.5.2 Rollen binnen 'Van Solex naar Laptop'	27
3.6 Infrastructuur	27
3.6.1 Juridische en organisatorische structuur	28
3.6.2 Teamsamenstelling	29
3.6.3 Brutomargemodel	31
3.7 Kernactiviteiten	32

3.7.1	Nieuwe producten en diensten	32
3.7.2	Bestaande producten en diensten	33
3.8	Kerncapaciteiten	33
3.8.1	Kerncapaciteiten wijkverpleegkundige	33
3.8.2	Capaciteiten materieel	34
3.9	Samenwerkingsverbanden	35
3.9.1	Gemeente	35
3.9.2	Huisarts	35
3.9.3	Zorgkantoor	35
3.9.4	Welzijnsorganisatie	35
3.9.5	Woningbouwvereniging	35
3.9.6	Zorgverzekeraar	36
3.10	Conclusies: Aannames, Continuïteit & Kopieerbaarheid	36
3.10.1	Minimale basisvereisten & kritieke succesfactoren	36
3.10.2	Risico's	37
3.10.3	Continuïteit	38
3.10.4	Kopieerbaarheid	38
4.	Organisatorische case (OC)	40
4.1	Huidige financiële situatie in innovatiefase	40
4.1.1	Startinvestering	40
4.1.2	Kostenopbouw	40
4.1.3	Opbrengsten en subsidies	42
4.2	Ontwikkeling kostenopbouw structuur en financiële resultatentabel 2011-2015	43
4.3	Risico's en gevoeligheid	43
4.4	Knelpunten in de financiering	43
4.4.1	Knelpunten in financiering van de drie nieuwe producten (vraagbaak, keukentafelgesprek en preventieve interventies)	43
4.4.2	Knelpunten in financiering van de twee bestaande producten (coördinatie van PV en VP en uitvoering van zorg)	44
4.5	Conclusies	45
5.	Maatschappelijke Case (MC)	47
5.1	Maatschappelijk rendement	47
5.2	Stakeholders: Kwalitatieve effecten	48
5.3	Stakeholders: Kwantitatieve effecten	50
5.3.1	Zorgkantoor	50
5.3.2	Gemeente	51
5.3.3	Omring Thuiszorg	51
5.3.4	Huisarts	52
5.4	Stakeholders: Impact	53
5.4.1	Maatschappelijk rendement per jaar	53
5.4.2	Impactbeoordeling	54
5.5	Kansen en risico's	55
5.5.1	Risico's	55
5.5.2	Kansen	55
5.6	Conclusies	56
6.	Conclusie: Maatschappelijke Business Case (mBC)	58
6.1	Terug naar de kern: de cliënt	58
6.2	De mBC Organisatorische en maatschappelijke case	59
6.3	Risico's en kritieke succesfactoren	60

6.3.1	Risico's	60
6.3.2	Kritische succesfactoren	60
6.4	Conclusies en aanbevelingen	61
	Gebruikte afkortingen/terminologie	63
	Dankwoord	63
	Bronvermelding	64
	Contactpersonen	64

Voorwoord

De maatschappelijke businesscase van het project 'Van Solex naar Laptop' laat zien dat de vroegere rol van de wijkverpleegkundige in een nieuwe gedaante maatschappelijk grote meerwaarde kan hebben. Als een wijkverpleegkundige functioneert in nauw contact met een relevant maatschappelijk netwerk kan zij haar cliënten heel gericht kosteneffectieve interventies adviseren waardoor zij langer zelfstandig thuis kunnen wonen met minder zorg.

Dat is iets wat wij al vermoedden, omdat wij weten dat de wijkverpleegkundige gemakkelijk toegang krijgt in thuissituaties en - dus - in het leven van mensen en omdat het coördineren erg bij haar natuurlijke rol hoort. De wijkverpleegkundige is namelijk niet alleen medisch georiënteerd, maar heeft ook zicht op de andere domeinen van cliënten als de zelfredzaamheid, de participatiemogelijkheden en de sociale omgeving.

Het is van het grootste belang dat er op korte termijn financiële faciliteiten komen die deze bijdragen door de wijkverpleegkundige mogelijk maken. Het bezoek thuis (het keukentafelgesprek), het kunnen organiseren en coördineren van preventieve interventies en het beschikbaar zijn voor vragen van wijkbewoners, zijn activiteiten die de AWBZ niet als functies kent en waarvoor geen tarief bestaat. En zonder financiering kunnen we deze werkwijze niet handhaven.

Bovendien gaat er de komende jaren een aanzienlijke schaarste ontstaan. Door de "dubbele vergrijzing", dat wil zeggen ontgroening en vergrijzing, ontstaat er binnen een paar jaar een tekort aan verzorgenden en verpleegkundigen, überhaupt aan dienstverleners. Dat tekort zal zich daarna nog enkele decennia toenemen. Een indicatie van de omvang van het tekort dat zal ontstaan is dat er in 2025 in het werkgebied van Omring (West-Friesland en de Kop van Noord-Holland) circa 80% meer 75+ ers zullen zijn en minder verzorgenden.

De verdeling van schaarse uren zorg- en dienstverlening zal niet, gegeven de grote verschillen die er tussen buurten en wijken bestaan, ergens ver weg bepaald kunnen worden, maar zal gericht op buurt- en wijkniveau moeten gebeuren. Daarbij zijn diverse maatschappelijke partijen (gemeente, zorgaanbieder, woningbouwverenigingen, maatschappelijk werk, etc.) natuurlijk betrokken. Een professional als de wijkverpleegkundige kan heel goed een belangrijke rol in de toedeling van schaarse middelen rondom zorg thuis vervullen en interventies voorstellen die de "escalatie" van de zorgvraag afremt.

De Maatschappelijke Business Case bewijst zo niet alleen zijn nut voor nu, maar vooral ook voor een iets verdere toekomst met mogelijk ernstige schaarsteproblemen die we nu nog nauwelijks kennen.

Victor van Dijk
Voorzitter Raad van Bestuur Omring

Samenvatting

'De oude wijkzuster is weer terug' was een telkens terugkerende reactie die we kregen in het kader van dit experiment.

Dit document beschrijft de *maatschappelijke Business Case* (mBC) van 'Van Solex naar Laptop'. Dit is een levend document. Er wordt als het ware door een vergrootglas een blik geworpen op de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige van Omring Thuiszorg in de dorpjes Middenmeer en Slootdorp in de Kop van Noord-Holland. De aanleiding voor deze businesscase was de herstructurering inclusief de komst van een dorpsgezondheidscentrum in Middenmeer, de ontgroening en vergrijzing, de bureaucratisering in de zorg en de verminderde aandacht voor de zorgprofessional.

De wijkverpleegkundige uit de tijd van 'de solex' is voorbij. In de moderne tijd van 'de laptop' is zij weer, net als vroeger, aangesteld als een zichtbare schakel in de wijk. In dit experiment zijn drie nieuwe producten ontwikkeld: Vraagbaak (het wijkverpleegkundig spreekuur) (1), het Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3). Bij deze producten is expliciete aandacht voor het versterken van het sociale steunsysteem van de cliënt en voor het vroegsignaleren van gezondheidsrisico's. De twee wijkverpleegkundigen in het team Verpleging & Verzorging (V&V) leveren deze drie producten bovenop hun reguliere werk in de thuiszorg. Dit kost in de genoemde dorpen samen netto ongeveer 5 uur per week. De uitvoer van de drie nieuwe producten zijn onlosmakelijk verbonden met de reguliere taken. Deze vallen dus niet los te knippen van de functie van wijkverpleegkundige of te verdelen over andere professionals in de wijk. In dat geval is de meerwaarde van de drie nieuwe producten niet meer aanwezig.

Voor deze werkwijze is het noodzakelijk dat er aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. Om te beginnen is het belangrijk dat de wijkverpleegkundige weer haar hele netwerk met ketenpartners (sociale kaart) in de wijk opbouwt. Zij heeft een centrale rol in het lokale integrale ketenoverleg in de eerstelijns. Het weder opbouwen van de sociale kaart in de startfase kost ongeveer 40 uur per wijkverpleegkundige. Zij is intern aangesteld als vaste contactpersoon en zichtbare schakel voor het team V&V en extern voor de ketenpartners. Het team V&V heeft een omvang van circa 15 medewerkers variërend van niveau 2 tot en met 5. Dit team heeft een grote mate van zelfsturing en levert voor elke cliënt een vaste contactpersoon. De wijkverpleegkundige werkt op Hbo-niveau en heeft aanvullende scholing gehad in motiverende gesprekstechnieken.

In deze maatschappelijke businesscase zijn onderbouwde aannames gedaan ten aanzien van deze nieuwe werkwijze. Zo draagt zij bij aan het uitstellen van een opname in het verpleeg- en verzorgingshuis, neemt het benodigd aantal uren thuiszorg af, wordt het aantal (crisis)consulten bij de huisarts beperkt, vermindert het aantal bezoeken van burgers met complexe vragen aan het WMO-loket, en vermindert het ziekteverzuim en het verloop van wijkverpleegkundigen in de thuiszorg. Naast dit maatschappelijk rendement wordt in deze businesscase tevens een financiële onderbouwing van deze nieuwe werkwijze gepresenteerd.

De continuering van de uitvoer van de drie nieuwe producten Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3) in 2011 is nog niet zeker. Hiertoe is nog geen structurele financiering gevonden. De randvoorwaarden van deze werkwijze, zoals het aanstellen van de wijkverpleegkundige als een zichtbare schakel in de wijk, het kleinschalig en meer zelfsturend organiseren van teams V&V en de aanstelling van een vaste contactpersoon voor elke cliënt, worden verder ontwikkeld. In beginsel wordt de invoering hiervan uitgerold in de gehele thuiszorgorganisatie van Omring. Dit gebeurt in het kader van 'In voor Zorg', een stimuleringsprogramma van VWS voor organisaties in de langdurige zorg.

De belangrijkste risico's uit het model 'Van Solex naar Laptop' zijn: het niet gefinancierd krijgen van de drie producten Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3), het losknippen van deze drie producten van de wijkverpleegkundige waardoor de meerwaarde van dit concept verdwijnt en de marktwerking waardoor er overlap van de drie producten dreigt en er afstemming noodzakelijk is.

De belangrijkste kansen uit dit model zijn: de cliënt is meer zelfredzaam en ontvangt laagdrempelig adequate hulp, de wijkverpleegkundige werkt als een zichtbare schakel in de wijk en de samenwerking met ketenpartners wordt verbeterd.

Als de kosten van 'Van Solex naar Laptop' tegen de financiële effecten worden afgezet, wordt een financieel rendement bereikt van € 72.790,00 per jaar op experimentniveau. Als de rendementen worden geëxtrapoleerd naar het niveau van de fusiegemeente Hollands Kroon zien we een rendement van € 388.214,00 per jaar. Voor geheel West-Friesland en de Kop van Noord-Holland betreft het rendement € 1.552.856,00 per jaar. Gezien deze bedragen verdient het aanbeveling om de aannames waarop deze effecten gestoeld zijn nader te onderzoeken.

1 Inleiding

Dit document beschrijft de *maatschappelijke Business Case* (mBC) van 'Van Solex naar Laptop', een innovatief kleinschalig thuiszorgconcept gebaseerd op de wijkverpleegkundige als een 'zichtbare schakel' in de wijk. Deze mBC beschrijft vanuit verschillende perspectieven een totaalbeeld van 'Van Solex naar Laptop'. Dit levert inzichten op ten aanzien van de inhoud en de meerwaarde van het organisatieconcept, de continuïteit van dit concept in termen van beleid en de financiering, en de borging ervan in de toekomst van de thuiszorgorganisatie Omring.

1.1 Maatschappelijke Business Case: doel en achtergrond

Een mBC is een gestructureerde kosten-baten afweging waarin het economische én het maatschappelijke nut samenkomen. De aanpak en werkwijze van 'Van Solex naar Laptop' is binnen de huidige beleids- en financieringssystematiek (nog) niet gewaarborgd. Door vooruit te kijken naar een volwassen situatie maakt deze mBC echter inzichtelijk hoe het organisatiemodel van 'Van Solex naar Laptop', in de (nabije) toekomst, in het licht van een breder maatschappelijke perspectief niet alleen bestaansrecht heeft, maar dat het zelfs een belangrijke meerwaarde levert voor alle betrokken belanghebbenden, te beginnen bij de cliënt. Hierbij worden de kosten afgezet tegen de te verwachten maatschappelijke baten. Zo heeft de maatschappij bijvoorbeeld baat bij de substitutie van formele zorg door mantelzorg of het voorkomen van dure zorg en opnames door preventie. Deze baten worden geschat en gekwantificeerd door analyse van onderzoeksgegevens, literatuur en bijdragen van experts. Omdat er van de wenselijke situatie over vijf jaar wordt uitgegaan, betekent dat op onderdelen in deze mBC wordt uitgegaan van aannames.

Door een inzicht in de reële kosten van nieuwe diensten van 'Van Solex naar Laptop' en hun potentiële waarde in maatschappelijke baten kan een vergelijking gemaakt worden met de huidige situatie anno 2010. Op deze wijze krijgen stakeholders en potentiële financiers een zo breed en concreet mogelijk inzicht in de levensvatbaarheid, het functioneren en de positieve effecten van het organisatiemodel dat binnen 'Van Solex naar Laptop' werd ontwikkeld.

Het uiteindelijke doel van deze notitie is om met beleidsmakers van de gemeentelijke en eventueel ook landelijke politiek en met stakeholders in gesprek te gaan over het organiseren van duurzame langdurige thuiszorg, meer specifiek over het versterken van de wijkverpleegkundige als professional met een centrale rol in dit krachtenveld. Deze maatschappelijke Business Case kan een bijdrage leveren aan de visie- en beleidsvorming op regionaal niveau op de korte termijn en op lange termijn op sectorniveau.

1.2 Van Solex naar Laptop: thuiszorg in transitie

Binnen 'Van Solex naar Laptop' wordt kleinschalig 24-uurs thuiszorg aangeboden in kleine dorpskernen, waarbij de wijkverpleegkundige een coördinerende rol vervult en de 'zichtbare schakel' in de wijk vormt. Zij legt nadrukkelijk verbinding tussen wonen, welzijn en zorg, waarbij de eigen regie van de cliënt wordt bevorderd, het sociale steunsysteem van de cliënt wordt versterkt en het beroep op zorg afneemt.

1.2.1 Maatschappelijke opgave

'Van Solex naar Laptop' biedt een oplossing voor diverse problemen die zich in de praktijk en organisatie van de bestaande thuiszorg presenteren. Deze zijn het resultaat van wettelijke, demografische, sociaal maatschappelijke en professionele ontwikkelingen die onderling sterk samenhangen:

Wettelijke en beleidsontwikkelingen:

Bij ongewijzigd beleid zijn naar verwachting over twintig jaar de AWBZ-kosten financieel niet meer op te brengen. De functie verpleging thuis raakt versnipperd over meerdere stelsels. Er is daarnaast een trend zichtbaar dat steeds meer maatschappelijke zorg- en welzijnstaken onder de verantwoordelijkheid van de gemeente komen te vallen. De gemeente heeft echter beperkt zicht op de wijk en de complexe problematiek die er heerst, waardoor zij onvoldoende in staat blijkt om te komen tot een pragmatische formulering en uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid. Hiermee hangt samen de toenemende belangstelling voor vroegsignalering en preventie: waar zorg tot op heden vaak als een oplossing voor een probleem wordt ervaren, wordt de gedachte dat je verslechtering van de gezondheid ook vóór kunt zijn door proactief en preventief te handelen, steeds meer gemeengoed en leidend. In het leven van het individu maar ook in de vorming van beleid.

Demografische ontwikkelingen:

Er is sprake van een toenemende ontgroening van met name de landelijke gebieden. Er komen relatief minder arbeidskrachten, in de zorg, maar ook in andere domeinen en jongeren trekken vanuit het dorp naar de stad. Het platteland dreigt te ontvolken. Daarnaast neemt de vergrijzing van de samenleving toe van 14% in 2010, tot 21% in 2015 en 25% in 2040. Er komen meer ouderen waarmee het beroep op verzekeringen toeneemt.

Sociaal maatschappelijke ontwikkelingen:

De samenleving verandert onder invloed van economische, culturele en politieke ontwikkelingen. Toenemende individualisering en ontkerkelijking hebben bijvoorbeeld effect op de keuzen ten aanzien van zorg die mensen hebben en maken. Zo is de zogenaamde 'dank-jewel-generatie' voorbij en zullen toekomstige cliënten zich steeds mondiger opstellen, meer kennis bezitten en meer zelfregie nemen in het eigen leven. Dit hangt ook samen met het uiteenvallen van sociale verbanden waar mensen zich steeds minder in geborgen weten: mensen zijn steeds meer op zichzelf teruggeworpen en weten elkaar niet meer te vinden, laat staan dat ze weten waar te beginnen als er een zorgbehoefte ontstaat. Gecombineerd met het dalende voorzieningenniveau op het platteland en de behoefte van mensen om zo lang mogelijk in de eigen omgeving te kunnen blijven wonen, nopen deze ontwikkelingen tot nieuwe integrale oplossingen waarbij ook de domeinen wonen en welzijn betrokken worden.

Professionele ontwikkelingen:

In de zorgsector is lange tijd sprake geweest van toenemende bureaucrativering, schaalvergroting en het opknippen van zorgprocessen: de prikkel tot kostenbeheersing en controle van de werkprocessen leiden daarmee tot afnemende waardering voor de individuele professional. Het van oorsprong brede beroep van de wijkverpleegkundige wordt steeds minder interessant. Zij verricht nauwelijks meer traditionele taken, zoals het beantwoorden van vragen van burgers, de uitvoering van preventieve interventies, vroegsignalering en de doorverwijzing en ondersteuning van de sociale steunstructuur van de cliënt en de burger. Dit terwijl de praktijk leert dat de wijkverpleegkundige vooral een meerwaarde kan leveren op het gebied van het integraal organiseren van de multidisciplinaire zorg rondom de cliënt.

VWS stelt daarnaast dat het beroep van verpleegkundige en de AWBZ-functie 'Verpleging' niet aan elkaar gelijk zijn. De wijkverpleegkundige is volgens VWS 'een voornaam samenbindend element tussen langdurige zorg, welzijn, eerste lijn en ziekenhuiszorg'. Ook stelt VWS dat 'de wijkverpleegkundige hiervoor bij uitstek geschikt is en dat zij traditioneel de enige is, die met regelmaat achter de voordeur van cliënten met (complexe) gezondheidsproblemen komt'.

De AWBZ-functie 'Verpleging' daalt al tot onder de 20% ten opzichte van het aantal indicaties van de AWBZ-functie 'Persoonlijke Verzorging' (ruim 80%). De huidige financiering is ontoereikend voor de inzet van de wijkverpleegkundige zoals VWS dit voorstaat: deze

verbinding kan nauwelijks meer worden vormgeven, de taken van de wijkverpleegkundige worden zelfs steeds meer uitgehouden. Het LOC, de NPCF en V&VN waarschuwen ervoor dat verpleging thuis hierdoor 'riskant verzwakt raakt'.

1.2.2 Het experiment

'Van Solex naar Laptop' is een relatief klein innovatieproject dat als één van de experimenten meedraait in de tweede ronde van het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg (www.transitieprogramma.nl). Kenmerkend voor deze experimenten, en daarmee dus ook voor 'Van Solex naar Laptop', is dat zij op zoek gaan naar innovatieve duurzame oplossingen die radicaal breken met de bestaande structuren, culturen en werkwijzen in de zorg. Met het project 'Van Solex naar Laptop' wordt een aanpak en een werkwijze ontwikkeld waarmee Omring als bestaande traditionele thuiszorgorganisatie mee kan bewegen met de bestaande en toekomstige wensen en behoeften op het gebied van zorg thuis: deze is kleinschalig georganiseerd vanuit de wijk, met de cliënt in het centrum van de aandacht, de professionals als kundige begeleider van het zorgproces en de organisatie als ondersteunend aan de bestaande sociale structuur in de wijk en aan de relatie tussen professionals en de cliënt.

Deze manier van werken en organiseren onderscheidt zich van het bestaande door de toevoeging van een aantal nieuwe producten die de wijkverpleegkundige aanvullend op de reguliere uitoefening van haar beroep uitvoert. Daarnaast wordt duidelijk dat ook bestaande activiteiten en diensten door het organisatieconcept worden beïnvloed.

1.2.3 Vernieuwende aanpak

Het organisatieconcept 'Van Solex naar Laptop' onderscheidt zich op drie aspecten van de huidige aanpak en werkwijze in de thuiszorg:

1. Ten eerste ligt er een andere visie op de thuiszorg aan ten grondslag;
2. Voorts worden in het project drie nieuwe producten aangeboden;
3. En in de derde plaats verschilt de wijze van levering (randvoorwaarden) van deze producten.

In onderstaande tabellen worden de onderscheidende kenmerken op deze drie aspecten uiteengezet. Daarbij wordt duidelijk hoe deze afwijken van het klassieke beeld van thuiszorg in de jaren 50/60 van de vorige eeuw, hoe Omring de thuiszorg vorm geeft anno 2010 en hoe deze eruit ziet volgens de visie van 'Van Solex naar Laptop'.

Tabel 1.2.3.1: De visie op thuiszorg.

Visie op thuiszorg		
Verleden: rond 1950	Heden: 2010	'Van Solex naar Laptop': 2015
Zelfredzaamheid cliënt (stimulering zelfzorg)	Recht op zorg	Zelfredzaamheid cliënt (stimulering zelfzorg)
Wonen=> Welzijn=>Zorg (maatschappelijke en zorginhoudelijke focus)	Zorg leveren conform indicatie (zorginhoudelijke focus)	Wonen=> Welzijn=>Zorg (maatschappelijke en zorginhoudelijke focus)

Tabel 1.2.3.2: De producten van de wijkverpleegkundige.

Producten		
Verleden: rond 1950	Heden: 2010	'Van Solex naar Laptop': 2015
Vraagbaak (onder andere wijkverpleegkundig spreekuur)	Vraagbaak: niet van toepassing	Vraagbaak (onder andere wijkverpleegkundig spreekuur)
Keukentafelgesprek en versterken sociaal steunsysteem (outreaching huisbezoek)	Keukentafelgesprek: niet van toepassing. Versterken sociaal steunsysteem: alleen indien mogelijk binnen de CIZ-indicatie	Keukentafelgesprek en versterken sociaal steunsysteem (outreaching huisbezoek)
Preventieve interventies wijkgericht	Preventieve interventies centraal (mits subsidie ZonMw-Preventie)	Preventieve interventies wijkgericht
Uitvoering Verpleging en Verzorging	Uitvoering Verpleging	Uitvoering Verpleging en deels verzorging
Coördinatie Verpleging & Verzorging	Coördinatie Verpleging	Coördinatie Verpleging & Verzorging

Tabel 1.2.3.3: De randvoorwaarden voor levering van producten door de wijkverpleegkundige.

Randvoorwaarden		
Verleden: rond 1950	Heden: 2010	'Van Solex naar Laptop': 2015
Klein buurtgericht team Gezinsverzorging en klein buurtgericht team Wijkverpleging	Groot team V&V	Klein buurtgericht team V&V
Wijkverpleegkundige is vast contactpersoon naar ketenpartners	Elke medewerker V&V communiceert met ketenpartners	Wijkverpleegkundige is vast contactpersoon naar ketenpartners
Wijkverpleegkundige coördineert Verpleging & Verzorging	Wijkverpleegkundige coördineert Verpleging	Wijkverpleegkundige coördineert Verpleging & Verzorging
Wijkverpleegkundige kent sociale kaart met betrekking tot wonen, welzijn en zorg	Wijkverpleegkundige kent sociale kaart met betrekking tot zorg	Wijkverpleegkundige kent sociale kaart met betrekking tot wonen, welzijn en zorg
Wijkverpleegkundige organiseert lokaal multidisciplinair overleg	Nauwelijks van toepassing	Wijkverpleegkundige organiseert lokaal multidisciplinair overleg
Wijkverpleegkundige heeft Hbo-niveau	Wijkverpleegkundige heeft Hbo-niveau	Wijkverpleegkundige heeft Hbo-niveau.
Niet van toepassing.	Niet van toepassing.	Wijkverpleegkundige adviseert gemeente bij lokaal gezondheidsbeleid
Niet van toepassing	Wijkverpleegkundige beschikt over internet op kantoor	Wijkverpleegkundige heeft laptop en beschikt over internet
Niet elke cliënt heeft vast contactpersoon	Niet elke cliënt heeft vast contactpersoon	Elke cliënt heeft vast contactpersoon
Wijkverpleegkundige draait 7 dagen per week 24-uurs bereikbare dienst	Een centraal team gespecialiseerd verpleegkundigen draait conform CAO bereikbare dienst	Een centraal team gespecialiseerd verpleegkundigen draait conform CAO bereikbare dienst
Wijkverpleegkundige stelt zelf indicaties	De wijkverpleegkundige vraagt indicaties aan. Het CIZ stelt indicaties vast	De wijkverpleegkundige krijgt uitgebreidere bevoegdheden tot aanvragen indicaties en het inzetten van zorg. Het CIZ stelt indicaties vast

Uit de bovenstaande tabellen blijkt dat binnen het organisatieconcept "Van Solex naar Laptop" elementen van het verleden en het heden worden gecombineerd tot een nieuwe taak, rol en functie.

'Van Solex naar Laptop' is als titel van het experiment gekozen om aan te geven dat Omring een transitie in de thuiszorg en in de professie van de wijkverpleegkundige voorstaat. Het beeld dat Omring heeft van de wijkverpleegkundige van vroeger, is dat zij op haar solex door de wijk reed. Alle burgers in haar wijk kenden haar en andersom ook. Zij draaide dag, avond- en nachtdiensten, deed het spreekuur van het consultatiebureau en voerde alle zorg in de wijk uit met hulp van een kleine groep collega's. Ze had oog voor kwetsbare mensen en trok bij de juiste hulpverlener of instantie aan de bel als het nodig was of ging gelijk zelf aan de slag. Sinds deze tijd is er veel veranderd, maar de zorgzame en dienstbare kenmerken worden nog steeds van groot belang geacht. Anno 2010 is het echter onmogelijk geworden om op deze manier te werken. Toch heeft Omring gezocht naar een mogelijkheid om de waardevolle functie van de wijkverpleegkundige in ere te herstellen, waarbij deze wordt aangepast aan de moderne eisen van deze tijd, met gebruikmaking van technologie van vandaag de dag. Zo kan het zijn dat de wijkverpleegkundige anno 2015 wordt geassocieerd met een Laptop in plaats van een Solex.

1.2.4 Transitiestappen

Het organisatieconcept 'Van Solex naar Laptop' veronderstelt een aantal fundamentele veranderingen, transitiestappen ten opzichte van de bestaande praktijk en organisatie in de thuiszorg:

1. De teams Verpleging & Verzorging worden kleinschalig buurtgericht georganiseerd, bestaande uit circa 15 medewerkers en met zo veel mogelijk zelfsturing;
2. De wijkverpleegkundige werkt vanuit dit team V&V;
3. Elke thuiszorgcliënt krijgt een vaste contactpersoon (ook wel Eerst Verantwoordelijk Verzorgende/Verpleegkundige (EVV-er) genoemd);
4. De wijkverpleegkundige gaat persoonlijk contact aan met ketenpartners in de eigen wijk en bouwt haar netwerk (sociale kaart) in de wijk op;
5. De wijkverpleegkundige communiceert over haar nieuwe rol en de nieuwe producten;
6. De wijkverpleegkundige start met integraal multidisciplinair overleg in de eigen wijk;
7. De wijkverpleegkundige start met producten vraagbaak en keukentafelgesprek (inclusief vroegsignalering en versterken sociaal steunsysteem);
8. De wijkverpleegkundige voert preventieve interventies in de eigen wijk uit;

1.3 Ambities, beperkingen en keuzes

Met deze mBC wil Omring laten zien hoe de nieuwe werkwijze en organisatie, waarmee geëxperimenteerd wordt binnen het experiment 'Van Solex naar Laptop' eruit ziet in de toekomst en hoe zij bijdraagt aan economisch volhoudbare, mensgerichte en maatschappelijk ingebedde zorg.

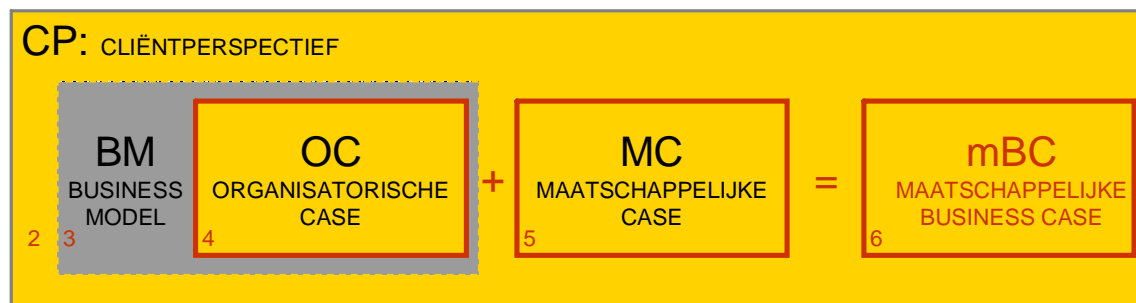
Ondanks de relatief korte experimenteerperiode van ruim twee jaar, kan op basis van de ervaringen en lessen die zijn opgedaan in het experiment, toch een goed beeld worden gegeven van het organisatieconcept. Het experimenteerproces bestaat uit het vergelijken, kiezen, bijsturen en aanscherpen van diensten, kosten, prijzen en waarde. Door de mBC steeds te voeden met de inzichten die dit oplevert en ook hierin, net als in het experimenteerproces zelf de verschillende stakeholders te betrekken worden de aannames steeds beter gefundeerd. Zo kan dit levende document een bijdrage leveren aan de structurele inbedding ervan in regulier

beleid en kunnen financieringsmogelijkheden worden gezocht waarmee het organisatiemodel levensvatbaar wordt.

Binnen dit proces is de eerste versie van deze mBC tot stand gekomen. De nadruk op de werkwijze en bouwstenen legt een basis voor verdere analyse en uitbouw van het concept in latere versies. Tevens schept dit de mogelijkheid in dit stadium de gewenste eerste analyse te maken op de succesfactoren, kansen, risico's, de continuïteit en de kopieerbaarheid van 'Van Solex naar Laptop'.

1.4 Leeswijzer

De maatschappelijke Business Case kent een logische opbouw waarin vijf onderling verbonden perspectieven samenkomen tot één gedeelde kosten-baten afweging van 'Van Solex naar Laptop'. De structuur van deze opbouw is in de volgende figuur weergegeven:



Figuur 1.4.1: mBC: kosten-baten analyse waarin het economische én het maatschappelijk nut samenkomen.

Hoofdstuk 2 begint met 'Van Solex naar Laptop' te beschrijven vanuit de ogen van de cliënt. De cliënt is binnen het Transitieprogramma het uitgangspunt bij het beoordelen van de waarde van zorg en welzijn. De vraag die dit hoofdstuk beantwoordt is hoe 'Van Solex naar Laptop' de behoeften van de cliënt vervult en hoe zij waarde creëert bij het verlenen van diensten aan cliënten.

Hoofdstuk 3 beschrijft vervolgens het Business Model: wat is 'Van Solex naar Laptop' wel, wat is het niet en waar wordt de waarde gecreëerd? Hier zijn de diensten en producten beschreven, de doelgroep, de minimale basisvereisten om 'Van Solex naar Laptop' neer te zetten en haar kritieke succesfactoren.

Zoals bovenstaande figuur weergeeft omsluit het Business Model de Organisatorische Case, die in Hoofdstuk 4 aan bod komt. De minimale basisvereisten in capaciteiten, cliënten en personeel uit het Business Model worden in dit hoofdstuk vertaald naar een kosten baten afweging op organisatieniveau. De ontwikkeling naar 2015 wordt uit de doeken gedaan en het tekort en de knelpunten in financiering over die periode wordt inzichtelijk gemaakt.

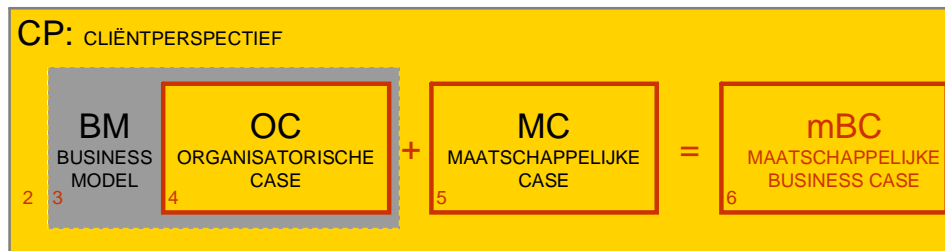
De Maatschappelijke Case weegt in Hoofdstuk 5 het 'Van Solex naar Laptop'- concept vanuit het perspectief van de maatschappij. Door middel van een stakeholderanalyse en de impactkaart wordt, deels kwalitatief en deels kwantitatief inzichtelijk gemaakt waar de maatschappelijke baten van 'Van Solex naar Laptop' te behalen zijn. Het afsluitende Hoofdstuk 6 brengt het bedrijfseconomisch nut (H4) en het maatschappelijk nut (H5) samen. De analyse over het dekken van tekorten en financiële knelpunten vanuit de maatschappelijke baten vindt hier plaats.

Voormalig staatssecretaris Bussemaker in een brief op 5 november 2009:

'Kwaliteit van leven is voor iedereen belangrijk. Met name voor de kwetsbare cliënt als deze afhankelijk is van zorg. Goede zorg wordt het sterkst ervaren als de relatie tussen de cliënt en de professional goed is en gebaseerd is op vertrouwen. De wijkverpleegkundige is hiervoor bij uitstek geschikt, doordat zij dicht bij de cliënt staat, herkenbaar is voor cliënt en overige professionals en zorg op maat kan inschatten en regelen voor de cliënt.'

Afsluitend trekt de maatschappelijke Business Case conclusies (H6) over de levensvatbaarheid van 'Van Solex naar Laptop' haar succesfactoren en risico's en geeft daarbij een aantal aanbevelingen voor toekomstige financiering.

2 Cliëntperspectief (CP)



In dit hoofdstuk worden verhalen beschreven afkomstig uit de dagelijkse praktijk van het experiment. De verhalen van cliënten (CP) illustreren de waarde van het nieuwe organisatiemodel. Deze verhalen worden per paragraaf gepresenteerd aan de hand van de producten zoals deze later in hoofdstuk drie geformuleerd worden. Steeds wordt aangegeven welke waarde door de mensen wordt ervaren. Ook hierop zal in hoofdstuk drie verder worden ingegaan.

2.1 Vraagbaak

Huishoudelijke hulp	<p>Meneer de Vries woont nog op zich zelf, maar kan dit alleen omdat hij huishoudelijke hulp krijgt:</p> <p><i>“Toen ik het wijksteunpunt binnenliep om naar de koersbal te gaan, herkende ik gelijk de wijkverpleegkundige van de foto uit de krant. Zij zat daar toevallig te werken op haar laptop. Ik schoot haar even aan. Ze zei me dat het kantoortje bezet was en een kwartiertje moest overbruggen tot ze naar een andere cliënt kon. Ik had een vraag hoe ik huishoudelijke hulp moest regelen en ik wist niet bij wie ik terecht kon. Ik ben namelijk versleten. Ik kan nog op mij zelf wonen, maar daar is alles mee gezegd. Ze nam de tijd voor mij en legde het uit. Het voelde heel vertrouwd en ik voelde mij niet opgelaten. Ze bracht mij in contact met het WMO-loket. Alles kon daardoor snel geregeld worden. Als ik haar niet gekend had uit de krant, was alles niet zo snel gegaan. Ik voel me nu ondersteund. Ik vind het prettig iemand elke week in mijn nabijheid te hebben. Ze houdt me ook een beetje in de gaten, zo’n oude man als ik. De wijkverpleegkundige is zeer deskundig en invoelend.”</i></p>
Aanvraag verzorgingshuis	<p>De moeder van Mevrouw Brouwer is hoogbejaard, zit in rolstoel en is chronisch ziek:</p> <p><i>“De Thuiszorg houdt tegenwoordig spreekuur in het in het centrum van het dorp. Ik wilde wel eens kijken hoe het er daar uitzag en gelijk wat vragen over mijn moeder. De dokter heeft aangegeven dat ze binnenkort moet worden opgenomen in een verzorgingshuis. Ik heb geen idee hoe dat in zijn werk gaat. Ik vroeg het aan de wijkverpleegkundige. Ze legde alles keurig uit. Ik weet nu precies bij wie ik moet zijn. Wat ik ook erg waardeerde, is dat zij precies uitlegde wat de mogelijkheden voor mijn moeder zijn om met aanvullende hulp langer thuis te kunnen blijven wonen. Ik wist niet dat we ook vrijwilligers in konden schakelen om eens met mijn moeder te gaan wandelen en ook niet wat voor technische zorg er allemaal thuis mogelijk was. Ik ga dit komende weekend met mijn moeder en met mijn broer allemaal bespreken. Ik weet nu bij wie ik terecht kan als ik nog meer van dit soort vragen heb!”</i></p>
Behoeften/waarde	Weten, aandacht, ondersteuning, zelfredzaamheid , begrepen zijn

2.2 Keukentafelgesprek

Verhuizen	<p>Mevrouw Grootendorst is chronisch ziek. Ze heeft vorig jaar haar man verloren en is slecht ter been:</p> <p><i>“Bij een kennis van mij op dorp had ik laten vallen dat ik naar een kleinere woning zou willen. Ik ben chronisch ziek en wil misschien verhuizen. Doordat ik zo moeilijk ter been ben, kan ik moeilijk naar de 1e verdieping in mijn huis om in mijn eigen bed te gaan liggen. Hierdoor ben ik me behoorlijk armzalig gaan voelen. Er is door het overlijden van mijn man een andere levensfase aangebroken. De wijkverpleegkundige belde mij of ze eens langs mocht komen, omdat ze dit van een kennis van mij had gehoord. Ze vertelde dat ze toevallig net contact had gehad met de woningbouwvereniging en ze kon me met hen in contact brengen. Ik ben door hen goed voorgelicht over de toelatingseisen van een kleinere huurwoning. Ik kende de wijkverpleegkundige al jaren, omdat ik op hetzelfde dorp woon. Ik denk nu na of ik hier al aan toe ben. Ze heeft me ook gewezen op de mogelijkheid om mijn leven een beetje om te gooien. Bijvoorbeeld door mijn bed beneden in een afgeschermd hoekje te plaatsen in plaats van boven. Hier had ik nog niet aan gedacht! Dit zou betekenden dat ik voorlopig nog bij mijn vertrouwde buurtjes kan blijven wonen. Hier heb ik toch de grootste band mee. Misschien doe ik dat wel!”</i></p>
Hulp bij aanvraag vrijwilliger	<p>De vader van Meneer Bouwhuis is dement en claimt zijn vrouw die zich hierdoor eenzaam voelt:</p> <p><i>“Mijn vader en moeder zijn alle twee hulpbehoevend en krijgen geen thuiszorg. Het ging op gegeven moment niet zo goed met deze twee samen. Mijn vader is namelijk wat dement en claimt mijn moeder. Zij komt daardoor de deur bijna niet uit en voelt zich behoorlijk eenzaam. Ik maakte me zorgen om hen. En om mijn moeder in het bijzonder. Ik heb toen maar eens met de wijkverpleegkundige gebeld. Ik had net een stukje in de krant gelezen en hun foto gezien. Ze maakte diezelfde week nog een afspraak met mij. Ze luisterde goed wat er aan de hand was. Zij heeft toen het DOC-team ingeschakeld voor mijn vader. Het DOC-team heeft daarna geregeld dat mijn vader elke vrijdag een bezoeker krijgt, waardoor mijn moeder 1 keer in de week een dagje rust heeft en er weer wat beter tegen kan. Dit geeft ons als familie wat meer rust en we voelden ons begrepen”.</i></p>
Uitstel opname verzorgingshuis	<p>Mevrouw Roelofsen is op leeftijd, slecht ter been en wilde naar een verzorgingshuis in verband met het onderhoud van haar tuin:</p> <p><i>“Ik had de wijkverpleegkundige bij me geroepen. Het ging niet meer vond ik. Ik ben op leeftijd en niet meer zo goed ter been. Daardoor kun je toch niet zo veel meer aan. Ik vroeg haar of zij een opname voor mij kon regelen voor het verzorgingshuis. Ik vond het zo niet langer gaan. Wat ik opvallend vond, was dat zij eerst met mij ging praten. Ze probeerde een goed beeld te krijgen van wat ik kon en niet meer kon. Op het einde van het gesprek vroeg ze me of het eigenlijk niet het tuinonderhoud van mijn grote tuin was, dat de doorslag gaf om naar het verzorgingshuis te gaan. Ik zei ja. Ze heeft toen met mijn toestemming een vrijwilliger geregeld. Deze komt elk week even mijn tuin doen. Wat ben ik hier blij mee! Nu kan ik mijn zelfstandigheid behouden. Eigenlijk ben ik helemaal geen type om tussen al die oudjes te wonen”.</i></p>
Nachtzorg	<p>De man van Mevrouw Reewik is preterminaal en dit vergt veel van haar:</p> <p><i>“Mijn man krijgt thuiszorg. De dokter zegt dat hij preterminaal is. Dit houdt in dat hij niet lang meer heeft, maar dat het nog wel een tijdje kan duren. Je begrijpt dat dit veel van mij vraagt. Ik voel me nog net niet uitgeblust, maar het zit er tegen aan. Ik was blij toen ik een keer een gesprekje met de wijkverpleegkundige had. Zij heeft elk jaar met alle mensen die thuiszorg krijgen een gesprek vertelde ze. In mijn geval kwam ze,</i></p>

	<i>omdat ze van de andere verzorgenden gehoord had dat ik het niet allemaal meer goed aan zou kunnen. Ze heeft toen geregeld dat er nachtzorg kwam. Dit was zalig, omdat ik nu elke nacht weer kan slapen. Ook heeft ze via de welzijnsorganisatie een vrijwilliger geregeld die elke week een middagje bij mijn man komt. Dan kan ik gewoon naar mijn vaste zwemclubje toe! Ik vind het belangrijk dat ik straks, als ik weer alleen sta, niet in een gat kom te vallen en mijn vrienden van de zwemclub misschien kwijt zou zijn. Ik ben erg tevreden en dankbaar”.</i>
Behoeften/waarde	Zelfredzaamheid, begrepen zijn/begrijpen, inzicht, weten, rust, vrijheid betrokkenheid, stimulering

2.3 Preventieve interventies

Rollatorspreekuur	<p>Meneer Verbeek heeft een rollator:</p> <p><i>“Eindelijk werd er een keer een rollatorspreekuur in ons dorp georganiseerd. Meestal is het in het dorp verderop in onze gemeente. De wijkverpleegkundige was er ook bij. Ze ontving iedereen en maakte met iedereen een praatje. Toevallig had ik (gebruiker van de rollator) een kennis bij me die ook een rollator nodig had. Hij is erg slecht ter been. Ik vroeg haar hoe mijn kennis een rollator moest regelen. Ze vertelde hem precies waar hij moest zijn en wat zo iets kost. Die kennis van mij heeft dit erg prettig gevonden. Hij heeft nu een rollator en daardoor toch een stukje van zijn vrijheid terug. Nu durft hij weer vaker de straat op, omdat hij veel minder bang is om te vallen. Overigens wil ik kwijt dat mijn rollator weer helemaal goed is. Bleek toch dat de remkabels bijna stuk waren en die hebben ze gelijk vervangen. Ik ben blij dat ik ben heen gegaan. Je moet er niet aan denken dat er wat gebeurd was”.</i></p>
Rollatorspreekuur en eenzaamheid	<p>Meneer Meeuwissen komt niet meer zoveel onder de mensen sinds zijn vrouw is overleden:</p> <p><i>“Ik kwam op het rollatorspreekuur en zag daar de wijkverpleegkundige. Ik herkende haar gezicht vanuit de krant. Ze maakte met iedereen een praatje en had snel door dat ik niet veel onder de mensen kom. Sinds mijn vrouw is overleden is mijn wereldje kleiner geworden. Ik voel me best eenzaam. Daar ging ze een beetje op door. Ze vroeg me na te denken of het niet iets was om op een vereniging te gaan. Vooral omdat ik slecht loop en daardoor niet zo vaak de deur uit kom. Normaal sta ik niet zo open voor wat anderen zeggen, maar ik denk dat ik toch maar eens met de bridgeclub contact op neem. Die persoonlijke aandacht en warmte van haar heeft me veel goed gedaan. Ze heeft me echt aan het denken gezet”.</i></p>
Behoeften/waarde	Zelfredzaamheid, begrepen zijn, betrokkenheid

2.4 Coördinatie van zorg

Luisterend oor	<p>Mevrouw Janzen heeft een man met kanker wat veel energie van haar vraagt:</p> <p><i>“Mijn man was al twee weken in zorg bij Omring. Hij heeft kanker met uitzaaiingen en werd steeds slechter. Dit alles vraagt ook veel van mij. Je bent toch de hele tijd voor hem aan het zorgen. Dit kost mij al mijn energie. Nog los van het feit dat ik hem straks ga verliezen. De wijkverpleegkundige kwam die morgen bij ons thuis, omdat mijn man snel achteruit ging. Ik vroeg haar of mijn man extra zorg kon krijgen, en gelijk die dag had ze geregeld dat mijn man drie keer per dag verzorging kon krijgen. Je vraagt om meer zorg en er komt gelijk meer zorg! Ondanks het feit dat mijn man drie keer per dag zorg nodig heeft, komen er niet veel mensen over de vloer. Ik ken nu al alle medewerkers bij naam. Een dag later werd mijn man nog slechter en vroeg ik of we nachtzorg konden krijgen. Nog diezelfde avond kwam er een nachtzuster. Je vraagt om nachtzorg en er komt gelijk nachtzorg! Ik hoef maar</i></p>
----------------	---

	<i>te kicken en de wijkverpleegkundige staat op de stoep. Daardoor krijg ik rust en zijn alle regelingen geregeld. Ik voel me gekend in mijn behoeften. Ik kan nu alle aandacht aan mijn man geven. Vannacht heb ik zelfs weer de hele nacht geslapen! Ik voel me zo begrepen door haar. Alles zelf doen of de zorg een beetje uit handen geven, dat maak je zelf wel uit, toch?</i>
Werkrelatie met huisarts	Jenneke is wijkverpleegkundige. Voorgaande jaren liep de samenwerking tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige nog niet zoals het zou moeten: <i>“Ik werk erg prettig met huisarts Vermeer samen. Dat was een jaar terug wel anders. Toen kende ik haar niet zo goed als nu en gingen mijn collega's uit het team Verpleging & Verzorging ook vaak naar haar toe met bespreekpunten over de cliënten. Omdat er toen te veel verschillende mensen met de huisarts contact hadden, was dit voor haar vaak vervelend. Ik bespreek een keer in de twee weken al onze gezamenlijke cliënten door. We praten elkaar dan weer bij waar dat nodig is. We hebben in onze samenwerking inmiddels aan een half woord genoeg!”</i>
Behoeften/waarde	Begrepen zijn, betrokkenheid

2.5 Uitvoering verpleegkundige zorg

Zorg thuis	Mevrouw van Willigenburg heeft een stoma en reuma en krijgt hulp van de thuiszorg: <i>“Ik krijg dagelijks zorg van de thuiszorg. Ik heb een stoma en reuma. Ik moet elke week naar de specialist in het ziekenhuis. Sinds ze bij de thuiszorg werken met kleinere teams, krijg ik nog maar vijf vaste medewerkers over de vloer. Dit is een verademing. Voor die tijd was ik er wel eens zat van, als er weer een ander kwam. Hoewel er precies in het zorgdossier staat wat er moet gebeuren met mij, geeft het mij veel rust niet elke keer dingen te hoeven uitleggen waar alles staat hoe ik precies verzorgd wil worden. Ik ken de zusters beter en zij mij. Dit hadden ze jaren eerder moeten doen! Wat verlichting voor mij. De wijkverpleegkundigen zijn geboren voor dit werk. Haar collega's trouwens ook!”</i>
Hulp in huis	Mevrouw Vriesman woont zelfstandig en heeft een hulp die snel van slag is door de komst van wisselende medewerkers van de thuiszorg. <i>“Ik heb een hulp bij mij inwonen die mij in de gaten houdt. Dit willen mijn kinderen graag, omdat zij ver weg wonen en omdat ik dan niet naar het verzorgingshuis hoef. Het lastige is dat mijn hulp niet veel aan kan en snel van slag is. Daarnaast krijg ik elke dag iemand van de thuiszorg. Er komen de laatste tijd veel minder verschillende verzorgsters bij mij. Dit geeft mijn hulp meer rust en is daardoor minder van slag. Hierdoor hoef ik, maar ook de wijkverpleegkundige, minder vaak mijn kinderen te bellen als mijn hulp van slag is. De medewerkers kennen mijn hulp en mij nu veel beter. Hierdoor loopt alles veel soepeler dan vorig jaar. Het lijkt wel of mijn hulp meer aandacht krijgt van de wijkverpleging dan ik! Toch ben ik er blij mee, omdat ik lekker thuis kan wonen en niet tussen al die oude mensen in een verzorgingshuis hoef te zitten. Ik heb heel goede zorg gehad en helemaal niets te klagen”.</i>
Samenwerking huisarts en wijkverpleegkundige	Huisarts Jansen over de deskundigheid en de samenwerking tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige: <i>“Ik zie het laatste jaar de deskundigheid bij de thuiszorg omhoog gaan. Ik heb sinds een jaar bijna alleen nog maar contact met wijkverpleegkundige en haar collega. Spoedsituaties daargelaten. Sinds de wijkverpleegkundige mijn vaste contactpersoon is, word ik niet meer drie maanden te vroeg of te laat ingeschakeld bij een cliënt van</i>

	<i>de thuiszorg. Hoewel ik dit wat cynisch bedoel, kwam dit voorheen nog wel eens voor. Ik had niet gedacht dat de wijkverpleegkundige zo veel deskundigheid in huis had. , ook op het gebied van vroegsignalering. Soms ga ik met haar samen naar een patiënt van mij toe om naar een wond te kijken. Ze heeft veel verstand van wondbehandeling en wondmaterialen. Ook lukt het haar om dezelfde dag nog te regelen dat alle verbandmaterialen bij mijn patiënt zijn. Ook de kennis van de wijkverpleegkundige met betrekking tot palliatieve zorg is hoog. Ze weten alles over de nieuwste technieken, zoals morfinepompjes. Als ik het vraag, wordt de palliatieve zorg nog dezelfde dag bij de patiënt thuis gestart..</i>
Behoeften/waarde	Begrepen zijn, betrokkenheid, rust, vrijheid

2.6 Conclusie: de meerwaarde van 'Van Solex naar Laptop'

Op basis van de cliëntverhalen in de vorige paragraaf kan gesteld worden dat het organisatiemodel van 'Van Solex naar Laptop' meerwaarde oplevert voor diverse doelgroepen: voor de cliënt, de wijkverpleegkundige, de medewerkers Verpleging en Verzorging, voor zorgorganisaties, voor de huisartsen en voor de gemeente:

2.6.1 De meerwaarde voor de cliënt:

De cliënt ervaart een toename van de zelfredzaamheid en eigen regie, professionele ondersteuning bij behoeften op het gebied van zorg en welzijn, en kwalitatief hoogwaardige en veelzijdige zorg in de eigen vertrouwde omgeving. Door de zichtbare aanwezigheid van de wijkverpleegkundige voelt de cliënt zich veiliger in de wijk, weet zij zich meer geborgen en gesteund in de eigen omgeving (samenredzaamheid) en blijven sociale verbanden beter intact. Dit draagt bij aan de bevordering van de algehele gezondheid en het welzijn van de burgers, als potentiële cliënten van de wijk.

2.6.2 De meerwaarde voor de wijkverpleegkundige:

De wijkverpleegkundige ervaart een herwaardering en herpositionering van haar beroep in de eerste lijn en een stevige verankering van haar functie in de wijk. Het houdt daarbij een inhoudelijke verbreding in van het beroep en een versterking van de sociale (professionele en niet professionele) kaart. Deze maatschappelijke inbedding gecombineerd met de bredere deskundigheid leidt tot een versterking van de coördinerende rol in het lokale gezondheidsbeleid. Zowel intern bij de coördinatie van zorg van cliënten in het team V&V als extern richting ketenpartners.

2.6.3 Meerwaarde voor de medewerker Verzorging & Verpleging (V&V):

De wijkverpleegkundige vervult haar coördinerende taken individueel, maar is ingebed in een team van medewerkers Verpleging & Verzorging (V&V). Deze medewerkers ervaren een verdieping van hun functie door de herinvoer van het EVV-schap: elke cliënt krijgt een vaste contactpersoon. De V&V medewerkers werken zoveel mogelijk als een zelfsturend team en dit heeft een motiverende uitwerking op de eigen taak- en functieopvatting, wat weer ten goede komt van de kwaliteit van de zorg die ze leveren. Dit alles is een belangrijke randvoorwaarde voor de nieuwe manier van werken van de wijkverpleegkundige.

2.6.4 Meerwaarde voor de zorginstellingen:

Het imago van de organisatie stijgt waardoor de thuiszorg een aantrekkelijkere werkgever wordt. Het geeft nieuw elan voor het beroep van zorgverlener, wat een positief effect kan hebben op de arbeidsmarkt.

2.6.5 De meerwaarde voor de huisartsen:

Door een intensievere samenwerking tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige, waarbij de wijkverpleegkundige vast contactpersoon voor de huisarts is, wordt er tegemoet gekomen aan

een al lang bestaande wens van de huisartsen om een duidelijk en ter zake deskundig aanspreekpunt te hebben die de wijk, de ketenpartners en haar bewoners goed kent.

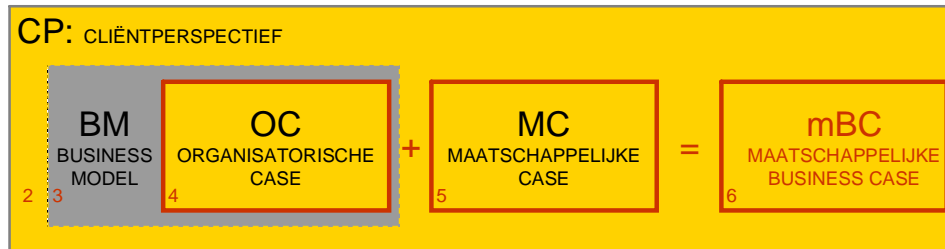
2.6.6 De meerwaarde voor de gemeente:

Voormalig staatssecretaris van VWS Jet Bussemaker over de wijkverpleegkundige op 5 november 2009:

"De wijkverpleegkundige is hiervoor bij uitstek geschikt, doordat zij dicht bij de cliënt staat, herkenbaar is voor de cliënt en de overige professionals en zorg op maat kan inschatten en regelen voor de cliënt. De wijkverpleegkundige is in dit alles de meest in het oog springende professional, omdat zij traditioneel de enige is, die met regelmaat achter de voordeur van cliënten met (complexe) gezondheidsproblemen komt. Eigen aan verpleegkundigen is dat zij in staat zijn patiënten in hun context te begrijpen en verbanden te leggen. Vanuit die competenties kan de verpleegkundige op verschillende aspecten meerwaarde hebben. Bijvoorbeeld door het voorkomen van problemen bij ouderen (preventie), door het contacten leggen met welzijnsinstellingen of tijdig de huisarts te betrekken, overleg te voeren met mantelzorgers/vrijwilligers, enz

Ik wil uiteindelijk bereiken dat de aspecten woon, zorg- en dienstverlening in de wijk niet los staan van elkaar, maar aansluiten bij de behoefte van de kwetsbare burger. Hiermee wordt de eigen regie van de buurtbewoner ondersteunt en ontvangt de buurtbewoner hierdoor zorg die goed is afgestemd op de individuele zorgvraag. Allereerst is dus belangrijk om samenwerking te creëren tussen de eerste lijn, welzijn en gemeente. Waarbij het essentieel is dat de wijkverpleegkundige meer regie en ruimte heeft om als spil op te treden en de contactpersoon / coördinator als de cliënt dat nodig heeft."

3 Business Model (BM)



In het Business Model (BM) van 'Van Solex naar Laptop' staan de bouwstenen centraal waaruit het unieke nieuwe organisatiemodel van 'Van Solex naar Laptop' is opgebouwd. Het beschrijven van deze bouwstenen heeft als doel om deze nader aan te scherpen en nieuwe keuzes te maken om zo te komen tot een stabiel en volwassen organisatiemodel zoals deze er over vijf jaar, in 2015 uitziet.

Vragen waarop het Business Model van 'Van Solex naar Laptop' in dit hoofdstuk een antwoord biedt zijn de volgende: in §3.1, wat bieden we onze cliënten (Product & Dienst)? In §3.2, welke specifieke waarde voegen deze diensten toe (Waardepropositie)? Naast deze wat-vraag is de wie-vraag van belang. In §3.3 wordt antwoord gegeven op de vraag aan wie 'Van Solex naar Laptop' haar diensten aanbiedt (Klantsegmenten) en in §3.4 hoe deze diensten de cliënten bereiken (Distributiekanaal). In §3.5, wordt uiteengezet welke relatie 'Van Solex naar Laptop' met haar cliënten heeft (Relatie). Vervolgens is er naast deze wat- en wie-component ook de vraag hoe 'Van Solex naar Laptop' dit aan haar cliënten aanbiedt oftewel, middels welke infrastructuur. Hier geeft § 3.6 een antwoord op, en in de paragrafen 3.7 en 3.8 worden achtereenvolgens de benodigde Kernactiviteiten en Kerncapaciteiten benoemd, die benodigd zijn om binnen in 'Van Solex naar Laptop' de diensten te organiseren.

Vanzelfsprekend kan 'Van Solex naar Laptop' niet bestaan zonder samenwerking met stakeholders. In §3.9 worden de samenwerkingsverbanden en partners van 'Van Solex naar Laptop' beschreven met hun specifieke bijdrage aan 'Van Solex naar Laptop'. Afsluitend volgen in §3.10 de conclusies en een aantal observaties over continuïteit en kopieerbaarheid van het organisatieconcept van 'Van Solex naar Laptop'. Een standaard Business Model kent daarnaast nog een beschrijving van de kostenstructuur en de opbrengsten. Deze komen separaat in het volgende hoofdstuk (organisatorische case) aan de orde.

3.1 Product & Dienst

Hieronder staan drie nieuwe producten en diensten benoemd die de wijkverpleegkundige in dit experiment levert. Vervolgens worden twee bestaande producten beschreven, waarbij duidelijk wordt dat ook deze onder invloed van het nieuwe kleinschalige organisatieconcept op een aantal onderdelen aangepast zullen moeten worden om in het complete aanbod van de nieuwe werkwijze te passen. De nieuwe producten zijn een onlosmakelijk integraal onderdeel geworden van de functie van wijkverpleegkundige.

3.1.1 Nieuwe producten en diensten

Vraagbaak

De wijkverpleegkundige geeft informatie en advies aan burgers en cliënten met een eenmalige en enkelvoudige vraag. Ze verheldert kort de vraag en verwijst door naar de juiste instanties, bijvoorbeeld andere hulpverleners, diensten en preventieve interventies. Zij doet aan vroegsignalering van (gezondheids)problemen. Dit product is bedoeld om aanvullend te zijn op

het WMO-loket. Het is vooral gericht op gezondheid en ziekte. Het gesprek heeft een vertrouwelijk karakter doordat de wijkverpleegkundige een beroepsgeheim heeft.

Keukentafelgesprek

De wijkverpleegkundige geeft advies naar aanleiding van meer complexe vragen van burgers en cliënten. Ze verheldert de vraag/vragen. Zij doet aan vroegsignalering van (gezondheids)problemen. Samen met de cliënt zoekt ze een oplossing. Vervolgens ondersteunt ze zo nodig de toeleiding naar de juiste instanties, bijvoorbeeld andere hulpverleners, diensten en preventieve interventies. De wijkverpleegkundige brengt indien van toepassing het cliëntennetwerk (sociale steunsysteem) van de cliënt in kaart. De eigen regie wordt versterkt: er wordt gekeken naar wat de cliënt nog zelf kan, al dan niet met hulpmiddelen. Het netwerk wordt door haar ingeschakeld, geactiveerd en versterkt. Ze kent de buurt en de mogelijkheden die daar zijn en zij schakelt haar formele en informele (zorg)netwerk in waar nodig. Ze schakelt welzijnspartijen in voor het aanbieden van activiteiten, het bieden van ondersteuning, een maatje of het bieden van ondersteuning door een vrijwilliger.

Het keukentafelgesprek bestaat uit twee uitgebreide gesprekken. Het eerste gesprek is het initiële contact, hierin vindt de intake plaats en worden afspraken gemaakt. Het tweede gesprek is een follow-up. Hierbij wordt gecheckt of en in welke mate de gemaakte afspraken nagekomen zijn en of er nog aanvullende acties nodig zijn. Ook dit gesprek heeft een vertrouwelijk karakter.

Preventieve interventies

De wijkverpleegkundige organiseert preventieve interventies in de eigen buurt, welke zo veel als mogelijk bewezen effectief zijn. Preventieve interventies zijn individuele informatiebijeenkomsten of cursussen voor groepen of individuele cliënten die door de wijkverpleegkundige worden georganiseerd in het dorp waar de cliënten wonen. Daarnaast kan een preventieve interventie ook op individuele basis bij mensen thuis plaatsvinden. De wijkverpleegkundige baseert de inhoud van de preventieve interventies op basis van gegevens uit de regionale epidemiologische analyse (vier jaarlijkse demografische monitor GGD) en op basis van signalen en hulpvragen uit de eigen wijk. Hierbij is niet het product zelf nieuw, maar wel de uitvoering ervan door een wijkverpleegkundige in de eigen buurt en het feit dat het aanbod gebaseerd is op cliëntvragen uit die buurt.

3.1.2 Bestaande producten en diensten

Uitvoeren van verpleegkundige zorg

De cliënt met een indicatie voor AWBZ-/ZVW- gefinancierde Verpleging ontvangt wijkverpleegkundige zorg achter de voordeur thuis. Dit is een bestaand product.

Coördinatie van de verpleging en verzorging

De wijkverpleegkundige is de coördinator van het formele zorgnetwerk in de thuiszorg voor cliënten met een AWBZ- of ZVW-indicatie Verpleging. Dit is een al bestaand product. Het uitgangspunt is dat de wijkverpleegkundige deze zorg NIET achter de voordeur geeft bij de cliënt thuis.

Nieuw aan deze producten vanuit het project 'Van Solex naar Laptop' is dat de wijkverpleegkundige ook coördinerende taken verricht voor cliënten met een indicatie voor Persoonlijke Verzorging. Op basis van signalen van ketenpartners (vooral de huisarts), de eigen ervaringen en competenties van overige betrokken professionals, blijkt dat de wijkverpleegkundige haar competenties het best benut worden bij deze taken. De competenties van de overige verzorgenden liggen vooral op het gebied van de planning en de uitvoering van zorg in samenspraak met cliënt(systeem).

VWS over verpleging:

'juist verpleging is een voornaam samenbindend element is tussen langdurige zorg, welzijn, eerste lijn en ziekenhuiszorg'

3.2 Waardepropositie

De vijf producten voegen ieder direct of indirecte waarde toe voor de cliënt. De werkwijze binnen 'Van Solex naar Laptop' richt zich op de kwaliteit van leven, gezondheidswinst en de zorgonafhankelijkheid van de cliënt. Per product wordt de meerwaarde voor de cliënt toegelicht.

3.2.1 Nieuwe producten en diensten

Vraagbaak

De vraagbaak betekent dat er voor burgers een laagdrempelige informatieplek is in de eigen wijk waar men met vragen over zorg en welzijn terecht kan. De wijkverpleegkundige is een duidelijk en vertrouwd aanspreekpunt en kent de mogelijkheden in de buurt goed. Ook cliënten die geen thuiszorg ontvangen, kunnen toch hun zorgen uiten en hun vragen stellen aan de wijkverpleegkundige.

Keukentafelgesprek

Het keukentafelgesprek betekent voor de burgers dat er iemand is die beschikbaar is en tijd neemt voor hun moeilijkheden, twijfels of zorgen. De wijkverpleegkundige pakt de vragen die hieruit voortkomen adequaat op en speelt een actieve bemiddelende rol naar andere zorg- en welzijnsinstanties waardoor men zich opgemerkt voelt en de leefwereld van de cliënt groter wordt. Met de juiste ondersteuning van een sociaal netwerk, ervaart de cliënt aandacht, warmte en het gevoel weer onder de mensen te zijn. Door de aandacht die de wijkverpleegkundige geeft aan de cliënt en aan de mantelzorgers voelen zij zich gesterkt in hun zelfredzaamheid. De cliënt en haar omgeving (her)ontdekken hun zelfstandigheid en de mogelijkheden om samen voor elkaar te zorgen.

Preventieve interventies

Preventieve interventies zorgen ervoor dat cliënten de weg leren kennen, vinden waar ze met hun vragen terecht kunnen en aan wie ze hun vragen durven te stellen. Hierdoor ervaren ze dat er vaak meer mogelijk is dan zij aanvankelijk dachten, dat ze er zelf meer aan kunnen doen om verergering van klachten te voorkomen en gaan er deuren open waarvan zij dachten dat deze gesloten waren. Hierdoor wordt men zich bewust van mogelijkheden en komt een algeheel gevoel van vrijheid en soms meer eigenwaarde terug.

3.2.2 Bestaande producten en diensten

Zorgcoördinatie

De zorgcoördinatie door de wijkverpleegkundige betekent voor de cliënt dat er minder medewerkers over de vloer komen en dat de hulp van diverse zorgverleners beter wordt afgestemd op elkaar. Dit geeft de cliënt rust en vertrouwen en komt de kwaliteit van de zorg ten goede. Door zijn/haar coördinatierol is de wijkverpleegkundige betrokken bij de zorg voor cliënten vanaf het eerste contact tot aan de evaluatie ervan. Dit geeft hem/haar een uitstekend inzicht in de bestaande maar ook de toekomstige zorgbehoeften. In samenwerking met het sociale steunsysteem en door zijn/haar kennis van de sociale kaart is zij in staat de zorg veel beter dan in het huidige thuiszorgmodel aan te passen aan de cliënt.

Uitvoering van verpleegkundige zorg

Er wordt tegemoet gekomen aan de wens van de meeste mensen om zo lang mogelijk de eigen regie te behouden en in hun eigen omgeving te kunnen blijven wonen.

3.3 Doelgroepen (klantsegmenten)

Nu bekend is wat de zes producten van de wijkverpleegkundigen zijn en welke meerwaarde ze leveren, zoomen we in op de groepen die deze producten afnemen. Eerst zal een korte schets worden gegeven van de gemeente Wieringermeer waarin is geëxperimenteerd met het organisatieconcept van 'Van Solex naar Laptop'.

3.3.1 Wijkanalyse

In de gehele gemeente Wieringermeer wonen 12.600 inwoners. De gemeente heeft een hoofddorp, Wieringerwerf, en drie bijdorpen. In de twee bijdorpen Middenmeer en Slootdorp, het experimenteergebied van dit project, wonen ongeveer 5.500 inwoners. Middenmeer is van deze twee het grootste dorp met de meeste voorzieningen. De gemeente heeft een overwegend agrarisch karakter en is de dunst bevolkte gemeente op het vaste land van Nederland. Het kenmerkt zich door grote geografische afstanden en de oppervlakte is 307,76 km². De gemeente bevindt zich op dit moment in een fusieproces met drie omliggende gemeenten. Wieringermeer is een van de negen gemeenten in de regio Kop van Noord-Holland.

De gemeente wordt gekenmerkt door een lager inkomensniveau en een lager aantal allochtone inwoners dan het landelijk gemiddelde. Het aantal lage inkomens is 26,3 procent (landelijk 24,3 procent). Het aantal niet-westerse allochtonen en allochtonen van Westerse afkomst bedraagt negen procent (landelijk twintig procent). Van de beroepsbevolking is 5,6% werkloos. Het gemiddelde jaarinkomen is 12.500 euro per inwoner. Het aantal uren hulp bij het huishouden (8,6%) en Verpleging en Verzorging (2,3%), dat inwoners uit de Wieringermeer van alle zorgaanbieders ontvangen ligt onder het landelijke gemiddelde (respectievelijk 8,9% en 2,6%). Omring Thuiszorg heeft in deze gemeente een marktaandeel van ongeveer 80%.

Tabel 3.3.1.1: Bevolkingsopbouw in gemeente Wieringermeer in percentage naar leeftijd.

Leeftijd	0-14 jaar	15-24 jaar	25-34 jaar	35-54 jaar	55-64 jaar	65+
Wieringermeer	20%	11%	12%	30%	13%	14%

Bron: CBS, Statline

De gemeente Wieringermeer ligt in de Kop van Noord-Holland:



3.3.2 (Kwetsbare) cliënten zonder indicatie

De eerste primaire doelgroep binnen 'Van Solex naar Laptop' zijn alle kwetsbare burgers uit het werkgebied van het team Verpleging & Verzorging waar de wijkverpleegkundige een centrale rol in heeft. Deze mensen hebben geen indicatie Verpleging & Verzorging. De volgende doelgroepen worden onderscheiden:

- De kwetsbare burger uit het dorp met lage SES en/of allochtone afkomst;
- De burger die hulp bij het huishouden ontvangt;
- De (hoog) bejaarde burger;
- De burger met chronische ziekte;
- De burger met eenzaamheid en/of psychosociale problematiek.

3.3.3 Cliënten met een indicatie Persoonlijke Verzorging (PV)

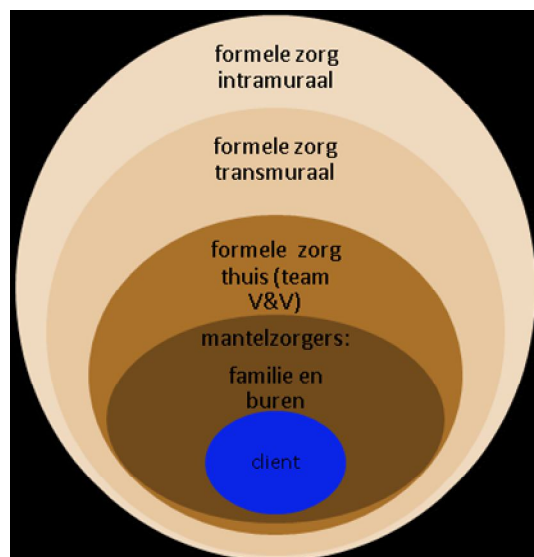
De tweede primaire doelgroep van 'Van Solex naar Laptop' wordt gevormd door alle mensen met een relatief eenvoudige en/of stabiele zorgbehoefte die in de thuissituatie behandeld en ondersteund kunnen worden. De grootste groepen zijn ouderen, chronisch zieken, mensen met een geestelijke of lichamelijke beperking en mensen met een tijdelijke hulpvraag door bijvoorbeeld een ongeluk, een medische behandeling of een operatie.

3.3.4 Cliënten met een indicatie Verpleging (VP)

De derde primaire doelgroep van 'Van Solex naar Laptop' bevat alle mensen met een relatief complexe en/of instabiele zorgbehoefte die in de thuissituatie behandeld en ondersteund kunnen worden. De grootste groepen zijn ouderen, chronische zieken, mensen met een geestelijke of lichamelijke beperking en mensen met een tijdelijke hulpvraag door bijvoorbeeld een ongeluk, een medische behandeling of een operatie.

3.3.5 Mantelzorgers

Een secundaire doelgroep bevindt zich rechtstreeks rondom de cliënt. Van binnen naar buiten: de informele zorg (partner/ het gezin/ familie/ buren in hun rol als mantelzorger en de vrijwilliger), de formele zorg thuis, formele zorg transmuraal en vervolgens formele zorg intramuraal. Het bouwen aan het informele netwerk rondom de cliënt en deze voorzien van informatie, ondersteuning en advies om de cliënt zo goed en zo snel mogelijk te ontzorgen. Deze schakelpositie wordt geïllustreerd in figuur 3.3.5.1. De wijkverpleegkundige schakelt haar opgebouwde netwerk van professionals in (zie §3.6).



Figuur 3.3.5.1: De wijkverpleegkundige vormt de schakel tussen formele en informele zorg.

3.4 Distributiekanaalen

Nu de producten zijn omschreven die de wijkverpleegkundige aanbiedt en wie of welke klantsegmenten de wijkverpleegkundige bedient, is het van belang aandacht te besteden aan de vraag: Hoe worden de diensten en producten van de wijkverpleegkundige aan de cliënten geleverd of gedistribueerd? De cliënt kan op diverse manieren contact opnemen met de wijkverpleegkundige:

- Direct via het telefoonnummer van de zorgcentrale waar de vraag wordt doorgegeven aan de wijkverpleegkundige van het team;
- Direct via het wijkverpleegkundige spreekuur (vraagbaak);
- Indirect via verwijzer als bijvoorbeeld de huisarts, GGZ, of het DOC-team;
- Indirect via familie, mantelzorger/buren /vrijwilliger of dorpsgenoten;
- Indirect via het Zorgkantoor, de transferverpleegkundige, de huisarts, de specialist, het WMO-loket, Woningbouwvereniging, Welzijnsorganisatie of het CIZ.

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de manier waarop de producten bij de doelgroepen terecht komen: langs welke distributiekanaalen de producten de verschillende doelgroepen bereiken.

Tabel 3.4.1 : Product en doelgroep per distributiekanaal.

Distributiekanaal	Product	Doelgroep
Inloopspreekuur (face to face)	Vraagbaak	Mantelzorgers Cliënten zonder indicatie Cliënten met indicatie VP/PV
Telefonisch	Vraagbaak Coördinatie Verpleging en Verzorging	Mantelzorgers Cliënten zonder indicatie Cliënten met indicatie VP/PV
E-mail	Vraagbaak Coördinatie Verpleging en Verzorging	Mantelzorgers Cliënten zonder indicatie Cliënten met indicatie VP/PV
Huisbezoek (face to face)	Keukentafelgesprek Preventieve interventies	Mantelzorgers Cliënten zonder indicatie
Papier	Coördinatie Verpleging en Verzorging	Cliënten met indicatie VP/PV
Face to face	Preventieve interventies Uitvoering verpleegkundige zorg	Mantelzorgers Cliënten zonder indicatie Cliënten met indicatie VP/PV

3.5 Relatie (klantrelatie)

In de vorige paragrafen is beschreven wie tot de doelgroep van de wijkverpleegkundige behoort en hoe de diensten/producten bij deze groepen terecht komen. Het derde aspect van het 'wie' in het Business Model is wellicht de belangrijkste: de relatie met de cliënt. Waar is deze op gebaseerd, welke rollen neemt de wijkverpleegkundige aan en hoe krijgt de goede relatie tussen professional en cliënt gestalte?

3.5.1 Versterking van de relatie

De term 'zichtbare schakel' is overgenomen uit het gelijknamige ZonMw-programma van VWS: 'Zichtbare schakel: de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt'. De huidige wijkverpleegkundige is niet meer zichtbaar in de wijk. De term 'zichtbare schakel' geeft aan dat de wijkverpleegkundige letterlijk zichtbaar zou moeten zijn voor de inwoners van een wijk en een centrale coördinerende rol in de wijk zou moeten hebben om de integrale aanpak tussen wonen, welzijn en zorg te stimuleren. Dit naast en aanvullend op de rol van regisseur die als uitgangspunt door de huisarts in de wijk wordt opgepakt. De wijkverpleegkundige is hiervoor bij uitstek geschikt omdat zij achter de voordeur komt. Dit wordt gezien als de expertises en meerwaarde van de wijkverpleegkundige in de thuiszorg.

De klantrelatie is gericht op gelijkwaardigheid, respect, professionele autonomie van de professional gecombineerd met de persoonlijke autonomie en eigen regie van de cliënt/burger in de thuissituatie. Cliënt en professional funderen hun relatie op een grote mate van vertrouwen, zo blijkt uit onderzoek van NIVEL. De kernwaarde van de wijkverpleegkundige in deze voorgestelde nieuwe werkwijze is de zichtbaarheid: het feit dat de wijkverpleegkundige de 'zichtbare schakel' is in het dorp. Zichtbaarheid draagt bij aan herkenning, vertrouwen, veiligheid en betrouwbaarheid. Door deze eigenschappen zichtbaar te maken aan de burgers en cliënten kan ze haar relatie met hen opbouwen en borgen. Ze onderscheidt zich daarin ook van andere aanbieders van zorgdiensten en welzijnsdiensten en -activiteiten. Deze zichtbaarheid en de kenmerken daarvan bouwt de wijkverpleegkundige uit in haar dagelijkse werk en contact met burgers en cliënten.

3.5.2 Rollen binnen 'Van Solex naar Laptop'

De rollen van de wijkverpleegkundige zijn gebaseerd op haar coördinerende functie voor medische, verpleegkundige en verzorgende faciliteiten in de eerste lijn. De wijkverpleegkundige ondersteunt daarin en werkt nauw samen met de huisarts, die in principe de regisserende functie heeft in de eerste lijn en de rol als poortwachter vervult.

Hieruit vloeit een aantal rollen voort die zij vervult in het leven van de burgers en cliënten in het dorp en de betekenis die zij heeft in het leven van deze mensen. De wijkverpleegkundige kan de rol van vertrouwenspersoon, doorverwijzer, vraagbaak en coach vervullen in haar relatie met burgers en cliënten. Ze is een voornaam samenbindend element tussen langdurige zorg, gemeente, welzijn, eerste lijn, preventieve zorg, transmurale zorg en ziekenhuiszorg. Maar ook vervult de wijkverpleegkundige de rol van partner en adviseur voor de huisarts.

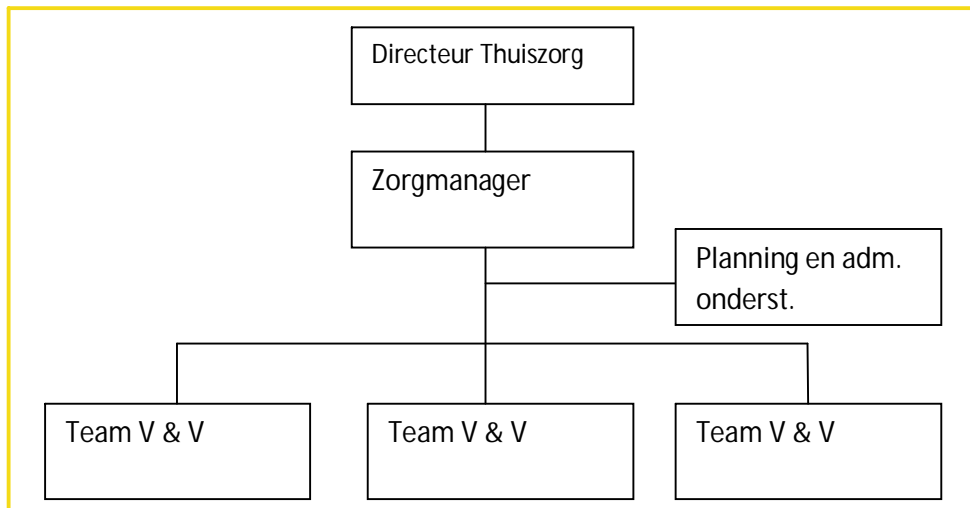
3.6 Infrastructuur

Na het 'wat' en het 'wie' wordt in de komende paragrafen ingegaan op het 'hoe'. Hoe organiseren we een buurtstation, de thuisbasis van de wijkverpleegkundige, voor geïntegreerde dienstverlening en hoe zien de activiteiten en capaciteiten eruit?

3.6.1 Juridische en organisatorische structuur

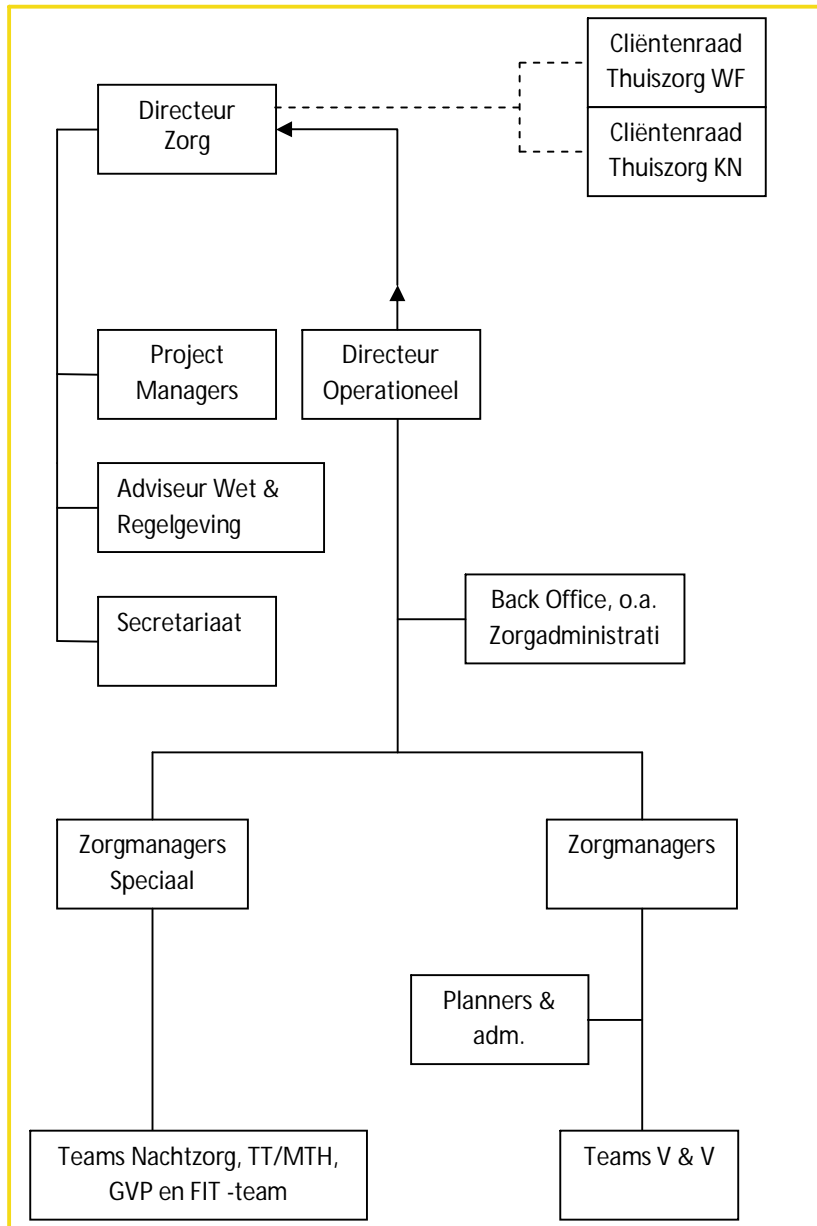
Omring Thuiszorg maakt deel uit van de stichting Omring. Binnen deze stichting zijn ook diverse verpleeg- en verzorgingshuizen. Hiernaast verleent Omring Hulp bij het Huishouden, diëtetiek en kraamzorg. En verder enkele aanverwante producten en diensten. Bij Omring werken in totaal 3.529 medewerkers (bijna 2.000 Fte).

Figuur 3.6.1.1: Organogram team V&V.



In Figuur 3.6.1.2 wordt het organogram van Omring Thuiszorg weergegeven. Bij Omring Thuiszorg werken ongeveer 860 medewerkers (circa 430 Fte). De Directeur Zorg is eindverantwoordelijke. Directeur Operationeel stuurt de uitvoeringsorganisatie Thuiszorg aan en rapporteert aan de Directeur Zorg. In figuur 3.6.1.1 wordt aangegeven hoe de positionering van de zorgmanager en het team V&V is. De zorgmanager stuurt veelal drie teams V&V aan. Ze wordt hierbij ondersteund door een administratief medewerker en een planner. Het team bestaat uit ongeveer zestien medewerkers (7,5 Fte). Dit is inclusief één of twee wijkverpleegkundigen. Om van de bestaande organisatie van de thuiszorg door te ontwikkelen naar het organisatiemodel van 'Van Solex naar Laptop' hoeven geen aanpassingen te worden gedaan in de hier geschetste structuur. Wel zullen de teams inhoudelijk worden aangepast in grootte, interne verhoudingen en verdeling van de taken.

Figuur 3.6.1.2: Organogram Omring Thuiszorg.



3.6.2 Teamsamenstelling

In de experimenteerfase van 'Van Solex naar Laptop' is reeds in de startfase gekozen voor een splitsing van een groot team dat werkte in de gehele gemeente Wieringermeer van ongeveer 30 medewerkers in twee kleinere teams: één team in Middenmeer en Slootdorp, en één team in Wieringerwerf en Kreileroord. Deze schaalverkleining resulteert in de volgende team voor de dorpen Middenmeer en Slootdorp:

Tabel 3.6.2.1: Samenstelling team V&V van de dorpen Middenmeer en Slootdorp.

Functie	Fte's	Aantal
Coördinerend wijkverpleegkundige	1,2	2
Verpleegkundige	0,7	1
Verzorgende - IG	2,2	5
Helpende +	3,3	8
Totaal	7,4	16

In het team werken twee (parttime) wijkverpleegkundigen zodat op elke werkdag een wijkverpleegkundige aanwezig is. In dit overzicht is er vanuit gegaan dat er 1,0 FTE wijkverpleegkundige is aangesteld voor de uitvoer van de reguliere taken en 0,2 FTE wijkverpleegkundige voor de uitvoer van de drie nieuwe producten. De vijf producten worden integraal door beide wijkverpleegkundigen geleverd.

Het team heeft ongeveer zeventig cliënten in zorg die beschikken over een AWBZ- of ZVW-indicatie en werkt in een verzorgingsgebied van ongeveer 5.500 burgers. Elke cliënt van Omring Thuiszorg heeft een vaste contactpersoon (EVV-er) welke uitgevoerd wordt door een teamlid V&V. De vaste contactpersoon wordt in principe zo veel mogelijk ingepland in de wijk waar haar cliënten wonen, zodat zij daar als uitgangspunt minimaal twee maal per week komt. In totaal betreft 20% van de AWBZ-indicaties *Verpleging* en 80% van de AWBZ-indicaties *Persoonlijke Verzorging*.

Tabel 3.6.2.2: Inzet van deskundigheid in de huidige financiering en bij 'Van Solex naar Laptop'.

Fase	Activiteit verpleegkundig proces	Inzet indicatie VP Huidige financiering én 'Van Solex naar Laptop'	Inzet indicatie PV Huidige financiering	Inzet Indicatie PV 'Van Solex naar Laptop'
1	Zorgproblemen inventariseren	Wijkverpleegkundige (elders ook: verzorgende IG)	Helpende-plus	Wijkverpleegkundige en/of of Verzorgende IG (EVV-er)
2	Formuleren verpleegdoelen (invullen zorgdossier)	Wijkverpleegkundige (elders ook: verzorgende IG)	Helpende-plus	Wijkverpleegkundige en/of of Verzorgende IG (EVV-er)
3	Planning van zorg	Wijkverpleegkundige of Verzorgende IG	Helpende-plus	Helpende-plus of EVV-er
4	Uitvoering van zorg	Wijkverpleegkundige of Verzorgende IG	Helpende-plus	Helpende-plus of EVV-er
5	Zorgevaluatie	Wijkverpleegkundige (elders ook: verzorgende IG)	Helpende-plus	Wijkverpleegkundige of Verzorgende IG (EVV-er)

Het Verpleegkundig proces, de basis voor de verpleegkundige beroep bestaat uit vijf fasen (zie tabel 3.6.2.2). Fasen 1, 2 en 5 zijn activiteiten die in deze Business Case met de term 'coördinerende taken' worden aangeduid. Naast deze drie activiteiten zijn er coördinerende taken welke ondersteunend zijn aan de fase 'uitvoering van zorg': veelal betreft dit indicatiebeheer, verpleegkundige administratie en overleg/afstemming met ketenpartners. In tabel 3.6.2.2 is de verpleegkundige inzet per fase weergegeven volgens de huidige financiering en bij het project 'Van Solex naar Laptop' .

Uit bovenstaande tabel blijkt dat het verschil inzake de inzet van de wijkverpleegkundige bij het project 'Van Solex naar Laptop' ten opzichte van de huidige situatie, zich bevindt in de fasen 1, 2 en 5. Bij het project 'Van Solex naar Laptop' wordt bij deze fasen uitsluitend de wijkverpleegkundigen en/of Verzorgenden-IG (is niveau 5, 4 en 3) ingezet in plaats van alle niveaus medewerkers V&V zoals de huidige financiering laat zien. De financiering van de AWBZ-indicatie Verpleging loopt niet parallel met de functie van wijkverpleegkundige. Bij de financiering van AWBZ-Verpleging wordt uitgegaan van de geleverde zorg achter de voordeur bij cliënten thuis en dan voornamelijk verpleegtechnische vaardigheden. In praktijk doet de wijkverpleegkundige veel meer, voornamelijk coördinerende taken.

Wanneer de zorgcoördinatie bij een indicatie Persoonlijke Verzorging wordt uitgevoerd door een Helpende-plus (op niveau 2, wat logisch is, gezien het tarief van dit product), heeft dit tot gevolg dat het zorgproces minder efficiënt verloopt. Er wordt zonder 'paraplublik' naar het totale individuele zorgproces gekeken. Er zal daardoor minder aandacht zijn voor zelfregie van de cliënt en het bestaande sociale steunsysteem dat hem of haar omringt. De afstemming van de geleverde zorg tussen ziekenhuis, welzijn, gemeente, langdurige zorg en overige eerstelijns partners zal niet of maar beperkt plaats vinden.

Concluderend uit bovenstaande kan worden gesteld dat door het organisatiemodel van 'Van Solex naar Laptop' de bestaande producten (coördinatie en uitvoering van zorg) van de wijkverpleegkundige worden uitgebreid met het coördineren van de Persoonlijke Verzorging. In de huidige financieringssystematiek moet dit eigenlijk worden overgelaten aan lagere niveaus medewerkers. In de huidige praktijk van de thuiszorg zien we echter dat deze versnippering leidt tot het 'uit beeld raken' van de cliënt, zijn/haar behoeften en mogelijkheden. Het organisatiemodel 'Van Solex naar Laptop' laat zien dat, het ook inzetten van de wijkverpleegkundige bij de coördinatie van cliënten met een indicatie Persoonlijke Verzorging een meerwaarde heeft voor alle betrokkenen, te beginnen bij de cliënt. In hoofdstuk vier zal nader worden ingegaan op de financiële argumenten om deze stelling te onderbouwen.

3.6.3 Brutomargemodel

Omring Thuiszorg heeft in het kader van 'Van Solex naar Laptop' een brutomargemodel laten ontwikkelen. Dit is een hulpmiddel om de gewenste functiemix in een team V&V te bepalen. Gezien de onderlinge samenhang tussen de functies in relatie tot de complexe financiering in de thuiszorg, kan dit een handig hulpmiddel zijn. Het brutomargemodel kan ingezet worden bij de vorming van de kleinschalige wijkteams op de zorgvraag en het bepalen van de functiemix in die teams. Dat wil zeggen de gewenste functionarissen in het algemeen en wijkverpleegkundigen in het bijzonder. Het model geeft inzicht in de consequenties op productiviteitsniveau (ook per functie), maar ook op de financiële resultaten. Het instrument biedt de bedrijfseconomische ratio's die voor de manager en haar teams leidend zijn en dus ook in de onderbouwing van de besluitvorming ten aanzien van de teamsamenstelling. Elk team/iedere wijk zal moeten voldoen aan de vooraf afgesproken financiële parameters. De basis van het model wordt gevuld vanuit de werkelijke resultaten: die vormen het uitgangspunt. Het model wordt digitaal gevuld vanuit het zorgregistratiepakket Helios. De verwachting is dat het model na 01-01-2011 in gebruik kan worden genomen.

3.7 Kernactiviteiten

De producten waaruit het organisatiemodel van 'Van Solex naar Laptop' bestaat bevatten een aantal samenhangende activiteiten die door de wijkverpleegkundige worden uitgevoerd. De activiteiten eindigen op het moment dat de cliënt geadviseerd is en zelf verder kan, hulp of zorg aanvaardt of wanneer de cliënt hulp afwijst. In de volgende paragrafen worden per product de activiteiten nader toegelicht. Hierdoor wordt inzichtelijk gemaakt hoe de coördinerend verpleegkundige door een samenhangend geheel van activiteiten tegemoet komt aan de uiteenlopende behoeften bij cliënten. Hiermee wordt duidelijk hoe het organisatiemodel van 'Van Solex naar Laptop' in de praktijk uitpakt. Op basis hiervan zal in hoofdstuk vier een kwantitatieve analyse worden gepresenteerd van de kosten en de baten van het organisatieconcept van 'Van Solex naar Laptop'.

3.7.1 Nieuwe producten en diensten

In deze paragraaf worden de vijf producten beschreven die de wijkverpleegkundige integraal vanuit haar functie levert.

Vraagbaak

Deze activiteit vindt plaats op het inlooppreekuur van de wijkverpleegkundige, in het wijkgebouw en in de nabije toekomst in het dorpsgezondheidscentrum. De hulpvragen van de cliënten kunnen op de volgende manieren binnenkomen:

- De cliënt of zijn of haar familie/bekenden richt zich zelf tot de wijkverpleegkundige.
- De cliënt wordt door een verwijzer, de huisarts of een welzijnswerker aangemeld.
- De cliënt wordt via de gemeente doorverwezen.

De wijkverpleegkundige doet in dit korte incidentele contact aan vraagverheldering en vroegsignalering, geeft informatie en verwijst indien relevant door naar huisarts welzijnsinstanties, de gemeente of maakt een vervolgspraak wanneer er een behoefte aan thuiszorg wordt geconstateerd.

Keukentafelgesprek

Indien tijdens het inlooppreekuur blijkt dat de hulpvraag complex is of de cliënt thuiszorg nodig lijkt te hebben, met andere woorden: de vraag is te complex om kort te kunnen afhandelen (zoals bij de vraagbaak), dan wordt er een vervolgspraak gemaakt voor een keukentafelgesprek. Voor dit gesprek komt de wijkverpleegkundige bij de cliënt thuis en wordt aan vroegsignalering gedaan waarbij de zorg/hulpvraag verder wordt geïnventariseerd. Hierop kan alsnog doorverwijzing naar genoemde andere hulp/zorgverleners/diensten plaatsvinden. Wanneer de thuiszorgvraag duidelijk is, wordt aansluitend de coördinatie opgezet. Daarnaast kan de wijkverpleegkundige de cliënt uitnodigen voor een gesprek of cursus in het kader van een preventieve interventie. In de keukentafelgesprekken staan de situatie en de behoeften van de cliënt centraal. Hieruit kan blijken dat er mantelzorgers en/of burens en kennissen zijn die kunnen worden betrokken in het zorgproces. De wijkverpleegkundige is daarnaast op de hoogte van de aanwezigheid in de wijk van welzijnsorganisaties, vrijwilligers of andere informele zorgbronnen. De wijkverpleegkundige brengt de cliënt en deze omringende zorgbronnen bij elkaar en organiseert en coördineert dit proces. Ze checkt of de gemaakte afspraken effectief zijn gebleken in relatie tot de hulpvraag.

In beginsel worden twee keukentafelgesprekken gevoerd, waarin de wijkverpleegkundige samen met de cliënt komt tot het gewenste vervolg.

Preventieve interventies

Bij de preventieve interventies gaat het om het door cliënten bijwonen van bijeenkomsten die worden verzorgd door de wijkverpleegkundige. Dit kunnen individuele of groepsbijeenkomsten zijn voor cliënten, bijvoorbeeld: 'overgewicht bij ouderen' of een rollatorspreekuur, maar ook voor mantelzorgers, bijvoorbeeld: 'cursus omgaan met dementie'. Bij voorkeur zijn de interventies evidence based en anders practice based. Dit kan bij cliënten thuis of in algemene ruimte plaats vinden.

3.7.2 Bestaande producten en diensten

Coördinatie van zorg

Wanneer uit bovenstaande activiteiten een duidelijke thuiszorgbehoefte is geconstateerd organiseert de wijkverpleegkundige een intakegesprek met de nieuwe cliënt met een indicatie voor Verpleging en/of Persoonlijke Verzorging en/of diens mantelzorger. Een EVV-er of zij zelf inventariseert in overleg met cliënt en/of diens mantelzorger(s) welke zorgproblemen er zijn, en legt deze vast in het zorgdossier. De wijkverpleegkundige of de EVV-er bespreekt in het een intakegesprek de verpleegdoelen, legt deze vast in het zorgdossier en vult alle overige onderwerpen in het zorgdossier in die nodig zijn om te komen tot een kwalitatief goede zorgverlening.

Gedurende de uitvoering van zorg verricht de wijkverpleegkundige diverse coördinerende taken. Bijvoorbeeld: indicatiebeheer, verpleegkundige administratie en overleg/afstemming met ketenpartners. Dit zijn in het bijzonder zorgverleners in de eerste en tweede lijn. Door haar zeer uitgebreide kennis van de sociale kaart, is zij nog beter dan voorheen in staat de zorg met ketenpartners af te stemmen. Afspraken worden vastgelegd in het zorgdossier.

Zes weken na opname wordt de zorg door de EVV-er geëvalueerd en daarna wordt de zorg jaarlijks geëvalueerd met de cliënt en/of diens mantelzorger door de wijkverpleegkundige.

Uitvoering van zorg

De zorg aan de cliënt wordt ingepland en uitgevoerd door het team V&V conform de in het intakegesprek gemaakte afspraken.








3.8 Kerncapaciteiten

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de benodigde personele en materiële capaciteiten om de producten uit het zorgconcept van 'Van Solex naar Laptop' te kunnen leveren. In deze paragraaf wordt ingegaan op de kerncapaciteiten van de wijkverpleegkundige en worden de kerncapaciteiten van de overige teamleden V&V buiten beschouwing gelaten.

3.8.1 Kerncapaciteiten Wijkverpleegkundige

In onderstaande tabel staan de competenties en functie-eisen waar de wijkverpleegkundige over moeten beschikken. Deze zijn specifiek van belang voor het organisatieconcept van 'Van Solex naar laptop' en zijn aanvullend op het bestaande competentieprofiel.

Tabel 3.8.1.1: Competenties van wijkverpleegkundige.

Competenties van wijkverpleegkundige	
	Outreaching en pionierend: Gaat actief naar cliënten toe, heeft een open houding, wekt vertrouwen en haalt de vraag op.
	Oplossingsgericht en pragmatisch: Richt zich op de kansen en mogelijkheden van cliënt en stimuleert het vergroten van de eigen mogelijkheden en de eigen regie.
	Sensitief: Heeft oog, zorg en respect voor de gevoelens van anderen, toont belangstelling voor de mening en motieven van anderen, stelt zich positief en tolerant op ten opzichte van verschillen in behoeften, zienswijzen, gewoontes en achtergronden.
	Samenwerkend en netwerkend: Werkt constructief met anderen samen om doelen te bereiken, deelt informatie met anderen en stimuleert onderlinge samenwerking. Is aanspreekbaar op het eigen samenwerkgedrag intern en extern in alle formele en informele netwerken.
	Cliënt - en servicegericht: Gericht op een vlotte, efficiënte en persoonlijke service aan cliënt; doet alles om ervoor te zorgen dat aan de behoefte van de cliënt wordt voldaan.
	Creatief en Innovatief: Komt met nieuwe en originele ideeën; signaleert nieuwe benaderingen; maakt zich los van traditionele opvattingen.
Functie-eisen wijkverpleegkundige	
	Medewerkers met HBO-V diploma of HBO denk- en werkniveau (niveau 5); De wijkverpleegkundige beschikt over kennis van motiverende gesprekstechnieken (motivational interviewing); De wijkverpleegkundige beschikt over kennis van de lokale sociale kaart.

Bij het aanstellen van deze wijkverpleegkundigen, wordt expliciet geworven op bovengenoemde competenties. Wanneer een wijkverpleegkundige beschikt over een HBOV-diploma, beschikken zij veelal over de meeste competenties die in bovenstaande tabel zijn aangegeven. Expliciet aandachtspunt in dit experiment blijkt de competentie voor 'samenwerken en netwerken'.

Voor ervaren verpleegkundigen zonder HBOV-diploma is het noodzakelijk aanvullend te scholen in de gesprekstechniek 'Motivational Interviewing'. Ook is het van belang eerder verworven competenties en HBO-werk- en denkniveau in kaart te brengen en zo nodig gericht aanvullend te scholen op ontbrekende competenties of deskundigheid. Kennis (opdoen) van de lokale sociale kaart is daarbij een voorwaarde.

3.8.2 Capaciteiten materieel

De benodigde materiële capaciteiten voor de wijkverpleegkundige zijn:

- Huisvesting. Het betreft hier de huur van een ruimte voor de gesprekken;
- Facilitaire capaciteiten. Hierbij moet worden gedacht aan informatiemateriaal;
- Een laptop met internetverbinding voor de wijkverpleegkundige.

3.9 Samenwerkingsverbanden

De wijkverpleegkundigen werkt in het organisatieconcept van 'Van Solex naar Laptop' intensief samen met lokale stakeholders op het gebied van wonen, welzijn, zorg en gemeente. Voor de producten vraagbaak en keukentafelgesprekken werkt zij intensief samen met welzijns- en vrijwilligersorganisaties. Voor de producten uitvoering verpleegkundige zorg en zorgcoördinatie werkt zij intensief samen met eerstelijns partners bijvoorbeeld de huisarts, GGZ, diëtist en het DOC-team. En voor het product preventieve interventies werkt zij intensief samen met gemeente (GGD) en eerstelijns medewerkers.

3.9.1 Gemeente

Het WMO-loket van de gemeente is een belangrijke partner die de wijkverpleegkundige in kan schakelen voor het laten uitvoeren van Keukentafelgesprekken bij cliënten met complexe zorgvragen. Dit zijn de meer complexe zorgvragen welke buiten de werkingssfeer van de WMO vallen. Op haar beurt kan de wijkverpleegkundige het WMO-loket inschakelen bij vragen op het gebied van bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, hulpmiddelen of gemeentelijke financiële regelingen.

3.9.2 Huisarts

Van oudsher is de huisarts de ketenpartner met wie de wijkverpleegkundige het meest intensief samenwerkt. Daar waar de huisarts een regisserende rol heeft, heeft de wijkverpleegkundige een coördinerende rol in de dagelijkse praktijk. In ad hoc situaties kan de wijkverpleegkundige de huisarts inschakelen ten behoeve van de cliënt. In dit concept kan dit ook bij cliënten zonder indicatie. Desgewenst spreken de huisarts en de wijkverpleegkundige periodiek de gezamenlijke cliënten door.

3.9.3 Zorgkantoor

Het zorgkantoor is het uitvoeringskantoor van de AWBZ. Het financiert de AWBZ-functies Verpleging (VP) en Persoonlijke Verzorging (PV). In deze twee tarieven zit een component voor de bijbehorende coördinatie van zorg.

Het organisatieconcept van 'Van Solex naar Laptop' sluit aan bij de visie van het zorgkantoor Noord-Holland Noord, zoals blijkt bij het lezen van de website van het Zorgkantoor: 'Extramurale zorg biedt verzorging en verpleging in uw eigen vertrouwde huis. Dit is soms nodig bij ziekte, een chronische aandoening, ouderdom of een andere reden. Opname in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis kan zo worden voorkomen, uitgesteld of verkort'.

3.9.4 Welzijnsorganisatie

De lokale welzijnsorganisatie is een belangrijke partner die de wijkverpleegkundige in kan schakelen voor het laten uitvoeren van Keukentafelgesprekken bij cliënten met complexe zorgvragen. Op haar beurt kan de wijkverpleegkundige de welzijnsorganisaties inschakelen voor welzijnsactiviteiten en inzet vrijwilligers bij de cliënt.

3.9.5 Woningbouwvereniging

De lokale woningbouwvereniging is een belangrijke partner die de wijkverpleegkundige in kan schakelen voor het laten uitvoeren van Keukentafelgesprekken bij cliënten met complexe zorgvragen. De lokale woningbouwvereniging kan een belangrijke rol spelen bij vroegsignalering en de juiste huisvesting van kwetsbare cliënten, om te voorkomen dat cliënten onnodig worden opgenomen in verpleeg- of verzorgingshuis. Op haar beurt kan de wijkverpleegkundige de woningbouwvereniging inschakelen bij problemen met het wonen bij cliënten.

3.9.6 Zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar is een toenemend belangrijke partner in de praktijk, omdat deze de ZVW uitvoert en in toenemende mate preventiebeleid zal formuleren en preventieve interventies zal gaan financieren.

3.10 Conclusies: Aannames, Continuïteit & Kopieerbaarheid

In deze paragraaf zal nader worden ingegaan op continuïteit en kopieerbaarheid van het experiment 'Van Solex naar Laptop'.

3.10.1 Minimale basisvereisten & kritieke succesfactoren

Het organisatieconcept van 'Van Solex naar Laptop' veronderstelt een aantal minimale basisvoorwaarden. :

- De nieuwe producten van het project 'Van Solex naar Laptop' kunnen niet worden opgeknipt over verschillende (niveaus) van functionarissen. Zij maken integraal onderdeel uit van de functie van wijkverpleegkundige. Dit geldt zowel binnen als buiten de thuiszorg. De meerwaarde zit er in dat deze combinatie van producten door één en dezelfde persoon (of in duoverband door 2 wijkverpleegkundigen) op buurtniveau worden gegeven. Doordat de wijkverpleegkundige betere contacten heeft met haar ketenpartners, komt deze kennis ook de reguliere thuiszorgcliënt ten goede.
- Het beschikken over een relevant netwerk door de wijkverpleegkundige is een voorwaarde voor de uitvoering. Door de huidige financiering van de wijkverpleegkundige in de thuiszorg zijn veel van deze van oudsher natuurlijke contacten in de wijk verwaterd. Alleen met een goed netwerk in de wijk, is de wijkverpleegkundige in staat uitvoering te geven aan haar nieuwe taken, vooral bij het doorverwijzen naar andere hulpverleners of diensten en vice versa.
- Het is noodzakelijk dat er per team V&V minimaal 2 wijkverpleegkundigen werken. Enerzijds omdat in de praktijk bijna alle wijkverpleegkundigen parttime werken, anderzijds om de continuïteit van de wijkverpleegkundige zorg over een hele werkweek te garanderen.
- Het is van belang dat de wijkverpleegkundige beschikt over motiverende gesprekstechnieken.
- Voor de zorgcoördinatie en de uitvoering van verpleging en verzorging is het noodzakelijk om met kleine geïntegreerde teams Verpleegkundigen & Verzorgenden (circa 15 personen, met gemiddeld 50% medewerkers van niveau 2 en 50% medewerkers van niveau 3, 4 en 5) buurtgericht te werken, zodat de lijnen tussen de wijkverpleegkundige en de overige teamleden V&V kort zijn.
- Elke cliënt heeft een contactpersoon (verpleegkundige, verzorgende IG of helpende-plus). Het is ondoenlijk voor de wijkverpleegkundige om voor alle cliënten in haar wijk de vaste contactpersoon (EVV-er) te zijn.
- Het team V&V levert uitsluitend verpleging en verzorging en geen hulp bij het huishouden.
- Het team V&V kan 24 uur per dag en zeven dagen per week terugvallen op een bovenregionaal georganiseerd team (zeer) gespecialiseerde verpleegkundigen.
- Er wordt aangenomen dat de reguliere producten die de wijkverpleegkundige levert, de coördinatie en uitvoering van zorg, ook over vijf jaar nog steeds worden gefinancierd.

3.10.2 Risico's

Daarnaast worden een aantal risico's ondervonden die de levensvatbaarheid van het organisatieconcept van 'Van Solex naar Laptop' bedreigen:

- Het niet ontvangen van een financiële vergoeding:
Het is onzeker of er financiering wordt gevonden voor de uitvoer van de drie nieuwe producten Vraagbaak (1), Keukentafelgesprekken (2) en Preventieve interventies (3). Wanneer de producten niet financieel vergoed worden (uren wijkverpleegkundige, ruimte voor spreekuur, materialen, etc) dan zal bijvoorbeeld bij het niet vergoeden van preventieve interventies eerder gezondheidsklachten optreden, dan wel bestaande klachten blijven bestaan. Wanneer de kosten voor keukentafelgesprekken ter ondersteuning van het sociale steunsysteem niet worden vergoed zal een cliënt minder informele zorg ontvangen en zal deze eerder in aanmerking komen voor formele thuiszorg dan wel opname in verpleeg- of verzorgingshuis.
- Er komen geen cliënten:
Wanneer er geen cliënten op het wijkverpleegkundige spreekuur komen dan bestaat de kans dat cliënten rond blijven lopen met vragen over wonen, welzijn en zorg. Het kan ook betekenen dat het sociale steunsysteem rondom te cliënt niet optimaal wordt georganiseerd, waardoor de cliënt sneller beroep zal doen op formele thuiszorg, transmurale of intramurale zorg. Bij het niet doorverwijzen naar preventieve interventies of andere hulpverleners kan het betekenen dat eerder of meer gezondheidsklachten optreden, dan wel bestaande klachten blijven bestaan.
- Ketenpartners verwijzen geen kwetsbare cliënten door naar wijkverpleegkundige:
Dit kan betekenen dat het sociale steunsysteem rondom te cliënt niet optimaal wordt georganiseerd, waardoor de cliënt sneller beroep zal doen op formele thuiszorg of intramurale zorg. Bij het niet doorverwijzen naar preventieve interventies of andere hulpverleners kan het betekenen dat eerder gezondheidsklachten optreden, dan wel dat bestaande klachten blijven bestaan of verergeren.
- Aanwezigheid van meerdere thuiszorgaanbieders:
Wanneer er in een regio meerdere thuiszorgaanbieders zijn met een relatief groot marktaandeel, kan het voor de inwoners uit die regio erg verwarrend zijn als elke organisatie een wijkverpleegkundig spreekuur gaat houden of actief preventieve interventies aan gaat bieden. Op dit moment levert ook de huisarts meer en meer preventieve interventies. Dit model zal daardoor mogelijk beter werken in afgebakende wijk (dorp op platteland) met niet te complexe thuiszorginfrastructuur. Indien er meerdere partijen nieuwe producten als vraagbaak en preventieve interventies gaan aanbieden, zal er afstemming plaats dienen te vinden al dan niet onder regie van gemeente en/of zorgverzekeraar.
- Afname van het aantal geïndiceerde uren Verpleging wegens bezuinigingen:
Het percentage indicaties Verpleging is nog geen 20% ten opzichte van Persoonlijke Verzorging ruim 80%. Bij relatieve toename van het aantal indicaties PV vindt een samenhangende verlaging van de inkomsten plaats en neemt de (betaalbaarheid van de) formatie wijkverpleegkundigen en Verzorgenden-IG rechtsevenredig af.

- Het ontvangen van een te lage financiële vergoeding bij cliënten met een indicatie voor de functie Persoonlijke Verzorging voor het uitvoeren van coördinerende taken door een wijkverpleegkundige:
Er lijkt in 2010 een dieptepunt te zijn bereikt in de mogelijkheden voor de uitvoering van de coördinerende taken door de wijkverpleegkundigen bij cliënten met een indicatie Persoonlijke Verzorging. Nu al is het aantal indicaties Persoonlijke Verzorging ruim 80% van het totale cliëntenbestand ten opzichte van het aantal indicaties Verpleging (nog geen 20%). Dit aantal lijkt nog steeds te stijgen. Het tarief van Persoonlijke Verzorging is niet toereikend om bij een nog hoger percentage cliënten met een indicatie PV deze taken door een wijkverpleegkundige te laten uitvoeren. Dit betekent dat de coördinerende taken door medewerker van lager deskundigheidsniveau zou moeten worden uitgevoerd. Deze categorie medewerkers heeft niet de expertise van een wijkverpleegkundige om integraal de multidisciplinaire zorg rondom de cliënt te organiseren en heeft niet de competenties om op te treden als een samenbindend element tussen langdurige zorg, welzijn, eerste lijn en ziekenhuiszorg. Om de formatie wijkverpleegkundigen op het huidige niveau (circa 1,2 FTE) te behouden in de wijk (wat verwacht wordt omdat zij coördinerende taken verrichten), zal door natuurlijk verloop bij verdere afname van indicaties Verpleging als eerste de bestaande formatie Verzorgenden-IG afgebouwd gaan worden.
- De drie nieuwe producten worden losgeknipt van de functie van de wijkverpleegkundige en worden geleverd door een andere functionaris die geen onderdeel uitmaakt van een team V&V. Deze functionaris kan niet in de dagelijkse praktijk de meerwaarde (zoals de toegenomen kennis van de sociale kaart, kennis van preventie en mantelzorgondersteuning) verbreden naar cliënten en de medewerkers in de teams V&V en vice versa.

3.10.3 Continuïteit

De nieuwe en bestaande (hoewel gewijzigde) producten die de wijkverpleegkundige biedt, vertonen onlosmakelijke samenhang. Ze kunnen niet worden opgeknipt over verschillende (niveaus) van functionarissen. Dit geldt zowel binnen als buiten de thuiszorg. De meerwaarde is gelegen in de combinatie van producten die door één en dezelfde persoon (of in duoverband door 2 wijkverpleegkundigen) op buurtniveau worden gegeven. Juist deze samenhang is cruciaal voor deze voorgestelde nieuwe werkwijze van de wijkverpleegkundige.

De continuïteit van deze voorgestelde nieuwe werkwijze ligt enerzijds in de samenhang van de producten en wordt anderzijds geborgd in de rollen die de wijkverpleegkundige aanneemt en de wijze waarop zij het contact met de burgers en de cliënten invult. Kortom, het volledig tot zijn recht laten komen van deze functie staat en valt met de juiste afstemming tussen de bevoegdheid van de wijkverpleegkundige (het brede takenpakket dat zij/hij heeft) en de verantwoordelijkheid die zij/hij daarvoor draagt (de invloed die zij kan uitoefenen op de manier waarop zij haar eigen werk kan invullen).

3.10.4 Kopieerbaarheid

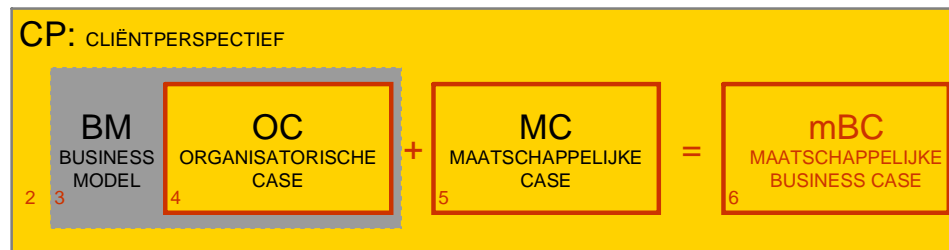
Onder kopieerbaarheid worden de herhaalbaarheid en de leereffecten beschouwd van de gezamenlijke bouwstenen, in het licht van de mogelijkheid om de innovatie te verbreden naar de sector en op te schalen naar beleids- en financieringsniveau. De producten zijn te vertalen naar andere wijken, mits aan de randvoorwaarden wordt voldaan. Van expliciet belang is hierbij dat de drie nieuwe producten onlosmakelijk verbonden zijn aan de functie van wijkverpleegkundige en dat met het losknippen de meerwaarde van het concept 'Van Solex naar Laptop' verdwijnt.

De functie van wijkverpleegkundige is een flexibele functie. De wijkverpleegkundige verenigt vele aspecten in zich. Er zullen in elke wijk andere accenten op haar functie liggen.

Het aantal uren dat per product in een wijk weggezet kan worden, zal afhangen van de doelgroepen en probleemstellingen in de wijk. We verwachten bijvoorbeeld in een achterstandwijk in een grote stad relatief meer noodzaak tot het uitvoeren van keukentafelgesprekken door middel van outreachende huisbezoek en relatief minder vragen bij een wijkverpleegkundige spreekuur.

De werkwijze om een team Verpleging & Verzorging met een nadrukkelijke coördinerende rol van de wijkverpleegkundige vanuit een dorpsgezondheidscentrum te laten werken, is wellicht ook te vertalen naar een wijk in een stad. Dit zal aanpassingen in het concept vereisen doordat er sprake is van een andere schaalgrootte en andere problematiek. In een stad is relatief meer sprake van burgers met lage SES en allochtonen, zijn de communicatielijnen langer, is er minder burenhulp en is er een ander, veelal complexer palet aan ketenpartners.

4 Organisatorische case (OC)



Dit hoofdstuk beschrijft de organisatorische case (OC) van het Business Model. Het beschrijft de vertaling van de kosten-baten afwegingen op het niveau van de dorpen Middenmeer en Slootdorp waar het experiment 'Van Solex naar Laptop' is gehouden. Eerst komt de financiering in de innovatiefase aan bod en vervolgens de financiering na afloop van het experiment. Aan het eind van dit hoofdstuk worden deze effecten geëxtrapoleerd naar organisatieniveau. De ontwikkeling naar 2015 wordt uit de doeken gedaan en het tekort en de knelpunten in financiering over een vijfjarige periode inzichtelijk gemaakt.

De wijkverpleegkundigen in 'Van Solex naar Laptop' bieden drie nieuwe producten aan Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3). Deze producten leveren zij naast de bestaande producten Uitvoering en Coördinatie van zorg en deze maken integraal deel uit van haar functie. VWS stelt expliciet dat zij de integraal werkende wijkverpleegkundige ziet als 'een voornaam samenbindend element tussen langdurige zorg, welzijn, eerste lijn en ziekenhuiszorg'. In deze organisatorische case is deze samenhang verder uitgewerkt.

4.1 Huidige financiële situatie in de innovatiefase

4.1.1 Startinvesteringen

Het experiment 'Van Solex naar Laptop' is eind 2008 van start gegaan. Doordat het project al in 2008 is gestart zijn in de tabellen in de volgende paragrafen geen investeringkosten opgenomen. Aangezien bij de uitrol van de werkwijze 'Van Solex naar Laptop' in een ander dorp deze investeringen weer moeten worden gemaakt worden ze hierbij toegelicht:

De investeringen die moeten worden gedaan bestaan enerzijds uit de investering van tijd voor kennismakingsgesprekken tussen de wijkverpleegkundige en de belangrijke stakeholders in de eigen wijk zoals de welzijn- en vrijwilligersorganisaties, woningcorporaties, etc. De tijdsinvestering per wijkverpleegkundige bedraagt veertig uur. De investeringskosten hiervoor voor twee wijkverpleegkundigen bedraagt € 5.480,-

Daarnaast hebben de twee wijkverpleegkundigen elk een minilaptop gekregen, zodat zij ongeacht de werkplek over alle relevante informatie kunnen beschikken. De kosten voor twee minilaptops bedroegen eenmalig € 700,00.

4.1.2 Kostenopbouw

In Middenmeer en Slootdorp leveren de twee wijkverpleegkundigen reguliere thuiszorg (coördinatie en uitvoering van zorg) aangevuld met de drie nieuwe producten Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3). Deze taken zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. In deze organisatorische case ligt de focus op de drie nieuwe producten.

Onderstaande tabel laat de benodigde tijdsbesteding van de wijkverpleegkundigen voor deze drie nieuwe producten zien naast tijdsbesteding voor de reguliere producten (omdat deze producten onlosmakelijk door de wijkverpleegkundigen worden geleverd).

Tabel 4.1.2.1: Het aantal uren per week per product geleverd door de 2 wijkverpleegkundigen.

Nieuwe producten	Aantal uren inzet wijkverpleegkundige	FTE
Vraagbaak	1 uur (netto)	
Keukentafelgesprekken	3 uur (netto)	
Preventieve interventies	1 uur (netto)	
Subtotaal	5 uur (netto) = 8 uur (bruto)	0,2 FTE
Bestaande producten		
Coördinatie van zorg	Afhankelijk van indicaties	
Uitvoering van zorg	Afhankelijk van indicaties	
Subtotaal	36 uur (bruto)	1,0 FTE
TOTAAL KOSTEN	44 uur (bruto)	1,2 FTE

Bij de drie nieuwe producten is uitgegaan van een productiviteit van 65%. Dus 8 bruto uren inzet van de wijkverpleegkundige, betekent afgerond netto 5 uur. Deze 5 uren worden verdeeld over de twee wijkverpleegkundigen uit 'Van Solex naar Laptop'.

Naast wijkverpleegkundigen verrichten ook de teamleden V&V reguliere thuiszorg. De uren die zowel de wijkverpleegkundige besteedt aan reguliere thuiszorg alsmede de uren die de overige teamleden V&V besteden aan reguliere thuiszorg worden in de organisatorische case buiten beschouwing gelaten (!). In deze organisatorische case wordt dus alleen gefocust op 5 netto uren die nodig zijn voor het leveren van de drie nieuwe producten die de wijkverpleegkundige levert. Deze kunnen op dit moment niet gefinancierd worden vanuit de AWBZ, ZVW of WMO.

Aan de hand van het aantal uren dat de wijkverpleegkundige besteedt aan de uitvoer van de drie nieuwe producten, kunnen de kosten per jaar hiervan worden bepaald. Zie hiertoe tabel 4.1.2.2.

Tabel 4.1.2.2: Overzicht kosten 'Van Solex naar Laptop' voor de drie nieuwe producten Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3).

Exploitatieoverzicht	Omschrijving	Bedrag per jaar
Extra kosten voor 0,2 FTE wijkverpleegkundigen	5 netto uren wijkverpleegkundige per week	€ 17.810,00
Algemene kosten	Foldermateriaal	€ 750,00
TOTAAL KOSTEN		€ 18.560,00

Toelichting op tabel 4.1.2.2

- Bij het berekenen van het tarief van de 5 netto uren die de wijkverpleegkundige aan de drie nieuwe producten besteedt, is om pragmatische redenen uitgegaan van de algemeen geldende Nza-tarieven voor verpleging (VP). Dit tarief is in 2011 € 68,50. Het hanteren van het Nza-tarief betekent dat de volgende posten in dit tarief zijn verwerkt en niet apart zijn begroot:
 - overhead
 - management
 - kantoorkosten
 - reistijd en reiskosten

- Gemiddeld zal er 0,2 FTE wijkverpleegkundige nodig zijn om 5 netto uren effectief per week in te zetten voor de drie nieuwe producten. Er wordt hierbij uitgegaan van een productiviteit van 65%. Dit is een beduidend hogere productiviteit dan de wijkverpleegkundige in de reguliere zorg bij de twee bestaande producten haalt. Door de aard van de drie nieuwe producten zijn echter de reistijd, administratie- en coördinatietijd voor de wijkverpleegkundige lager dan in de reguliere zorg. Om deze reden is bij het bepalen van de benodigde FTE wijkverpleegkundige voor de uitvoer van de drie nieuwe producten van een hogere productiviteit uitgegaan.
- De kosten en baten van de overige uren van de wijkverpleegkundige (1,0 FTE) en haar collega's V&V voor het leveren van Verpleging, Persoonlijke Verzorging en Coördinatie van zorg zijn buiten beschouwing gelaten. De aanname hierbij is dat deze producten over vijf jaar nog steeds worden gefinancierd.
- Algemene kosten: Hierbij gaat het om kosten voor extra informatiemateriaal voor cliënten.
- Huisvestingskosten: Het is een noodzakelijke voorwaarde voor de functie Vraagbaak dat er 1 uur per week op een strategische plaats in het dorp Middenmeer spreekuren door de wijkverpleegkundige worden gehouden. In de praktijk kan dit zonder extra kosten plaats vinden in het wijkgebouw waar het team V&V is gehuisvest.

4.1.3 Opbrengsten en subsidies

De uren die de wijkverpleegkundigen en haar teamleden V&V besteden aan de uitvoer van reguliere thuiszorg worden gefinancierd vanuit de AWBZ en de ZVW. Deze uren worden, zoals eerder aangegeven, buiten beschouwing gelaten.

De 5 uren die de wijkverpleegkundige per week besteed aan de producten Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3) worden op dit moment gefinancierd met subsidie in het kader van het TransitieProgramma in de Langdurende Zorg vanuit de AWBZ en VWS. Hiertoe is tot 01-01-2011 subsidie verleend. Hiermee is de exploitatie in de innovatiefase toereikend.

Tabel 4.1.3.2: Overzicht kosten 'Van Solex naar Laptop' voor de drie producten.

Exploitatieoverzicht	Omschrijving	Bedrag per jaar
Kosten personeel	5 netto uren wijkverpleegkundige per week	€ 17.810,00
Algemene kosten	Foldermateriaal	€ 750,00
TOTAAL KOSTEN		€ 18.560,00
Opbrengsten uit activiteiten	TPLZ-Subsidie vanuit AWBZ en VWS	€ 18.560,00
TOTAAL BATEN		€ 18.560,00
TOTAAL RESULTAAT EXPLOITATIE TOT 01-01-2011		€ 00,00

Het resterende bedrag van de TPLZ-subsidie dat Omring Thuiszorg heeft ontvangen, is buiten beschouwing van deze tabel gehouden.

4.2 Ontwikkeling kostenopbouw structuur en financiële resultatentabel 2011-2015

Verwacht wordt dat de kosten voor het leveren van de drie nieuwe producten Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3) in de komende vijf jaren per jaar vrijwel gelijk zullen blijven zoals in tabel 4.1.2.2 beschreven is. De kosten betreffen uitsluitend de personele kosten van de wijkverpleegkundige voor de uitvoer van deze drie producten en het foldermateriaal.

Na 01-01-2011 vervalt de TPLZ-subsidie vanuit de AWBZ en VWS. Er is dus binnen dit experiment een jaarlijks verwacht tekort van € 18.560,00. Zie tabel 4.2.1. Voor deze kosten zal aanvullende dekking gezocht moeten worden. Als dit niet gevonden wordt, is de consequentie hiervan dat de drie nieuwe producten Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3) niet kunnen worden uitgevoerd. Daarmee vervalt de toegevoegde waarde van deze producten zoals in paragraaf 3.2.1 omschreven is.

Tabel 4.2.1 Kosten voor continueren uitvoer drie producten per jaar tot 2015.

	2011	2012	2013	2014	2015
Totaal kosten per jaar	€ 18.560,00	€ 18.560,00	€ 18.560,00	€ 18.560,00	€ 18.560,00
Inkomsten per jaar	-	-	-	-	-
EXPLOITATIE PER JAAR	-€ 18.560,00	-€ 18.560,00	-€ 18.560,00	-€ 18.560,00	-€ 18.560,00

Toelichting op tabel 4.2.1: Er is geen rekening gehouden met inflatie.

4.3 Risico's en gevoeligheid

Het grootste risico voor de exploitatie is dat geen aanvullende financiering wordt gevonden voor de uitvoer van de drie producten Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3).

4.4 Knelpunten in de financiering

4.4.1 Knelpunten in financiering van de drie nieuwe producten (vraagbaak, keukentafelgesprek en preventieve interventies)

Op dit moment bestaat er in de huidige financieringsstructuur voor zorg en welzijn geen standaard mogelijkheid om de producten Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3) integraal te financieren. Onderdelen hiervan kunnen mogelijk uit additionele middelen of meerdere bronnen gefinancierd worden. Op dit moment is er geen zicht op de daadwerkelijke mogelijkheden. Hieronder worden enkele mogelijke bestaande financieringsbronnen voor deze drie producten beschreven met bijbehorende knelpunten.

- Er bestaat het product AIV in de thuiszorgfinanciering. AIV betekent 'Advies, Instructie en Voorlichting'. AIV wordt ingezet ten behoeve van mensen met (een kans op) een chronische ziekte en/of een langdurige beperking, in situaties waarin de verpleegkundige met de cliënt uitzoekt hoe aanwezige gezondheidsproblemen het best kunnen worden aangepakt. Deze inzet van AIV zal doorgaans plaatsvinden op basis van verwijzing van de huisarts, de medisch specialist, het ziekenhuis, revalidatiecentrum of verpleeghuis. Deze financiering zou gebruikt kunnen worden voor Vraagbaak (1) en speciaal voor de Keukentafelgesprekken (2).

Er is voor het continueren van 'Van Solex naar Laptop' een aanvraag voor extra uren AIV voor 2011 ingediend bij het Uvit-Zorgkantoor Noord-Holland Noord. Uvit heeft de aanvraag afgewezen en heeft aangegeven om Uvit-breed geen extra uren AIV te contracteren in 2011.

- De huidige financiering van Preventieve interventies (3) verloopt via een subsidie van ZonMw. Deze subsidie vervalt met ingang 01-01-2013 en de gelden gaan naar verwachting over van ZonMw naar een andere financier. Hiervoor worden gemeenten en zorgverzekeraars als mogelijke toekomstige uitvoerders genoemd. Dit betekent dat de toekomstige financiering van preventieve interventies nog niet helder is.
- De preventieve interventie 'seniorenspreekuur', zoals nu door ZonMw wordt gesubsidieerd, heeft veel overlap met het product Keukentafelgesprekken (2). Het grote verschil is dat bij het seniorenspreekuur in de praktijk veelal de senioren op eigen initiatief naar een spreekuur op kantoor komen. Keukentafelgesprekken worden bij burgers thuis gehouden en vinden veelal op verwijzing van een ketenpartner op gebied van wonen, zorg of welzijn plaats. De problematiek is meestal complexer. De doelgroep bestaat overwegend uit de oudere senioren met een lage SES, ongezonde leefstijl en meerdere gezondheidsproblemen. Als er al financiering voor de Keukentafelgesprekken zullen worden gevonden vanuit preventiegelden, bestaat de kans dat dit geen structurele maar incidentele subsidies zijn. Dit betekent een jaarlijkse onzekerheid over de gelden en jaarlijkse inspanningen voor het aanvragen en verantwoorden van deze gelden. Bovendien kan er dan minder ad hoc op de lokale behoeften uit de wijk aan preventieve interventies worden ingespeeld. Een ander nadeel is tevens dan dat de drie producten niet integraal door de wijkverpleegkundige worden uitgevoerd en als het ware worden opgeknipt. Daarmee verliest de meerwaarde van het tezamen aanbieden van deze producten door een wijkverpleegkundige in combinatie met de reguliere uitvoering van zorg zijn cruciale doel.
- Voor Preventieve interventies (3) is de trend dat de zorgverzekeraar meer en meer effectief bewezen preventieve interventies gaat vergoeden. In praktijk bestaan er nog weinig van deze evidence based preventieve interventies. De meeste interventies zoals rollatorspreekuur en seniorenspreekuur zijn veelal practice based of goed beschreven interventies, of er is nog geen onderzoek naar effectiviteit gedaan. Dit maakt de kans op vergoeding door de ziektekostenverzekeraar op dit moment zeer beperkt.
- Afhankelijk van de gemeenten bestaan er mogelijkheden in de regelgeving om producten Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3) door gemeenten te laten financieren. Dit zou kunnen in het kader van de WMO (met name prestatieveld 4 en 5), het lokaal gezondheidsbeleid of de preventienota. Voor een structurele financiering van de drie nieuwe producten en zeker bij een verbreding naar andere werkgebieden, kan dit mogelijkheden bieden. Nadeel hierbij is echter dat het intergemeentelijk tot grote verschillen kan leiden en het beleid afhankelijk is van de lokale politiek. Bovendien, zo leert onze ervaring, kost het een lange periode van maanden tot jaren om een en ander in samenspraak met gemeenten te realiseren. Gemeenten hebben anno 2011 bovendien te maken met kortingen op hun budget.
- Bovengenoemde knelpunten worden groter naar mate 'Van Solex naar Laptop' verder opgeschaald gaat worden naar andere regio's.

4.4.2 Knelpunten in financiering van de twee bestaande producten (coördinatie van PV en VP en uitvoering van zorg)

De toekomstige betaalbaarheid van de wijkverpleegkundige in de thuiszorg staat onder druk. In deze paragraaf worden knelpunten beschreven in de financiering van de Coördinatie en Uitvoering van zorg door de wijkverpleegkundigen.

Zoals eerder benoemd besteedt de wijkverpleegkundige 1,0 FTE van haar functie aan het Coördineren van Verpleging (VP) en Persoonlijks Verzorging (VP), en het Uitvoeren van zorg.

Deze uren worden gefinancierd vanuit de AWBZ en ZVW. Van de totale inzet van circa 1,0 FTE wijkverpleegkundige, besteedt de wijkverpleegkundige gemiddeld 60% aan coördinerende taken voor cliënten met een indicatie Persoonlijke Verzorging. Zie hiertoe ook tabel 3.6.2.2. Deze improductieve uren moeten terugverdiend worden met een hogere productiviteit van de directe zorgverlening door de medewerkers V&V. Dit is zorg die verleend wordt bij cliënten thuis achter de voordeur. De verschillen in het tarief PV en VP zijn hoog: het tarief voor PV is € 44,42 en het tarief voor VP is € 68,50 in 2011.

Het valt buiten het kader van dit experiment om deze problematiek hier verder uit te werken. Helder is wel dat we op dit moment een omkeerpunt lijken te bereiken. Bij verdere afname van het aantal indicaties VP in relatie tot aantal indicaties PV zal de betaalbaarheid en daarmee het aantal FTE's van wijkverpleegkundigen (en verzorgenden-IG) in de thuiszorg verder afnemen. Het LOC, de NPCF en V&VN waarschuwen ervoor dat verpleging thuis door de huidige financieringswijze *'riskant verzwakt raakt en dat verpleging versmald wordt tot verpleegtechnische vaardigheden'*.

De effecten van de huidige financiering op de inzet van wijkverpleegkundigen staan in schrijnende tegenspraak tot uitspraken van bijvoorbeeld ex-staatssecretaris J. Bussemaker als : *'Goede zorg wordt het sterkst ervaren als de relatie tussen de cliënt en de professional goed is en gebaseerd is op vertrouwen. De wijkverpleegkundige is hiervoor bij uitstek geschikt' en 'zij is traditioneel de enige, die met regelmaat achter de voordeur van cliënten met (complexe) gezondheidsproblemen komt. Eigen aan verpleegkundigen is dat zij in staat zijn patiënten in hun context te begrijpen en verbanden te leggen'. En ZonMw zegt: De wijkverpleegkundige zou een centrale coördinerende rol in de wijk moeten hebben om de integrale aanpak tussen wonen, welzijn en zorg te stimuleren'*.

4.5 Conclusies

De Organisatorische Case van het project 'Van Solex naar Laptop' staat, maar kent vanaf 2011 een jaarlijks structureel tekort in de exploitatie van **€ 18.560,00**.

Bestaande financiering is te zeer opgeknipt over diverse stelsels dat integrale financiering van de drie nieuwe producten (Vraagbaak, Keukentafelgesprek en Preventieve interventies) op dit moment niet haalbaar is. Zeker omdat deze drie producten op het grensvlak liggen tussen WMO, AWBZ, ZVW of andere gemeentelijke financiële middelen. Voor mogelijke financiering vanuit de WMO dient bovendien een lange tijdrovende weg bewandeld te worden. Zeker op het platteland met veel kleine gemeenten.

In onderstaande tabel is een overzicht gegeven van de kosten van 'Van Solex naar Laptop' naar een hoger aggregatieniveau. Op deze manier wordt inzicht verkregen in de kosten bij opschaling van het experiment:

1. Op niveau van het experiment (de dorpen Middenmeer en Slootdorp)
2. Op niveau bij het verbreden van het model naar de toekomstige fusiegemeente Hollands Kroon (dit zijn Wieringermeer, Wieringen, Anna Paulowna en Niedorp)
3. Op niveau bij het verbreden naar de 2 regio's West-Friesland en Kop van Noord-Holland.

Tabel 4.5.1: Kosten 'Van Solex naar Laptop' naar diverse niveaus.

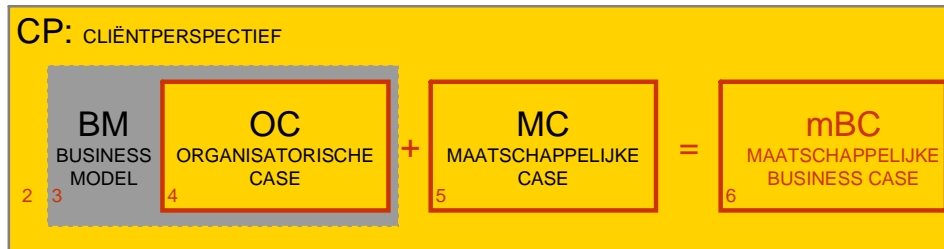
Niveau	Regio	Bedrag per jaar
1	Middenmeer en Slootdorp ('Van Solex naar Laptop')	€ 18.560,00
2	Fusiegemeente Hollands Kroon	€ 98.986,00
3	Kop van Noord-Holland en West-Friesland	€ 395.944,00

Toelichting bij tabel 4.5.1:

- Ad 2. Bij het bepalen van de kosten van 'Van Solex naar Laptop' in de nieuwe fusiegemeente Hollands Kroon is uitgegaan van vermenigvuldiging met een factor 8 van het bedrag dat staat voor de 'Middenmeer en Slootdorp'. Het aantal inwoners uit Middenmeer en Slootdorp betreffen ongeveer 1/8 van de totale hoeveelheid inwoners van de nieuwe gemeente (47.000 inwoners). Op dit eindbedrag is een factor 1/3 in mindering gebracht, omdat Omring Thuiszorg in Hollands Kroon een beperkter marktaandeel heeft dan nu in Middenmeer en Slootdorp.
- Ad 3. In de Kop van Noord-Holland en West-Friesland wonen 205.274 inwoners. Het bedrag is wederom gerelateerd aan het aantal inwoners en gebaseerd op het bedrag dat bij Hollands Kroon staat maal vier (omdat deze regio ruim vier keer zo groot is als Hollands Kroon).

In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de maatschappelijke baten van het project 'Van Solex naar Laptop'.

5 Maatschappelijke case (MC)



Dit hoofdstuk bespreekt de maatschappelijke case (MC) van het businessmodel 'Van Solex naar Laptop' waarin de impact die 'Van Solex naar Laptop' heeft op de buitenwereld wordt beschreven, gewogen en uitgedrukt in een 'maatschappelijk rendement'. Met deze buitenwereld wordt dus de maatschappij bedoeld, die in dit hoofdstuk door de ogen van stakeholders van 'Van Solex naar Laptop' wordt beschreven. Deze 'buitenwereld' is scherp gescheiden van de wereld van Organisatorische Case uit het vorige hoofdstuk waarin enkel het financieel-economisch nut voor de organisatie uitgedrukt is in kosten en opbrengsten. In dit hoofdstuk zetten we dit economisch nut af tegen het maatschappelijk nut van 'Van Solex naar Laptop'. In dit hoofdstuk wordt eerst het maatschappelijk rendement toegelicht, vervolgens worden de kwalitatieve effecten, de kwantitatieve effecten, de impact en tot slot de conclusie beschreven.

5.1 Maatschappelijk rendement

Elke waarde die door 'Van Solex naar Laptop' gecreëerd wordt, maar die niet is omgezet in financiële baten ten gunste van 'Van Solex naar Laptop', valt onder de Maatschappelijke Case. Dit is waarde die ten gunste komt aan de maatschappij oftewel 'maatschappelijk rendement'.

Een voorbeeld. De inzet van mantelzorgers of vrijwilligers creëert een maatschappelijke waarde, doordat hun werk een substitutie biedt voor door belasting of sociale premies betaalde maatschappelijke voorzieningen (bijvoorbeeld zorg). Stel dat iedere euro die de overheid investeert in het versterken van het sociale steunsysteem de maatschappij het vijfvoudige aan besparing oplevert door de afname van de zorgconsumptie. Dit geeft een maatschappelijk rendement van 1:5. Hoe gunstiger deze verhouding hoe gerechtvaardiger de investering van die ene (publieke) euro.

Dit hoofdstuk presenteert de uitkomsten van een aantal 'maatschappelijk rendement berekeningen'. Hiervoor is gebruik gemaakt van zorgvuldig gedocumenteerde aannames, veronderstellingen en indicatoren om een onderbouwde inschatting te maken van dit rendement. Dit is een waarderingsproces en pretendeert geen uiterste wetenschappelijke precisie, maar probeert door het gebruik van schattingstechnieken, onderzoek en expert opinions tot de best mogelijke benadering te komen. Causaliteit wordt zo goed mogelijk ingeschat, maar vereist in een veel gevallen langdurig onderzoek in gecontroleerde, nu nog toekomstige, situaties.

De onderbouwing van de aannames gaat uit van het volgende:

De cliënt wordt gestimuleerd de eigen regie te nemen en leert actief met de eigen klachten om te gaan. De cliënt leert bijvoorbeeld zich zelf insuline injecteren. De wijkverpleegkundige gaat laagdrempelig in op vragen over gezondheid, wonen, welzijn en zorg. Daardoor voelt cliënt zich gesteund en adequaat geholpen. Daarnaast versterkt de wijkverpleegkundige het sociale steunsysteem van de cliënt, waardoor deze langer op zich zelf kan blijven wonen. Ook biedt

zij/hij ondersteuning aan de mantelzorgers of schakelt via de welzijnsorganisatie vrijwilligers in met als doel dat cliënt langer thuis kan blijven wonen. Doordat de wijkverpleegkundige sneller in kan spelen op gezondheidsproblemen middels preventieve interventies wordt verergering van de klachten voorkomen. Om dit te realiseren bieden de wijkverpleegkundigen drie nieuwe producten aan, waarmee wordt verondersteld dat het beroep op extramurale en intramurale zorg verminderd dan wel uitgesteld wordt. Maar ook dat de cliënt, indien van toepassing langer thuis kan blijven wonen met (goedkopere) thuiszorg. Daarnaast wordt verwacht dat 'Van Solex naar Laptop' een dalend effect heeft op het aantal consulten bij de huisarts en het WMO-loket. De werkwijze 'Van Solex naar Laptop' veronderstelt tevens dat het ziekteverzuim en het verloop van wijkverpleegkundigen zal verlagen.

5.2 Stakeholders: kwalitatieve effecten

De wijkverpleegkundigen in 'Van Solex naar Laptop' hebben intensieve contacten met diverse stakeholders in de wijk. Zij stemmen de zorg voor de kwetsbare burger onderling af en nemen een coördinerende rol op zich in deze. Deze partijen verwijzen zo nodig cliënten naar elkaar door. Stakeholders zijn veelal lokale partijen op gebied van wonen, welzijn, zorg en gemeente. Op basis van de verschillende doelstellingen van het project 'Van Solex naar Laptop' zijn aannames gemaakt en is getracht om deze op basis van ervaringen van deskundigen en literatuur te onderbouwen. In onderstaand overzicht worden de kwalitatieve effecten van de zeven belangrijkste stakeholders omschreven.

In tabel 5.2.1 vinden we de baten voor de cliënt en de professional. We zien hier vooral de rust die in het zorgproces terug wordt gebracht. De relatie tussen de cliënt en de professional wordt gewaarborgd en dit komt het primaire zorgproces ten goede: cliënten worden beter en sneller verzorgd. Professionals voelen zich waardevol en ervaren herwaardering van hun professionaliteit:

Tabel 5.2.1: Kwalitatieve effecten voor cliënt en wijkverpleegkundige.

Cliënten	Wijkverpleegkundige
<ul style="list-style-type: none"> • Verhoging van de zelfredzaamheid • Adequate antwoorden op hulpvragen • Leren omgaan met beperkingen (preventie, gezondheidsbevordering en minder thuiszorg nodig) • Meer rust, meer begrip, ondersteuning, betrokkenheid en vrijheid door tijd en aandacht voor het zorgproces • Uitstel opname in verpleeghuis of verzorgingshuis • Langer thuis blijven wonen (verhoogt de leefbaarheid in de dorpen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aangesproken op hun professionaliteit en ervaren meer werkplezier (hebben nu ook tijd voor de kwetsbare burger zonder indicatie en 'mag' cliënt weer stimuleren tot zelfzorg) • Meer autonomie en zelfsturing in hun werk • Meer verantwoordelijkheid (ligt lager in de organisatie) en kunnen hun eigen planning reguleren • Lager ziekteverzuim • Lager verloop • Behoud voor de zorgsector

Vervolgens volgen in tabel 5.2.2 de effecten die worden ervaren door de stakeholders die om het primaire zorgproces - dat plaats vindt tussen cliënt en professional - heen staan.

Tabel 5.2.2: Kwalitatieve effecten voor vijf stakeholders.

<p>Gemeente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coherent zorgaanbod in de gemeente • Een voorbeeld voor inzicht en beleidsontwikkeling in het kader van de WMO • Afname van complexe zorgvragen bij WMO loket (WMO-prestatievelid 3) • Ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers wordt vergroot (WMO-prestatievelid 4) • Leefbaarheid van de dorpen wordt vergroot (WMO-presatievelid 5) • Toename activiteiten mbt uitvoer preventiebeleid om te komen tot gezonde leefstijl (levert bijdrage aan uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid en preventienota) 	<p>Huisarts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minder ongeplande zorg cq crisisconsulten en minder reguliere consulten door verbeterde coördinatie van zorg • Kan de wijkverpleegkundige weer bereiken • Wijkverpleegkundige is sparringpartner en de ogen en oren in de wijk • Minder administratie, doordat wijkverpleegkundige CIZ-indicaties aanvraagt, etc.
<p>Zorgkantoor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uitstellen intramurale opnames in verzorgingshuis • Uitstellen intramurale opnames in verpleeghuis • Door stimuleren zelfzorg, preventie en ondersteuning mantelzorg minder zorg nodig voor thuiszorgcliënten • Mantelzorgers kan de zorg beter aan, behoeft zelf minder zorg 	<p>Collega's V&V (Verpleegkundigen, Verzorgenden IG en Helpenden-plus)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Worden aangesproken op hun professionaliteit en ervaren meer werkplezier (worden vast contactpersoon voor cliënt) • Hebben meer autonomie en zelfsturing in hun werk (krijgen meer invloed op de eigen planning en ervaren meer inspraak) • Hebben een lager ziekteverzuim en lager verloop • Worden behouden voor de zorgsector
<p>Welzijnsorganisatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krijgen kwetsbare burgers eerder in beeld. Ze wordt sneller ingeschakeld doordat wijkverpleegkundige aan vroegsignalering van kwetsbare burgers doet en vice versa • Heeft laagdrempelige doorverwijsmogelijkheid voor burgers zonder indicatie met complexe hulpvragen • Ervaart betere samenwerking tussen professionals • Kan beroep doen op de deskundigheid van de wijkverpleegkundige 	

5.3 Stakeholders: Kwantitatieve effecten

De bovenstaande kwalitatieve baten die niet binnen het primaire zorgproces vallen, maar bij de omringende stakeholders, kunnen worden doorgerekend zodat deze vertaald kunnen worden naar een financiële weergave van de opbrengsten van het organisatiemodel van 'Van Solex naar Laptop'. Hieronder volgt een bespreking van deze kwantitatieve effecten per stakeholder. Bij de totstandkoming van deze cijfers zijn of worden de genoemde stakeholders betrokken.

5.3.1 Zorgkantoor

Doordat de wijkverpleegkundige drie nieuwe producten levert en daarmee aan vroegsignalering en preventie doet, de zelfredzaamheid stimuleert en de coördinatie op zich neemt ook voor de functie PV, wordt de cliënt minder snel in een verpleeg- of verzorgingshuis opgenomen. Ook voorkomt de wijkverpleegkundige de inzet van onnodige thuiszorg. Onderstaande aannames worden nog besproken met het zorgkantoor. In tabel 5.3.1.1 en 5.3.1.2 worden de effecten beschreven voor het Zorgkantoor en daarmee voor de AWBZ.

Tabel 5.3.1.1 : Financiële effecten bij Zorgkantoor: uitstel intramurale opnames.

	Aanname	Besparing in euro's intramuraal per cliënt per jaar	Toename in euro's per jaar ivm continueren thuiszorg	Totaal financiële effecten
Aanname 1	Bij 3 cliënten per jaar wordt opname in het verzorgingshuis met een jaar uitgesteld	€ 98.550,00	€ 59.436,00	€ 39.114,00
Aanname 2	Bij 1 cliënt per jaar wordt opname in verpleeghuis een half jaar uitgesteld en bij 1 cliënt per jaar 3 maanden uitgesteld	€ 47.906,00	€ 22.464,00	€ 25.442,00
TOTAAL FIN. EFFECTEN PER JAAR				€ 64.556,00

Toelichting op tabel 5.3.1.1:

- Een opname in het verzorgingshuis kost gemiddeld € 32.850,00 per jaar
- Een opname in het verpleeghuis kost gemiddeld € 63.875,00 per jaar.
- Een cliënt met een indicatie op het niveau van een gemiddelde verzorgingshuisindicatie kost aan vergelijkbare thuiszorg gemiddeld € 19.812,00 per jaar
- Een cliënt met een indicatie op het niveau van een gemiddelde verpleeghuisindicatie kost aan vergelijkbare thuiszorg gemiddeld € 29.952,00 per jaar

Tabel 5.3.1.2 : Financiële effecten bij Zorgkantoor: besparing extramurale kosten.

	Aanname	Aantal uren besparing PV per jaar	Tarief PV per uur	Totaal financiële effecten
Aanname 3	Er is bij 10 cliënten per 2 jaar met een indicatie PV 0,5 uur per week minder PV nodig als gevolg van stimulering zelfzorg en extra inzet mantelzorg en preventieve mantelzorg-ondersteuning	520 uur PV	€ 44,42	€ 23.098,00
TOTAAL FIN. EFFECTEN PER JAAR		520 uur PV		€ 23.098,00

Toelichting tabel 5.3.1.2: het tarief PV is het Nza-tarief uit 2011.

5.3.2 Gemeente

Doordat de wijkverpleegkundige het product vraagbaak en keukentafelgesprekken uitvoert, is de verwachting dat minder burgers met complexe vragen een beroep doen op het WMO-loket. De baten bij de gemeente zijn verwerkt in onderstaande tabel 5.3.2.1.

Tabel 5.3.2.1 : Financiële effecten bij gemeente.

	Aanname	Aantal consulten per jaar	Tarief consult	Totaal financiële effecten
Aanname 1	Het aantal huisbezoeken door medewerker van het WMO-loket, met name met complexe zorg- en welzijnsvragen, neemt af met 1 per maand	12 consulten á 1 uur	€ 81,20 per consult	€ 974,00
Aanname 2	Het aantal cliënten per jaar aan het WMO-loket, met name met zorg- en welzijnsvragen, neemt af met 4 consulten per maand	48 consulten á 15 minuten	€ 20,30 per consult	€ 974,00
TOTAAL FIN. EFFECTEN PER JAAR		60 consulten		€ 1.948,00

Toelichting bij tabel 5.3.2.1: De gemeente heeft aangegeven bij complexere vragen altijd een huisbezoek á 1 uur af te leggen bij de burger en minder complexe vragen á 15 minuten af te kunnen handelen aan het WMO-loket.

5.3.3 Omring Thuiszorg

Hoewel Omring Thuiszorg geen stakeholder is, valt er wel rendement bij deze partij te behalen. De verwachting is dat het ziekteverzuim en het verloop onder de wijkverpleegkundige zal afnemen als gevolg van meer werkplezier en optimale inzet van haar/zijn professionele kwaliteiten en vergroting van de autonomie en het regelvermogen. De financiële effecten zijn verwerkt in tabel 5.3.3.1.

Tabel 5.3.3.1 Daling ziekteverzuim en verloop onder wijkverpleegkundigen.

	Aanname	Daling kosten mbt wijkverpleegkundigen per jaar	Totaal financiële effecten
Aanname 1	Het ziekteverzuim onder de wijkverpleegkundigen daalt met 1%	€ 600,00	€ 600,00
Aanname 2	Het verloop onder wijkverpleegkundigen daalt met 5%	€ 500,00	€ 500,00
TOTAAL FIN. EFFECTEN PER JAAR			€1.100,00

Toelichting op tabel 5.3.3.1:

- Er is bij aanname 1 uitgegaan van 1,2 FTE wijkverpleegkundige met een gemiddeld huidig ziekteverzuim in deze doelgroep van 5%, exclusief zwangerschapsverlof. Dit levert een besparing van 1% op de loonkosten.
- Er is bij aanname 2 uitgegaan van een huidig verloop van 10% dat daalt tot 5%. De besparing betreft kosten mbt werving, selectie, inwerken en bij-/nascholing van de groep wijkverpleegkundigen.

5.3.4 Huisarts

Doordat de wijkverpleegkundige met name nu ook de zorg voor cliënten met een indicatie Persoonlijke verzorging coördineert (en daarbij vast contactpersoon voor de huisarts is) en de drie nieuwe producten uitvoert, is de verwachting dat het aantal cliënten dat een bezoek aan de huisarts aflegt, zal afnemen. De huisarts heeft in deze context gezegd: *'sinds de wijkverpleegkundige mijn vaste contactpersoon is, word ik niet meer drie maanden te vroeg of te laat ingeschakeld door de thuiszorg'*. De financiële effecten bij de huisarts zijn verwerkt in tabel 5.3.1.1.

Tabel 5.3.4.1 : Financiële effecten bij huisarts.

	Aanname	Aantal consulten per jaar	Tarief consult	Totaal fin. effecten
Aanname 1	Afname aantal onnodige consulten per jaar bij huisarts	24 consulten á 20 minuten	€ 18,00 per consult	€ 432,00
Aanname 2	Afname aantal crisisconsulten per jaar bij huisarts	12 consulten á 20 minuten	€ 18,00 per gesprek	€ 216,00
TOTAAL FIN. EFFECTEN PER JAAR		36 consulten		€ 648,00

Toelichting op tabel 5.3.4.1: De tarieven voor een consult van 20 minuten zijn verkregen van de contactpersoon van Univé. De jaarlijkse bijdrage die de huisarts per cliënt ontvangt is buiten de tarieven gelaten.

5.4 Stakeholders: Impact

5.4.1 Maatschappelijk rendement per jaar

In onderstaande tabel staat een totaaloverzicht van alle financiële effecten bij de stakeholders zoals in paragraaf 5.3 zijn beschreven.

Tabel 5.4.1: financiële effecten van alle aannames.

Stakeholder	financiële effecten per jaar
Zorgkantoor (besparing intramuraal)	€ 64.556,00
Zorgkantoor (besparing thuiszorg)	€ 23.098,00
Thuiszorg	€ 1.100,00
Gemeente	€ 1.948,00
Huisarts	€ 648,00
TOTAAL FINANCIËLE EFFECTEN PER JAAR	€ 91.350,00

In totaal is er een schatting gemaakt van € 91.350,00 te kwantificeren maatschappelijke effecten op het niveau van het experiment in Middenmeer en Slootdorp. Zoals in dit overzicht is te zien, valt het financiële rendement van de baten grotendeels bij het Zorgkantoor als uitvoeringsorgaan van de AWBZ.

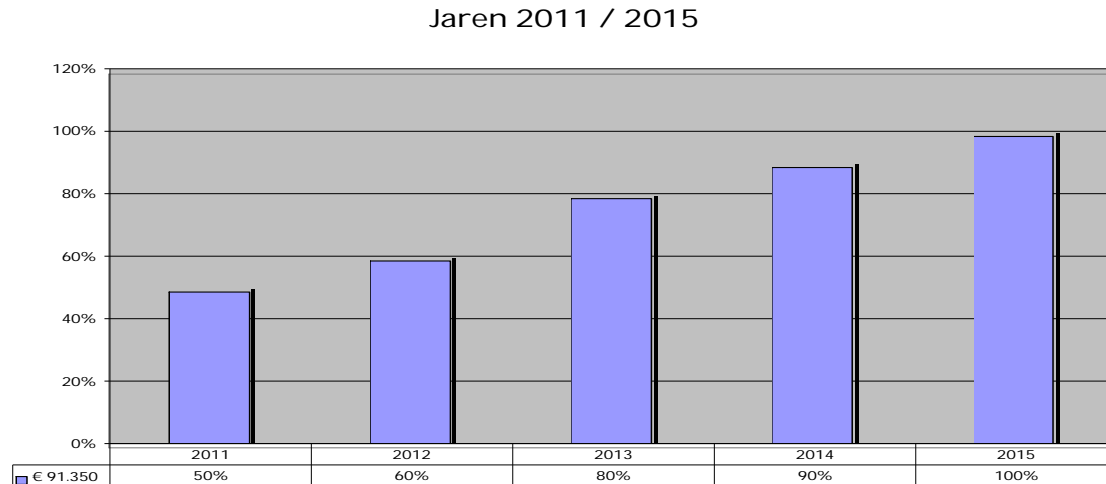
Dit netto rendement (de impact) wordt niet binnen één jaar bereikt. Zeker is dit van toepassing als het concept in een nieuwe regio start. De wijkverpleegkundige zal steeds meer ervaring opdoen in het stimuleren van zelfzorg en inschakelen van de informele zorg. Ze zal steeds beter haar ketenpartners leren kennen en weten op wie ze beroep kan doen. Ze heeft aangegeven dat het een forse omslag in het denken en handelen vergt om eerst te denken in 'wonen', dan pas in 'welzijn' en tot slot pas als het echt niet anders kan 'zorg' in te zetten.

Denkrichting: van wonen => welzijn => zorg

Het aantal cliënten dat bij de wijkverpleegkundige wordt aangemeld door verwijzers en burgers uit het dorp neemt in 'Van Solex naar Laptop' op dit moment nog steeds toe. Met deze toename zullen de effecten bij de stakeholders zoals op de verkorting van de ligduur in het verpleeg- en/of verzorgingshuis en afname op omvang thuiszorg ook relatief toenemen.

In het volgende schema staat een overzicht van het te verwachten rendement van 2011 oplopend tot 2015.

Tabel 5.4.1.1. Financieel rendement stakeholders.



5.4.2 Impactbeoordeling

De impact van de kwalitatieve en financiële effecten van 'Van Solex naar Laptop' zijn voor de diverse stakeholders verschillend. Alle aannames zijn nog een keer in één overzicht in kaart gebracht in tabel 5.4.2.1 met het eerste resultaat van de impactbeoordeling per stakeholder hierin verwerkt.

Tabel 5.4.2.1 Impactbeoordeling door stakeholders.

Aannames	Clïënt	Wijkverpleegkundige	Zorgkantoor	Gemeente	Huisarts	Team V&V	Thuiszorg
Uitstel opname in verzorgingshuis	++	+	++	+	+	++	+
Uitstel opname in verpleeghuis	++	+	++	+	+	+	+
Daling inzet thuiszorg	++	+	++	+	+	+	+/-
Daling ziekteverzuim wijkverpleegkundigen	-	++	+/-	-	-	++	++
Daling huisbezoeken WMO-loket	-	++	-	-	-	-	+
Daling vragen bij WMO-loket	-	+/-	-	-	-	-	+/-
Afname onnodige consulten huisarts	+	+	+/-	+/-	++	+	+
Afname crisisconsulten huisarts	++	++	+/-	+/-	++	++	+

5.5 Kansen en risico's

Om het exploitatiegat te dichten dient 'Van Solex naar Laptop' op zoek te gaan naar een meer structurele bekostiging. De kansen en risico's bij het verzilveren van de maatschappelijke baten zijn nauw gelieerd aan het eenduidig kunnen toewijzen van een baat of groep baten aan één enkel product en aan één enkele stakeholder. Deze stakeholder dient vervolgens naast de wil ook het vermogen te hebben om tot een financieringsrelatie over te gaan.

5.5.1 Risico's

De stakeholder die het meeste baat kan hebben bij de werkwijze van 'Solex naar Laptop' is het Zorgkantoor. Er is een groot risico dat de drie nieuwe producten Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3) niet uit reguliere AWBZ-middelen gefinancierd kunnen of mogen worden. Een van de redenen is dat de drie producten op het grensvlak liggen tussen AWBZ, WMO, ZVW of andere gemeentelijke financiële middelen.

Een ander risico is dat één of meer van de drie nieuwe producten worden losgekoppeld van de functie van wijkverpleegkundige. Hiermee vervalt de meerwaarde van de integratie van de drie nieuwe producten in de functie van wijkverpleegkundige conform het concept 'Van Solex naar Laptop'. En dit terwijl ZonMw stelt dat 'de wijkverpleegkundige een centrale coördinerende rol in de wijk zou moeten hebben om de integrale aanpak tussen wonen, welzijn en zorg te stimuleren'.

Het is niet specifiek aan te tonen welk van de drie producten bij welk van de vier stakeholders het meeste financiële baten oplevert. Behalve dat Coördinatie van Persoonlijke Verzorging door de wijkverpleegkundige bij de huisarts een directe vermindering van het aantal onnodige (crisis-)consulten opleverde.

De wijkverpleegkundige staat als functie volop in de politieke en maatschappelijke aandacht. Op dit moment is niet duidelijk hoe dit wordt vertaald in beleid en in geld.

Marktwerving is een groot risico voor de invoer van het concept 'Van Solex naar Laptop'. Door dit concept te 'verdelen' over meerdere aanbieders, versnipperd het aanbod. Het is bijvoorbeeld niet efficiënt om meerdere Vraagbaken (wijkverpleegkundige spreekuren) in een dorp te hebben. Dit vereist regie en afstemming tussen de zorgaanbieders waarbij de wijkverpleegkundigen in dienst zijn.

5.5.2 Kansen

Zoals hierboven is beschreven is er volop aandacht in de politiek en de maatschappij voor de functie van wijkverpleegkundige als een zichtbare schakel in de wijk. VWS ziet de integraal werkende wijkverpleegkundige als 'een voornaam samenbindend element tussen langdurige zorg, welzijn, eerste lijn en ziekenhuiszorg'. Deze businesscase en met name de geconstateerde kwalitatieve en kwantitatieve effecten door een andere inzet van de wijkverpleegkundige kan een bijdrage leveren aan het vormgeven van de gewenste werkwijze van de wijkverpleegkundige in de thuiszorg.

Er is in toenemende mate sprake van de ontwikkeling waarbij de gemeenten een grotere verantwoordelijkheid krijgen voor het dicht bij de burger organiseren van zorg. De werkwijze van 'Van Solex naar Laptop' sluit aan op deze ontwikkeling.

Er is daarnaast meer dan ooit aandacht vanuit de maatschappij voor preventie. De wijkverpleegkundige kan een rol spelen bij het bereik van de meest kwetsbare burgers achter de voordeur. De koppeling van de wijkverpleegkundige aan een team V&V is hierbij een randvoorwaarde.

Het duidelijkste verband tussen product en rendement was in de praktijk te zien bij de introductie van de uitvoer van de Coördinatie van Persoonlijke Verzorging door de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige werd namelijk ook voor deze cliëntengroep als vast contactpersoon voor de huisarts aangesteld. De huisarts bemerkte een directe vermindering van het aantal niet juiste verwijzingen vanuit de thuiszorg.

5.6 Conclusies

In dit hoofdstuk is het maatschappelijke rendement van 'Van Solex naar Laptop' tot uitdrukking gekomen. Dit in zowel kwalitatieve als kwantitatieve zin.

In *kwantitatieve* zin leverde het concept 'Van Solex naar Laptop' acht baten op. Met in totaal een jaarlijks bedrag van € 91.350,00 aan baten op het niveau van het experiment in de twee dorpen Middenmeer en Slootdorp. Het hoogste bedrag aan baten zijn toe te rekenen naar het Zorgkantoor door het verminderen van intra- en extramurale zorg. In mindere mate zijn baten te benoemen bij de gemeente, huisarts en de thuiszorg zelf. De kwantitatieve baten zijn gebaseerd op gedocumenteerde aannames, veronderstellingen, ervaringen uit het experiment en indicatoren om een onderbouwde inschatting te maken van dit rendement.

De financiële effecten zijn, als ze worden doorgerekend naar hoger aggregatieniveau, als volgt:

Tabel 5.6.1: Financiële effecten 'Van Solex naar Laptop' naar diverse niveaus.

Niveau	Regio	Bedrag per jaar
1	Middenmeer en Slootdorp ('Van Solex naar Laptop')	€ 91.350,00
2	Gemeente Hollands Kroon	€ 487.200,00
3	Kop van Noord-Holland en West-Friesland	€ 1.948.800,00

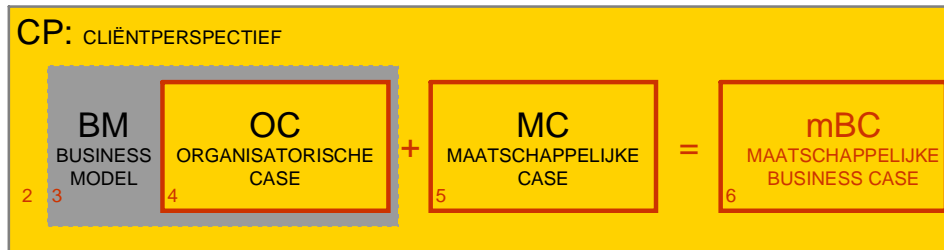
Toelichting bij tabel 5.6.1:

- Ad 2. Bij het bepalen van de kosten 'Van Solex naar Laptop' in de nieuwe gemeente Hollands Kroon is uitgegaan van vermenigvuldiging met een factor 8 van het bedrag dat staat voor de 'Middenmeer en Slootdorp'. Het aantal inwoners uit Middenmeer en Slootdorp betreffen ongeveer 1/8 van de totale hoeveelheid inwoners van de nieuwe gemeente (47.000 inwoners). Op dit eindbedrag is een factor 1/3 in mindering gebracht, omdat Omring Thuiszorg in Hollands Kroon een beperkter marktaandeel heeft dan nu in Middenmeer en Slootdorp.
- Ad 3. In de Kop van Noord-Holland en West-Friesland wonen 205.274 inwoners. Het bedrag is wederom gerelateerd aan het aantal inwoners en gebaseerd op het bedrag dat bij Hollands Kroon staat maal vier (omdat deze regio ruim vier keer zo groot is als Hollands Kroon).

Kwalitatief zijn er bij een zevental partijen voordelen te benoemen bij 'Van Solex naar Laptop'. Dit zijn de cliënt, de wijkverpleegkundige, het zorgkantoor, de gemeente, de huisarts, de welzijnsorganisatie en de thuiszorgorganisatie. Deze voordelen betroffen met name het stimuleren van de zelfredzaamheid van de burger, de versterking van het sociale steunsysteem, het voorkomen van een opname in verpleeghuis of verzorgingshuis en het beperken van onnodige thuiszorg. Ook de preventieve interventies die lokaal werden georganiseerd op basis van lokale hulpvragen werden als positief ervaren. Verder waren er voordelen te benoemen voor de thuiszorg zelf doordat het ziekteverzuim en het verloop onder wijkverpleegkundigen afneemt en de aantrekkelijkheid als werkgever stijgt.

Al met al zijn de financiële effecten van het model 'Van Solex naar Laptop' hoog te noemen. Zeker als dit model opgeschaald gaat worden. De kwalitatieve baten bevinden zich bij zowel de burger/cliënt als bij genoemde stakeholders. Gezien het grote aantal te verwachten financiële baten, bevelen wij aan om de aannames die aan deze financiële baten ten grondslag liggen nader onderzoeken voor een steviger onderbouwing. In samenhang met dit onderzoek bevelen wij het Zorgkantoor dan ook aan om gezien het grote aantal te verwachten financiële effecten deze drie nieuwe producten in het jaar 2011 te continueren, zodat er ruimte ontstaat om de financiële effecten te nader te onderzoeken en te onderbouwen.

6 Conclusie: maatschappelijke Business Case (mBC)



De maatschappelijke Business Case kent een logische opbouw waarin vijf onderling verbonden perspectieven samenkomen tot één gedeelde kosten-baten afweging van 'Van Solex naar Laptop'. Het gehele model komt samen in de mBC, die in de inleiding (§1.4) is toegelicht en hierboven nogmaals is weergegeven.

In dit hoofdstuk wordt de laatste stap van de mBC toegelicht. Hiertoe gaat 'Van Solex naar Laptop' in §6.1 weer terug naar de basis, naar de cliënt vanuit wiens behoeften dit verhaal is opgebouwd. Voorts wordt in §6.2 de confrontatie van de Organisatorische en Maatschappelijke Case van 'Van Solex naar Laptop' zichtbaar. Hierin komen het economische en het maatschappelijke nut samen. Kanttekeningen bij de uitkomst zijn te vinden in §6.3, dat ingaat op de risico's en de kritieke succesfactoren van het 'Van Solex naar Laptop' model. De conclusies en aanbevelingen omtrent de mBC ronden in §6.4 dit levend document voorlopig af.

6.1 Terug naar de kern: de cliënt

In 'Van Solex naar Laptop' zijn drie nieuwe producten ontwikkeld, Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3). Deze worden onlosmakelijk geleverd door de wijkverpleegkundige in combinatie met twee bestaande producten coördinatie en uitvoering van zorg.

De cliënten vinden dit belangrijk, zoals is beschreven in hoofdstuk 2 (cliëntperspectief). Dit blijkt uit de volgende behoeften en waarden die door de cliënt worden ervaren: aandacht, zelfredzaamheid, begrepen zijn, inzicht, rust, vrijheid en in het bijzonder ondersteuning, betrokkenheid en stimulering van de zelfredzaamheid. Naast de meerwaarde voor de cliënt wordt er ook meerwaarde van de nieuwe werkwijze ervaren door de wijkverpleegkundige, medewerkers Verpleging & Verzorging, de zorginstelling en de huisarts.

Zoals in de maatschappelijke case is beschreven, heeft de cliënt er direct baat bij om langer thuis te blijven wonen met minder professionele zorg en een versterkt sociaal steunsysteem. De cliënt ervaart het als positief dat hij/zij ad hoc situaties minder voorkomen en hij/zij daardoor minder beroep hoeft te doen op de huisarts. De cliënt kan voor complexe vragen laagdrempelig terecht bij de wijkverpleegkundige. De cliënt kan desgewenst aan de keukentafel thuis met wijkverpleegkundige de hulpvragen bespreken. De cliënt die thuiszorg ontvangt, ervaart hiernaast ook dat er minder verschillende medewerkers over de vloer komen en dat er een vaste contactpersoon van de thuiszorg is. Ze merken dat achter de schermen de zorg door de wijkverpleegkundige goed wordt afgestemd met de huisarts.

Hiernaast wordt een daling van het ziekteverzuim en van het verloop onder de wijkverpleegkundigen verwacht, doordat de nieuwe werkwijze voor hen een positievere en minder bureaucratische manier van werken is en meer recht doet aan hun professionele kwaliteiten.

6.2 De mBC Organisatorische en maatschappelijke case

Uit het businessmodel en de organisatorische case in hoofdstuk 3 en 4 blijkt dat 'Van Solex naar Laptop' drie nieuwe producten heeft ontwikkeld die onlosmakelijk worden geleverd met twee bestaande producten door de wijkverpleegkundige. De nieuwe producten zijn Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3). De twee bestaande producten zijn Coördinatie van zorg en Uitvoering van zorg. De wijkverpleegkundige is aangesteld als een zichtbare schakel in de wijk en zij verricht een centrale coördinerende rol in de wijk om de integrale aanpak tussen wonen, welzijn, zorg en gemeente te stimuleren. Ze is een voornamelijk samenbindend element tussen langdurige zorg, preventieve zorg, eerste lijn en ziekenhuiszorg. De wijkverpleegkundige kan haar nieuwe takenpakket het meest optimaal vervullen als aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. Specifiek zijn dit het werken vanuit een klein zelfsturend team V&V, het deelnemen aan een multidisciplinair ketenoverleg, het verrichten van een coördinerende rol binnen het team V&V en extern richting ketenpartners. Ook krijgt de thuiszorgcliënt een vaste contactpersoon. In hoofdstuk 4 is beschreven dat er geen financiële dekking is gevonden voor structurele financiering van de drie nieuwe producten en daarmee komt de continuering hiervan in de nabije toekomst in gevaar.

De maatschappelijke baten van 'Van Solex naar Laptop' zijn in de maatschappelijke case in hoofdstuk 5 beschreven. Er zijn zowel kwalitatieve als kwantitatieve effecten van 'Van Solex naar Laptop' te benoemen. De meest in het oog springende kwalitatieve effecten zijn: het verhogen van de zelfredzaamheid van de cliënt en het versterken van zijn/haar sociale steunsysteem. Hierdoor doet de cliënt minder beroep op de huisarts, de thuiszorg of op opname in een verzorgings- of verpleeghuis. De kwetsbare cliënt ervaart een laagdrempelige mogelijkheid voor het bespreken van hulpvragen met de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige ervaart dat haar professionele kwaliteiten benut worden, waardoor het ziekteverzuim en het verloop onder wijkverpleegkundigen daalt, en het plezier in het werk toeneemt. De ketenpartners ervaren een betere samenwerking en meer afstemming in het hulpverleningsproces. Naast genoemde kwalitatieve effecten zijn er financiële effecten in 'Van Solex naar Laptop'.

Deze maatschappelijke businesscase is de kosten-baten analyse waarin het economische én het maatschappelijk nut samenkomen. De confrontatie van deze twee casussen OC en MC levert het volgende maatschappelijk rendement (return on investment) op, zoals in tabel 6.2.1 omschreven is. De rendementen van 'Van Solex naar Laptop' zijn geaggregeerd naar twee hogere niveaus:

Tabel 6.2.1: Financieel rendement 'Van Solex naar Laptop' naar diverse niveaus.

Niveau	Regio	Kosten per jaar OC	Effecten per jaar MC	Rendement mBC
1	Middenmeer en Slootdorp ('Van Solex naar Laptop')	€ 18.560,00	€ 91.350,00	€ 72.790,00
2	Gemeente Hollands Kroon	€ 98.986,00	€ 487.200,00	€ 388.214,00
3	Kop van Noord-Holland en West-Friesland	€ 395.944,00	€ 1.948.800,00	€ 1.552.856,00

6.3 Risico's en kritieke succesfactoren

Er zijn een aantal risico's en kritieke succesfactoren te benoemen die van belang zijn bij 'Van Solex naar Laptop'. Deze zijn uitgebreid beschreven in hoofdstuk 3, 4 en 5. Hieronder worden ze kort samengevat.

6.3.1 Risico's :

Betaalbaarheid van de drie producten Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3)

Op dit moment bestaat er in de huidige financieringsstructuur voor zorg en welzijn geen standaard mogelijkheid om de producten Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3) integraal te financieren. Onderdelen hiervan zouden mogelijk uit additionele middelen of meerdere bronnen gefinancierd kunnen worden. Verdere opschaling van het model 'Van Solex naar Laptop' maakt de financiering van deze drie producten nog ingewikkelder.

Het losknippen van de drie nieuwe producten van de functie van wijkverpleegkundige

De nieuwe producten van het model 'Van Solex naar Laptop' kunnen niet worden opgeknipt over verschillende (niveaus) van functionarissen. Zij maken integraal onderdeel uit van de functie van wijkverpleegkundige. De meerwaarde bestaat eruit dat deze combinatie van producten door een en dezelfde persoon (of in duoverband door 2 wijkverpleegkundigen) op buurtniveau worden gegeven. Doordat de wijkverpleegkundige betere contacten heeft met haar ketenpartners, komt deze kennis ook de reguliere thuiszorgcliënt ten goede.

Marktwerking:

In een wijk waar 2 of meer relatief grote thuiszorgorganisaties werken, kan het voor de burgers verwarrend werken indien er bijvoorbeeld meerdere wijkverpleegkundige spreekuren (Vraagbaak) in één buurt zijn. Hierbij zou dan tevens sprake zijn van verspilling van maatschappelijke gelden. Dit vraagt om nadere afstemming tussen thuiszorgorganisaties en mogelijk aanvullende regie door bijvoorbeeld gemeente, zorgkantoor of zorgverzekeraar.

6.3.2 Kritische succesfactoren:

Cliënt is meer zelfredzaam en ontvangt laagdrempelig adequate hulp

De zelfredzaamheid van de burger wordt gestimuleerd en het sociale steunsysteem waar nodig versterkt. De cliënt krijgt aandacht, adequate antwoorden op hulpvragen en leert omgaan met beperkingen. Dit kan een opname in een verpleeghuis of verzorgingshuis voorkomen en de inzet van onnodige thuiszorg beperken. Ook de preventieve interventies die lokaal georganiseerd worden, en gebaseerd zijn op lokale hulpvragen worden als positief ervaren. De cliënt kan met hulpvragen laagdrempelig een beroep doen op de wijkverpleegkundige, waarna adequate verwijzing plaats vindt naar andere diensten, hulp of preventieve interventies.

Wijkverpleegkundige als een zichtbare schakel in de wijk

De wijkverpleegkundige heeft haar oude rol in een modern jasje teruggekregen en verricht zowel in het team V&V als extern richting ketenpartners de rol van zichtbare schakel. Dit sluit aan bij onderstaande uitspraken van VWS en andere deskundigen, zoals:

- 'Zij is traditioneel de enige, die met regelmaat achter de voordeur van cliënten met (complexe) gezondheidsproblemen komt.'
- 'Eigen aan verpleegkundigen is dat zij in staat zijn patiënten in hun context te begrijpen en verbanden te leggen.'

- 'De wijkverpleegkundige is een voornaam samenbindend element tussen langdurige zorg, welzijn, eerste lijn en ziekenhuiszorg. Ze is hiervoor bij uitstek geschikt omdat zij achter de voordeur komt. Dit wordt gezien als de expertises en meerwaarde van de wijkverpleegkundige in de thuiszorg.'

De wijkverpleegkundige wordt weer aangesproken op haar professionaliteit. Ze ervaart meer werkplezier. Ze heeft nu ook tijd voor de kwetsbare burger zonder indicatie en ze ervaart weer mogelijkheden om de cliënt te stimuleren tot zelfzorg.

Financiële en maatschappelijke effecten

De verhouding tussen de kosten en de financiële effecten van 'Van Solex naar Laptop' leveren rendement op. Op het niveau van 'Van Solex naar Laptop' is dit een bedrag van € 72.790,00 per jaar. Als het concept van het project 'Van Solex naar Laptop' landelijk wordt uitgerold, kan deze werkwijze beduidend financieel voordeel opleveren, dan wel bij gelijkblijvend budget meer cliënten van (goedkopere) zorg voorzien.

Samenwerking met ketenpartners is verbeterd

De samenwerking tussen de ketenpartners is op wijkniveau verbeterd. De huisarts en andere zorgprofessionals als het DOC-team en de GGD hebben de wijkverpleegkundige als vast contactpersoon gekregen. Hierdoor is de afstemming van zorg en samenwerking verbeterd. Gezamenlijk worden kwetsbare burgers eerder bereikt en effectiever van advies voorzien. Vooral de intensivering van de samenwerking met de welzijnsorganisatie maakt het mogelijk het sociale steunsysteem van de cliënt flink te versterken.

6.4 Conclusies en aanbevelingen

In deze maatschappelijke businesscase 'Van Solex naar Laptop' wordt door een vergrootglas een blik geworpen op de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige van Omring Thuiszorg in de dorpjes Middenmeer en Slootdorp in de Kop van Noord-Holland. Er zijn drie nieuwe producten ontwikkeld die integraal door de wijkverpleegkundige worden geleverd. Dit zijn Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3). Deze producten worden onlosmakelijk geleverd door de wijkverpleegkundige naast de twee bestaande producten Coördinatie van zorg en Uitvoering van zorg.

De cliënt ervaart met deze werkwijze dat de zelfredzaamheid wordt gestimuleerd en het sociale steunsysteem wordt waar nodig versterkt. De cliënt krijgt adequate antwoorden op hulpvragen en leert omgaan met beperkingen. Dit kan een opname in een verpleeghuis of verzorgingshuis voorkomen en de inzet van onnodige thuiszorg beperken.

Het innovatieve kernidee uit deze maatschappelijke businesscase is dat de uitvoer van deze drie nieuwe producten onlosmakelijk gekoppeld zijn aan de wijkverpleegkundige die werkt in een regulier team Verpleegkundigen & Verzorgenden.

De noodzakelijke randvoorwaarden waaronder de wijkverpleegkundige deze drie nieuwe producten optimaal kan bieden zijn als volgt:

- ze is aangesteld als een zichtbare schakel in de wijk: zowel naar ketenpartners als bijvoorbeeld de huisarts toe, als intern naar het Verpleegkundigen & Verzorgenden
- ze heeft haar contacten in de wijk met ketenpartners op het gebied van wonen, welzijn, zorg en gemeente fors aangehaald. Daarmee is haar sociale kaart versterkt
- ze werkt vanuit een klein zelfsturend team V&V (niveau 2 tot en met 5)
- elke cliënt heeft een vast contactpersoon vanuit het team V&V
- ze neemt deel aan lokaal multidisciplinair ketenoverleg.

De belangrijkste risico's uit het model 'Van Solex naar Laptop' zijn: het niet gefinancierd krijgen van de drie producten Vraagbaak (1), Keukentafelgesprek (2) en Preventieve interventies (3), het losknippen van deze drie producten van de wijkverpleegkundige waardoor de meerwaarde van dit concept verdwijnt, en de marktwerking waardoor er ongewenste overlap van de drie producten dreigt en er afstemming noodzakelijk is.

De belangrijkste kansen uit dit model zijn: de cliënt is langduriger zelfredzaam en ontvangt laagdrempelig adequate hulp, de wijkverpleegkundige werkt als een zichtbare schakel in de wijk en de samenwerking met ketenpartners is verbeterd.

Deze aannames waarop de return on investment in deze maatschappelijke businesscase zijn gebaseerd, zijn als volgt:

Het aantal opname in het verpleeg- en verzorgingshuis wordt uitgesteld, het benodigd aantal uren thuiszorg vermindert, het aantal (crisis)consulten bij de huisarts wordt beperkt, het aantal bezoeken van burgers met complexe vragen aan het WMO-loket beperkt en het ziekteverzuim en het verloop van wijkverpleegkundigen in de thuiszorg verminderd. Naast een maatschappelijk rendement wordt in deze businesscase een financieel rendement van deze nieuwe werkwijze onderbouwd.

De return on investment op het niveau van 'Van Solex naar Laptop' is € 72.790,00 per jaar. Op het niveau van de nieuwe fusiegemeente Hollands Kroon € 388.214,00 per jaar en op niveau van de regio Kop van Noord-Holland en West-Friesland is dit € 1.552.856,00 per jaar.

Aanbevelingen:

- Gezien de return on investment bij het opschalen van het model 'Van Solex naar Laptop' verdient het aanbeveling om de aannames waarop deze effecten gestoeld zijn nader te onderzoeken voor een steviger onderbouwing.
- De randvoorwaarden van dit model zijn in principe in elke thuiszorgorganisatie in te voeren, ook los van het leveren van de drie nieuwe producten door de wijkverpleegkundigen.
- Onderzoek naar het classificatiesysteem Omaha kan inzicht geven in de vraag of dit een hulpmiddel kan zijn voor de wijkverpleegkundige bij de uitoefening van haar beroep. Over Omaha wordt geschreven: 'het doel is het volgen van de zorgresultaten, dossiervorming, multidisciplinaire communicatie en gegevens verzamelen voor onderzoek. Maar wat er vooral met Omaha gebeurt is het volgende: verpleegkundigen in de wijk hebben een completer instrument dat objectiveert waar ze mee bezig zijn'.
- De samenwerking tussen de diverse ketenpartners in de wijk zal naar verwachting verder versterken als gewerkt gaat worden vanuit een (dorps-)gezondheidscentrum.
- Onderzoek de effecten van het verder afnemen van het aantal AWBZ-indicaties van de functie Verpleging op de bestaande formatie wijkverpleegkundigen in de thuiszorg.
- Draag zorg voor adequaat inhoudelijk en financieel beleid voor het behoud van de wijkverpleegkundigen voor de thuiszorg. Dit met het oog op haar rol als een zichtbare schakel in de wijk en daarmee als voornaam samenbindend element tussen langdurige zorg, welzijn, eerste lijn en ziekenhuiszorg. Zij is hiervoor bij uitstek geschikt omdat zij achter de voordeur komt. Dit wordt gezien als de expertises en meerwaarde van de wijkverpleegkundige in de thuiszorg.

Gebruikte afkortingen/terminologie

AIV	: Advies, Instructie en Voorlichting
AWBZ	: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CIZ	: Centrum Indicatiestelling Zorg
DOC-team	: Dementie Onderzoek Casemanagementteam (onderdeel van St. Geriant)
EVV-er	: Eerst Verantwoordelijk Verzorgende-IG/Verpleegkundige
FIT	: Flexibel Inzetbaar Team (nachtzorgteam)
Fte	: FullTime Equivalent
GVP	: Gespecialiseerd Verpleegkundigen
Helpende-plus	: hieronder wordt ook verstaan verzorgende-C
KN	: Kop van Noord-Holland
LHV	: Landelijke HuisartsenVereniging
mBC	: Maatschappelijke BusinessCase
MTH	: Medisch Technisch Handelen
Niveau 2	: Helpende-plus
Niveau 3	: Verzorgende IG
Niveau 4	: Verpleegkundige
Niveau 5	: MGZ-verpleegkundige of HBOV-verpleegkundige
PV	: Persoonlijke Verzorging
TPLZ	: TransitieProgramma in de Langdurende Zorg
TT	: Thuiszorg Technologie
VP	: Verpleging
V&V	: Verpleging & Verzorging
V&VN	: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Verzorgende-IG	: hieronder wordt ook verstaan ziekenverzorgende
VWS	: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
WF	: West-Friesland
WMO	: Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning
ZonMw	: Zorg Onderzoek Nederland Medische Wetenschappen
ZVW	: ZorgVerzekeringsWet

Dankwoord

Graag wil ik mijn collega's, vakgenoten en ketenpartners bedanken voor hun steun bij het tot stand komen van deze maatschappelijke businesscase. In het bijzonder A. Swikker en F. Biesheuvel, wijkverpleegkundigen uit Middenmeer en Slootdorp, en hun collega's Verpleging & Verzorging uit de gemeente Wieringermeer, voor hun inzet en betrokkenheid. Daarnaast wil ik een speciaal woord van dank uitspreken voor M. de Vries en J. Neuteboom (TransitieProgramma in de Langdurende Zorg), W. Bastiaenssens (directeur Zorg Omring), J. van Aert (beleidsadviseur bestuursbureau Omring) en G. Pannekoek (business controller Omring).

Hanneke van den Berg
Projectmanager Omring Thuiszorg

Bronvermelding

Aantal inwoners per dorp, A. Ruijter, beleidsambtenaar gemeente Wieringermeer, december 2009

Brutomargemodel, ontwikkeld door Business Case Entrepreneurs in samenwerking met Omring Thuiszorg, november 2010

'Een geïntegreerde eerste lijn voor zorg thuis', Actiz en STOOM, juni 2009

Format Maatschappelijke business case TPLZ, oktober 2009

Maatschappelijke business case Buurtzorg, juni 2009

Maatschappelijke business case Prinsenhof, februari 2009

'Preventieplan Omring Thuiszorg 2010-2011', H. van den Berg, najaar 2009

Reactie op rapport 'Verpleging in de eigen omgeving : ZVW en AWBZ', mw. dr. J. Bussemaker en dr. A. Klink, 2009

'Samenhangende zorg in de eerste lijn: De as huisartsen- wijkverpleegkundigen', door V&VN, NHG en LHV, 2007

Tarief huisartsenconsult en de ervaring dat consulten met ouderen qua tijd veelal 2 consulten betreffen, E. Verkooijen, accountmanager huisartsenzorg Univé, najaar 2010

Uitvoeringsprogramma 'Zichtbare Schakel, De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt', ZonMw, juni 2009

VAAM-monitor, www.nivel.nl

Verlooperpercentage van wijkverpleegkundigen 2010, A. de Valk, beleidsadviseur P&O Omring, december 2010

'Verpleging thuis: basiszorg voor chronisch zieken en ouderen', NPCF en LOC en V&VN, juni 2009

Verzuimcijfers, verhouding indicaties PV en VP, tariefsonderbouwing verpleeg- en verzorgingshuis en thuiszorg, G. Pannekoek, business controller Omring, december 2010

'Wijkverpleging en de AWBZ-functie verpleging', mw. dr. J. Bussemaker, 05-11-2009

Zorgcontractering Omring Thuiszorg 2011 mbt AIV, H. Hofman, bestuursecretaris Omring, december 2010

www.cvz.nl

www.invoorzorg.nl (mbt Omaha)

www.hollandskroon.nl

www.tplz.nl

www.zonmw.nl

www.zorgkantoor-nhn.nl

Contactpersonen:

mBC contactpersoon	Mail-adres	Telefoonnummer
M. de Vries	info@viatore.nl	06 41764031
M. Engelbarts	monique.engelbarts@nl.ey.com	06-29084875
R. van Est	roel.van.est@nl.ey.com	06 21252828

Inhoudelijk contact	Mail-adres	Telefoonnummer
H. van den Berg	hvandenber@omring.nl	06 51338308
Financieel contact		
G. Pannekoek	gpannekoek@omring.nl	06-43079291