

VOORWOORD

2

ABRONA

Zorg voor ruimte en je krijgt ruimte voor zorg

4

INTERVIEW MIREILLE DEBETS, MINISTERIE VAN VWS

10

ACTIVITE

Een regelarm zorgarrangement voor de laatste fase

12

PRISMA

Gelukkig zijn: betere en doelmatige zorg

18

STICHTING TRANSMURALE ZORG

De transferketen in evenwicht: baten en lasten eerlijk verdelen

24

VITRAS

Een weekbudget voor zorg én mantelzorg

30

INTERVIEW CORALIEN MERKENS, VITRAS

36

ZORGBOOG

Innovatief terug in de tijd: de holistische zorgbenadering

38

PANTEIN

Verlengen of niet verlengen? That's the question!

46

COLOFON

52



VOORWOORD





Abrona

Zorg voor ruimte en je krijgt ruimte voor zorg

Jan Duenk, bestuurder Abrona

“We wilden toe naar een andere manier van organiseren, die uitgaat van zelfstandigheid, vertrouwen en creativiteit.”



Dat de zorg anders moest én anders kon, daar was Abrona al van overtuigd voordat het ministerie van VWS met het Experiment Regelarme Instellingen begon. Ook was Abrona er van overtuigd dat ze zelf een heleboel regeltjes hadden bedacht die los stonden van de regels die partijen zoals het CIZ, de zorgverzekeraar en de IGZ opleggen. De regels van de binnenwereld en de regels van de buitenwereld noemen ze dat bij Abrona. Twee werelden, met elk een gescheiden aanpak. Maar beiden zijn met succes regelarmer gemaakt.

Pre-experimentele fase

De organisatie Abrona ondersteunt mensen met een verstandelijke beperking in de provincie Utrecht om hen een eigen plek in de samenleving te geven. Zij doet dit met én voor de cliënt, hierbij staat de ontwikkeling van de cliënt centraal. Met 1.700 medewerkers en ruim 700 vrijwilligers biedt zij ondersteuning aan ongeveer 2.000 mensen, zowel kinderen als volwassenen, met een verstandelijke beperking.

Al voordat het ministerie van VWS zorginstellingen uitnodigde om na te denken hoe het regelarmer kon in de zorg, was Abrona bezig met een nieuw strategisch plan. Het plan had als uitgangspunt ‘zorg en ondernemen & ondernemen en zorg’. “We wilden toen al af van het opleggen van een blauwdruk”, zegt bestuurder Jan Duenk. “We wilden toe naar een andere manier van organiseren, die uitgaat van zelfstandigheid, vertrouwen en creativiteit.” Bij deze visie hoort ook een experiment van voldoende grootte, voldoende zwaarte en voldoende stabiliteit. Op basis hiervan is gekozen voor de woonwijk Sterrenberg in Huis ter Heide als locatie voor het experiment. Gefaseerd met de verhuizing naar negen nieuwe woonvoorzieningen wordt het experiment met in totaal ongeveer 250 cliënten, cliënten met een verstandelijke beperking (ZZP 5-8), uitgevoerd.

Geheel in lijn met de uitgangspunten van zelfstandigheid, creativiteit en vertrouwen was vooraf geen blauwdruk bepaald. Projectleider Arina van Domselaar heeft aan alle teamleiders van de negen experimentlocaties gevraagd om antwoord te geven op de volgende vraag: ‘Als je als team wat mag veranderen, wat is dat dan?’. “Hierbij hebben we gezegd, neem probeerruimte en die eindigt pas daar waar de wet dingen verbiedt. Zeg maar waar je last van hebt”, vertelt Arina van Domselaar.

“De vraag hebben we met Arina doorgesproken”, zegt Astrid Groot, teamleider dagbesteding op woonlocatie Orionplein. “Wij hadden besloten om op het thema ‘kwaliteit van zorg’ te gaan zitten. Vanuit de kwaliteit van leven van onze bewoners kijken naar wat beter kan. Hoe maken wij een mooie dag voor onze cliënten?” Uit deze sessies zijn verschillende initiatieven naar voren gekomen. Deze initiatieven zijn in maximaal een A4 uitgeschreven en aan het management voorgelegd, waarbij vooral de boodschap was ‘ga het gewoon doen!’. “We wilden ook hier niet aan de teams aangeven wat ze moesten doen. We gaven ze de ruimte om te gaan proberen en doen”, zegt Jan Duenk.

Elke locatie zijn eigen experiment

De teamleiders zijn in dit deel van het experiment leidend. Binnen hun eigen teams, woon- en dagbestedingslocaties, hebben zij de vraag opgepakt en zijn met initiatieven gekomen. “Zo zie je dat elke woning en dagbestedingslocatie zijn eigen project(en) heeft. Dat zijn oplossingen voor hun grootste knelpunten met de snelste verandermogelijkheden. Het zijn allemaal intern ontstane knelpunten”, zegt Bea Appels, teamleider woonlocatie Orionplein.

Uit de bonte lijst met experimentnamen zie je de verscheidenheid en de creativiteit al naar voren komen. Zo gaat het experiment ‘huismeester op locatie’ over het regelarm oplossen van kleine reparaties en storingen. Geen meldingen meer maken bij een centraal meldpunt, niet aan elkaar vragen of de melding al is

“Hierbij hebben we gezegd, neem probeerruimte en die eindigt pas daar waar de wet dingen verbiedt. Zeg maar waar je last van hebt.”

doorgegeven, kijken of de meldingen zijn geaccepteerd in het systeem en constant navragen wanneer de storing wordt opgelost. Gewoon en simpel: schrijf de melding in een schriftje, de huismeester komt op een afgesproken tijdstip even langs en loopt (soms zelfs samen met een cliënt) het lijstje na en lost alles op. Andere namen van experimenten: Smile meldloket (voor de melding incidenten en (bijna) ongelukken), afschaffen huishoudbudget detailadministratie, afschaffen taxibriefjes, controlelijsten voedselveiligheid en Eye Wish op de woonlocatie zelf. Elke locatie had zo dus zijn eigen top-knelpunt en mocht deze oplossen.

Wonen en dagbesteding met elkaar verbonden

Op woonlocatie Orionplein wonen ouderen met een verstandelijke beperking en somatische problematiek. Zij hebben allemaal een intensieve zorgvraag. Hier werd al snel duidelijk dat het antwoord op de vraag ‘hoe maken we een mooie dag voor onze cliënten?’ gezocht moest worden in de combinatie van wonen en alles wat daarbij komt kijken en de dagbesteding, die buiten de woonlocatie plaatsvond. Astrid Groot: “De dagbestedingsactiviteiten waren altijd van 09.00 tot 16.00 uur. Maar dat was vaak niet haalbaar voor de meeste oudere cliënten van Orionplein. Het gaat om mensen die vanwege hun leeftijd of somatische problematiek soms niet zo snel kunnen en dan willen wij als begeleiders alleen maar snel, snel, snel. Dat paste niet bij hun bioritme. De cliënten werden er echt gestrest van.”

De simpele oplossing hiervoor is dat tussen 10.00 uur en 20.00 uur flexibel binnengelopen kan worden bij de dagbesteding en dat ook dagbesteding voor een deel op de woningen wordt aangeboden. Daarnaast wordt de dagbesteding gekoppeld aan momenten op de dag, die bij het dagritme van het wonen horen, bijvoorbeeld het eten. “We zagen dat sommige cliënten anderhalf uur moesten wachten voordat ze begeleid konden ontbijten. Ze waren dan al geholpen met opstaan en aankleden, maar moesten wachten, omdat de begeleiders eerst nog de andere cliënten aan het helpen waren. Dit bevordert het humeur en geluk van de cliënten natuurlijk niet”, zegt Bea Appels. Door de medewerkers van de dagbesteding te betrekken bij het ontbijt, kunnen de cliënten gelijk begeleid ontbijten als ze daarvoor klaar zijn. Bovendien kan de dagbestedingsbegeleider ook eens aan hen vragen ‘waar heb je vandaag zin in, een boterham of een beschuitje, en wat wil je erop?’. “We zien nu glimmende gezichten in plaats van wachtende gezichten aan tafel. Dit geeft zoveel meer vreugde en rust”, zegt Astrid Groot.

Ook met het avondeten is de koppeling tussen wonen en dagbesteding slim gelegd. Eenmaal per week wordt door de cliënten samen met de medewerkers van de dagbesteding gekookt. Zo krijgen de cliënten meer invloed op wat ze mogen en willen eten en zijn ze actief met elkaar bezig. Astrid Groot: “We maken wel eens zelf appelmoes. Dan gaan we ook eerst met zijn allen naar de markt om boodschappen te doen.” “Dat vinden de cliënten hartstikke leuk om te doen en we zien ook nog eens dat op de kookdagen veel beter gegeten wordt door de cliënten”, aldus Bea Appels.

Intern, dus waarom nu pas?

De knelpunten, waar de teamleiders mee aan kwamen zetten, betroffen vooral aanpassingen van ooit intern ontstane werkwijzen. Je kan je afvragen ‘waarom dit experiment nodig was om anders te gaan kijken naar je eigen werkwijzen?’. “Onze organisatie was ook verzuimd ingericht”, zegt Jan Duenk. “De zorg en de dagbesteding werden door twee verschillende managers aangestuurd. Dat gaan we dus snel veranderen. Nu is het zaak dat wij (de directie en het MT) ons ook aanpassen op de verbinding die op de werkvloer al in gang is gezet.”

De uitvraag van VWS heeft het mogelijk gemaakt om anders, kritisch, naar de eigen regels en systemen te kijken. Hierover de vraag te stellen ‘waarom doen we dit en waarom op deze manier, zou het ook anders kunnen?’. “Niets is zo moeilijk als uit je eigen groeve komen”, zegt Jan Duenk. Of zoals Einstein zegt: “We kunnen onze problemen niet oplossen met hetzelfde gedachtepatroon als waarmee we ze gecreëerd hebben.” Bea Appels: “We stellen onszelf nu constant de vraag ‘kan het ook met minder gedoe?’.”

Visie en verbinding

“We maken een verschuiving van kwaliteit van zorg naar kwaliteit van leven door. Dat is er één die je niet meer kunt en wilt tegenhouden”, zegt Erik Droog, manager Specialistische Langdurige Zorg. Jan Duenk: “Die focus op waarom je doet wat je doet, namelijk de kwaliteit van leven voor de cliënt vergroten, is de drijfveer die ons scherp houdt. En maakt dat wij als bestuur en management de juiste dingen gaan doen en blijven doen. De focus op kwaliteit van leven is ook de basis voor de verbinding met en op de werkvloer.” De verbinding tussen wonen en dagbesteding binnen onder andere woonlocatie Orionplein is daar een mooi voorbeeld van.

“We zien nu glimmende gezichten in plaats van wachtende gezichten aan tafel. Dit geeft zoveel meer vreugde en rust.”

Aan de verschuiving van kwaliteit van zorg naar kwaliteit van leven ligt een visie van verbinding en eigen kracht ten grondslag. Jan Duenk: “Het helpt om vanuit deze visie ‘waarom je het doet?’ te kijken, zowel binnen als buiten Abrona. “En waarom we het doen is om in Nederland zo goed mogelijke zorg te bieden.” Iedereen snapt dit, op hoog niveau, maar zodra de consequenties hiervan dichtbij je eigen perspectief komen, dan wordt het spannend. “Dat het dan spannend wordt, dat moet je je realiseren”, zegt Jan Duenk. “Je moet elkaars perspectief gaan kennen en erkennen. Als je dit niet doet, en dus gaat ontkennen, dan komen de hakken in het zand.” Maar als je elkaars perspectief erkent, ontstaan er mooie dingen. Erik Droog: “We zien dus initiatieven ontstaan, die nooit hadden gewerkt als we ze hadden opgelegd, maar nu wel werken vanuit de gegeven vrijheid en probeerruimte.”

Een visie hebben is één ding. Het uitdragen van de visie door te laten zien dat je er ook echt naar handelt, is nog belangrijker. Bij het vormgeven van de verbinding in de plattere organisatie is daarom besloten om niet ook de teamleider ertussenuit te halen, maar het dienstverband met twee directeuren stop te zetten. Vanuit het bestuur en MT worden werkbezoeken afgelegd in de organisatie. Dan werken ze mee in het dagelijkse proces en staan zij midden tussen het personeel en de cliënten. Erik Droog: “Het is dan erg leuk om te zien wat op het prikbord hangt en wat besproken wordt tussen medewerkers onderling en met cliënten. Dan is het hopen dat het in lijn ligt met de werkelijkheid in de bestuurskamer.” “We moeten voorkomen dat er in de bestuurskamer een schijnwerkelijkheid ontstaat”, zegt Jan Duenk lachend. Juist om te voorkomen dat het bestuur en het MT in hun eigen valkuil stapt en een eigen schijnwerkelijkheid creëert, hebben ze hulp van buiten ingeroepen. Voor twee dagen in de week is er een transitiebegeleider, die ze constant een spiegel voorhoudt: “Maar als je dit doet, handel je dan daadwerkelijk in lijn met je eigen visie?”

Kwaliteit van leven in praktijk

Het begrip ‘kwaliteit van leven’ heeft ook de werkvloer bereikt. Lucie Visser, begeleidster op woonlocatie Kometenlaan en eerstverantwoordelijk begeleidster van vijf cliënten, neemt niet meer automatisch dingen van de cliënten over. “Ik stel me steeds weer de vraag: ‘wat kan de cliënt zelf en wordt hij er blij van als ik het overneem?’”, zegt zij. “Het niet automatisch overnemen van de zorgtaken dat is lastig om af te leren, want ik ben nogal een regeltante, maar het is prettig voor de cliënten.

Zij ontwikkelen zich en dat moet je ze niet willen ontnemen. “Wil Heimensen (64), bewoner van de woonlocatie Kometenlaan en cliënt waarvoor Lucie zorg draagt, zegt ook: “Ik doe veel zelf hoor. Pas als het niet lukt, dan roep ik ze. Zo is het op mijn werk ook. Daar zeggen ze: ‘je kan het zelf, dan doe je er maar een uur langer over’.”

Het handelen vanuit ‘kwaliteit van leven’ biedt perspectief voor zowel cliënten als begeleiders. Door uit te gaan van wat de cliënt nog wél zelf kan, verrijk je de mogelijkheden. “De ruimte in de zorg die is ontstaan, is het mooiste. Cliënten kunnen in de huidige tijd veel meer zelf kiezen, hoe ze wonen, welke kleding ze dragen, et cetera”, zegt Lucie Visser. “Vroeger was het zo, als een bewoner er goed uit zag, dan had je goed gezorgd. Nu is het zo, als een bewoner straalt, dan heb je goed gezorgd.”

Nog een mooi voorbeeld is: bij de start van de Kometenlaan 25 kwam Hendrik hier wonen. Toen zijn moeder de andere cliënten ontmoette, werd zij erg bang voor overvraging van Hendrik en overbezorgd. Maar we zijn op de Kometenlaan uitgegaan van de mogelijkheden van haar zoon. Nu vertelde de moeder laatst dat Hendrik zelfstandiger is geworden, en socialer. Toen zij niet lekker was, had Hendrik gevraagd of zij een kopje thee wilde. Dat had hij eerder nog nooit gedaan! Dit was een groot compliment: je eigen mogelijkheden inzetten, werkt echt.

Naast de ruimte voor de cliënt, ervaren de begeleiders ook meer ruimte. De plattere organisatie maakt dat er bij de begeleiders meer verantwoordelijkheden liggen. Nu worden daar de beslissingen genomen, die voorheen door de leidinggevende genomen werden. “Het krijgen van vertrouwen helpt bij het durven nemen van de gekregen ruimte. Nu heerst er een sfeer dat fouten kunnen, die mogen gemaakt worden, daar mogen we van leren en groeien”, aldus Lucie Visser. Ook de cliënten krijgen door de veranderingen weer de kans om te leren en dat doen ze ook. Ze merken dat ze meer zelf moeten doen. Hierdoor ontstaat voor hen ook de ruimte om te ontdekken wat prettig voor hen is. “We laten dingen soms ook op hun beloop gaan, om de cliënten te laten ervaren, want daar leren zij, maar ook wij, weer van”, zegt Lucie Visser. Wil Heimensen: “Ik heb geleerd zelfstandig te zijn, dat is zo fijn!”

Tijdswinst? Zo ja, wat doe je ermee?

Op de Kometenlaan zijn oplossingen als ‘centraal geregeld zakgeld’, ‘medicatie via baxter-rollen’ en de ‘huismeester op

“Ik stel me steeds weer de vraag: ‘wat kan de cliënt zelf en wordt hij er blij van als ik het overneem?’”

locatie’ onderdeel van het experiment. De andere aanpak levert echt tijds winst op. “Doordat het verdelen van het zakgeld nu centraal geregeld is, scheelt mij dat drie uur. Ook dat ik niet meer op een ingewikkelde manier hoeft te melden dat iets kapot is, en hierover niet ook nog eens veel heen en weer moet mailen, scheelt heel veel tijd. Nu is de huismeester op vaste momenten op locatie en kijkt in het schriftje wat er moet gebeuren.”

Deze tijds winst is hard nodig om de steeds complexer wordende zorg te kunnen leveren in de beschikbare tijd. Die tijd groeit niet, maar nu al, en zeker in de komende jaren wordt de zorg steeds complexer. Dan is de vrijgekomen tijd, die vroeger aan administratie besteed werd, hard nodig om de cliënten een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te geven. “We moeten ruimte creëren, en dat zien te behouden, om onze cliënten kansen te geven en niet vanuit tijdsnood willen zorgen en je eigen normen op te leggen. Zij moeten blij zijn!”, aldus Lucie Visser.

Er wordt gekeken in hoeverre de resultaten van het experiment op de negen locaties kan worden doorvertaald naar andere locaties. De aanpak is om de locatie specifieke oplossingen eerst uit te proberen op de locatie waar ze bedacht zijn. Daarbij is er

volop ruimte voor de verschillende woonlocaties om bij elkaar in de keuken te kijken en van elkaar te leren. Tussentijdse successen worden gedeeld via ‘Mijn Abrona’ en tijdens bijeenkomsten. Wanneer er voldoende resultaat is behaald, wordt de aanpak gedeeld met de andere locaties.

Een lossere, maar echtere verbinding met de werkvloer

Vergelijkbare ruimte als die ontstaan is op de werkvloer, moet ook ontstaan in de rest van de organisatie door het aanpassen van de organisatiestructuur (een plattere en minder verzuilde organisatie). Door een afname van managers creëer je schaarste in tijd, waardoor automatisch aan de lagen daaronder vrijheid gegeven wordt. Hier hoort de acceptatie van risico’s en fouten bij. “Deze schaarste wordt bewust gecreëerd. Vanuit schaarste kan vernieuwing gedijen, ook al leidt dat soms eerst tot ‘chaos’. Hieruit komt wel de verandering voort”, zegt Jan Duenk. “Vertrouwen, afspraken maken en aanspreken op afspraken. Elkaar aanspreken wanneer het goed gaat én wanneer het niet goed gaat. Vanuit het vertrouwen mogen de medewerkers het ook even niet weten en krijgen ze de tijd om te wennen aan de nieuwe manier van werken en om even na te denken.” Arina van Domselaar: “Door de ‘schaarste’ en ‘chaos’ komen mensen ook in hun kracht.”

Het gaat natuurlijk niet altijd zo simpel zoals het hier beschreven staat. Elke zorginstelling en ook Abrona heeft hier mee te maken, van de ondersteunende diensten, de professional op de werkvloer tot aan de directeur. Toch blijkt dat consequent terugrijpen op die visie, die kwaliteit van leven voor de cliënt, iedereen verbindt. Vanuit dat perspectief blijven medewerkers loyaal en steeds opnieuw zich afvragen wat anders kan op de werkvloer.

Verbinding met de buitenwereld

Binnen Abrona wordt bij het nemen en het uitvoeren van beslissingen dus continu teruggegrepen op ‘waarom doen we het?’. Voor vraagstukken en regels in de buitenwereld rondom Abrona, hanteren ze dezelfde vraagstelling. “Je moet komen tot een gezamenlijk perspectief, een gezamenlijke visie. Hiermee kan en moet de verbinding gemaakt worden binnen de keten”, zegt Jan Duenk.

Het externe deel van het experiment van Abrona omvat een drietal regelarme aanpassingen, namelijk: bij herindicatie een administratieve verlenging van 15 jaar, lumpsumfinanciering, inclusief meerzorg, en een nieuw type cliënttevredenheids-onderzoek (geen zorginhoudelijke prestatie-indicatoren invullen).

“Leidt dit experiment tot toekomstbestendige zorg?”

Als de toekomst ingericht mag worden naar de wensen van Abrona, dan wordt op aanvraag van de teamleiders (wonen en dagbesteding) op de woonlocatie Orionplein de certificering afgeschaft. Bestuurder Jan Duenk ziet in de toekomst graag dat indicaties een veel langere geldigheid krijgen. Dit scheelt heel veel tijd op de werkvloer, die besteedt kan worden aan de cliënten van Abrona. Daarnaast heeft Abrona de wens dat de lumpsumfinanciering, inclusief meerzorg, uitgebreid wordt naar heel de Specialistische Langdurige Zorg binnen Abrona en zelfs voor meerdere jaren wordt verstrekt.

In het toekomstplaatje van Abrona is er geen prominente plaats voor de ketenpartners zoals het zorgkantoor en

het CIZ. Dit is helaas niet hoe de toekomstige plannen voor de (her)inrichting van de zorg eruit lijken te zien. “Hierdoor blijven de huidige wetmatigheden in de keten in stand en speel je in de marge wat betreft te behalen voordelen met de reorganisatie van de zorg”, zegt Jan Duenk. “Graag zien we dat de fundamentele ervaringen uit het Experiment Regelarme Instellingen meegenomen worden in onder andere de Wlz. De regelarme experimenten helpen heel erg om de ruimte die we graag willen in de totale plannen te laten zien. We adviseren echt de goede voorbeelden te gebruiken. We zien al dat de regelruimte leidt tot een grotere cliënt- en medewerkerstevredenheid.”

“Hier, in de buitenwereld, zijn we nog wel tegen problemen aangelopen met de stakeholders”, zegt Erik Droog. “Bij de herindicatie is gebleken dat hier het systeem voor de praktijk gaat. We hadden een cliënt die al jaren op de wachtlijst stond voor een andere woonlocatie, dichtbij familie in Zeeland. Toen kwam er een plek vrij, maar herkende het systeem de regelarme indicatie niet. Het antwoord van het CIZ hierop was: ‘Doe maar alsof je een nieuwe cliënt hebt en doe alle onderzoeken opnieuw. Dat heb je met dat bijzondere gedoe.’”

De regelarme herindicatie houdt voor Abrona in dat, bij ongewijzigde zorgbehoefte, slechts door middel van een e-mail met het bericht dat de indicatie afloopt een herindicatie wordt aangevraagd. Dit is een hele vereenvoudiging, en dus tijds winst, ten opzichte van uren papierwerk die de oude werkwijze vergde. “Het scheelt zoveel tijd”, zegt Bea Appels.

Abrona ontvangt een lumpsumfinanciering, inclusief meerzorg, voor woon- en dagbesteding. “Hierbij was wel een voorwaarde dat we hiervoor een aparte administratie, naast de reguliere productieregistratie, zouden inrichten”, aldus Arina van Domselaar. “Hiermee is het nog steeds niet regelarm.” Tevens valt het zorgkantoor soms terug op verantwoordingen en details die zij willen ontvangen. Dit blijft een spanningsveld. Gelukkig kan, wanneer lumpsumfinanciering geen uitzondering meer is, de aparte administratie vervallen en wordt het geheel voor zowel de werkvloer als ondersteunende diensten regelarder. Astrid Groot: “Het vervallen van het aanleveren van vele documenten door artsen en gedragsdeskundigen (orthopedagogen) scheelt hen zoveel tijd.”

In de meerzorgadministratie is tevens grote winst gemaakt. Mede door actieve medewerking van het CCE (Centrum voor Consultatie en Expertise) is de dossierdikte van de (her)aanvragen fors afgenomen. Het proces is eenvoudiger ingericht, de onderbouwing van de aanvraag kan hierdoor met minder documenten, omdat dubbelingen vervangen zijn door verwijzingen. Daarbij

worden niet meer alle disciplines afzonderlijk ingezet voor de toetsing. De tijds winst die dit heeft opgeleverd, wordt direct ingezet ten behoeve van de cliënt.

Bij de kwaliteitstoetsing vanuit VGN worden de zorginhoudelijke prestatie-indicatoren niet meer ingevuld. Daarnaast wordt de kwaliteit nu niet meer gemeten aan de hand van negentig vragen die door een extern bureau worden gesteld en ingevuld. Het cliënttevredenheidsonderzoek wordt gedaan door de begeleider tijdens het maken en de evaluatie van de zorgplannen. “Hierbij wordt door de begeleider ook de non-verbale communicatie geïnterpreteerd”, zegt Arina van Domselaar. De familie wordt nauw betrokken bij de kwaliteitstoetsing. “We willen zelfs van medezeggenschap van cliënten en familie, naar zeggenschap van cliënten en familie. In het gunstigste geval hebben zij contact met het zorgkantoor over de kwaliteit van zorg.”

De verbindingen, die gelegd zijn binnen en buiten Abrona, leiden tot de mogelijkheid om met dezelfde of misschien wel minder middelen meer te bieden. Meer in hoeveelheid directe zorg aan cliënten, maar ook meer in betere kwaliteit van leven voor de cliënten. “Meer met minder moet door samenwerken en anders organiseren kunnen. De samenhang zoeken in het proces, zoals door dagbesteding en woonbegeleiding te combineren, is hiervoor wel nodig”, zegt Bea Appels. Wat betreft de verandering in kijken naar wat (intern) ‘moet’ en hoe op andere manieren de kwaliteit van leven van de cliënten positief beïnvloed kan worden, dit blijft ook na de experimentperiode. Jan Duenk gaat nog verder, wat hem betreft mag in aanvulling op het meenemen van de ervaringen van het Experiment Regelarme Instellingen ook het intern zo efficiënt mogelijk inrichten van de zorg een verplichting aan zorginstellingen worden. Waarbij voor iedere zorginstelling ‘zo efficiënt mogelijk’ op een andere manier bereikt kan worden.





Interview
Buddy VWS helpt Abrona
bij regelarm werken

Mireille Debets, senior beleidsmedewerker bij de directie markt en consument van het ministerie van VWS



“Het leek mij interessant om een beeld te krijgen van de langdurige zorg, want in mijn werk was ik vooral gefocust op de curatieve zorg.”

Mireille Debets is senior beleidsmedewerker bij de directie markt en consument van het ministerie van VWS. Toch was ze direct geïnteresseerd toen ze de vraag kreeg of ze buddy wilde worden van zorgaanbieder Abrona toen die ging deelnemen aan het Experiment Regelarme Instellingen. “Het leek mij interessant om een beeld te krijgen van de langdurige zorg, want in mijn werk was ik vooral gefocust op de curatieve zorg”, vertelt ze. “En het Experiment Regelarme Instellingen interesseerde me omdat het zo volkomen anders is dan we gewend zijn te werken. Ook als ambtenaren zijn we snel geneigd om ‘Dat kan niet want...’ of ‘Daarvoor moet een zorgaanbieder voldoen aan...’ te zeggen. Voor het experiment waren nadrukkelijk vooraf niet de kaders bedacht.”

De primaire taak van de buddy is voor de zorgaanbieder het eerste aanspreekpunt zijn binnen VWS. Mireille Debets: “Abrona hoeft dus bij vragen niet op zoek om te achterhalen wie binnen VWS degene is die het antwoord kan geven, dat doe ik. Komt er een vraag over het CIZ? Dan zoek ik de oplossing, of neem ik samen met de deskundige op dit gebied binnen VWS contact op met het CIZ om antwoord op die vraag te krijgen. Abrona had ook specifieke vragen over meerzorg. Voor VWS interessant, want daar leren wij ook weer van hoe we in de toekomst die meerzorg moeten vormgeven.”

Al snel na de start van het experiment liep Abrona aan tegen de gevolgen van het afwijken van de regels die de Nederlandse Zorgautoriteit en de Inspectie voor de Gezondheidszorg stellen

aan zorgaanbiders. “Het was een eye-opener voor alle partijen om te merken dat de vragen die dit opriep niet zozeer met onwil te maken hadden, maar vooral met de manier waarop de computerprogramma’s functioneren.”

Bij Abrona bestaat in het kader van het experiment de mogelijkheid tot administratieve verlenging van de indicatiestelling bij ongewijzigde zorg. Dit leidde tot een probleem als iemand ging verhuizen en daardoor terecht kwam bij een aanbieder die niet aan het experiment meedeed. “Dan zie je hoe complex zorgsystemen zijn, en hoe de koppeling van systemen onderling weer voor nieuwe complexiteit zorgt”, zegt Mireille Debets. “Ook hebben we van het experiment geleerd dat regelarm werken aan de voorkant en aan de achterkant betekent dat een instelling toch nog steeds veel moet registreren voor bijvoorbeeld de verantwoording aan het zorgkantoor. Dat is iets wat in een vervolg op het experiment echt aandacht verdient.”

De grootste waarde van het experiment is voor Mireille Debets dat het partijen tot nadenken stemt over wat voor regels allemaal bestaan en waarom die er zijn. “Soms is dat echt niet meer te achterhalen”, zegt ze. “Maar het is niet alleen de overheid die zulke regels bedenkt. Abrona kwam er achter ook zelf regels te hebben veroorzaakt die nu tot vraagtekens leiden.”



ActiVite
Een regelarm zorgarrangement
voor de laatste fase

Lisanne Dijkers, coördinerend wijkverpleegkundige Leiden-Zuidwest

“Je komt wel eens bij een cliënt waarvoor je één uur ingepland hebt en dan kom je onverwachtse dingen tegen. Nu kan ik dat gewoon gelijk oppakken.”

Steeds meer mensen willen thuis sterven, in hun eigen vertrouwde omgeving. Maar naar mate het einde van het leven nadert, is in sommige gevallen de reguliere palliatief terminale zorg-indicatie beperkend om de benodigde zorg te verlenen. ActiVite wil op een regelarme manier toch invulling geven aan deze wens van hun cliënten. “Het is heel erg mooi om iemands laatste wens te kunnen vervullen”, zegt Lisanne Dijkers, coördinerend wijkverpleegkundige Leiden Zuidwest.

De (laatste) wens

De palliatief terminale zorg (PTZ)-indicatie is bedoeld om mensen in de laatste levensfase die zorg te kunnen bieden die de cliënt en zijn directe omgeving zoveel mogelijk ontlasten. Deze indicatie geeft ‘aanspraak’ op maximaal 81 uur persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding individueel per week. Een eenvoudige rekensom maakt direct duidelijk dat dit onvoldoende is om 24 uur per dag professionele zorg te kunnen bieden. Toch wordt de vraag naar deze hoeveelheid zorg thuis groter, omdat de wens om in een vertrouwde omgeving te sterven groter geworden is en vaker voorkomt. Cliënten, familie en naasten ervaren dit als een verbetering van kwaliteit van leven in deze laatste, intensieve, levensfase.

“Steeds vaker bereikte ons vanuit huisartsen en ziekenhuizen de vraag, ‘kunnen jullie niet 24-uurs zorg leveren thuis?’”, zegt Niek Gootjes, manager Zorg en projectleider van het regelarme experiment. Lita Berkhout, voorzitter Raad van Bestuur: “Ook hoorden wij vaker terugkomen dat mensen niet overlijden op de door hun gewenste manier en in de juiste omgeving”. Deze signalen zijn voor ActiVite de aanleiding geweest om na te denken over een andere manier, waarop tegemoet gekomen kon worden aan de wensen van hun terminale cliënten en hun naasten. “Ook voor de naasten is het belangrijk dat het leven van hun dierbare waardig eindigt”, zegt Anne-gré van der Eijk, wijkzakenverzorgende. Met de huidige reguliere PTZ-indicatie wordt met de logische schommelingen in zorgbehoefte in de laatste fase van iemands leven geen rekening gehouden.

Susanne Rutten, directeur gespecialiseerde zorg: “Wanneer cliënten een PTZ-indicatie ontvangen, is de zorgverlening op dag één niet hetzelfde als aan het eind van het verzorgingstraject. Dat is niet reëel.”

Zorgpakket voor 24-uurs palliatieve zorg

ActiVite biedt in de regio Zuid-Holland Noord integrale arrangementen en diensten aan op het gebied van hulp bij het huishouden, begeleiding, zorg, verpleging, specialistische verpleging en intramurale zorg waarbij de cliënt zelf de regie heeft over zijn leven. In antwoord op de vragen en wensen van cliënten wil ActiVite een op maat palliatief zorgpakket ontwikkelen, waarbij het mogelijk is in de laatste fase zelfs 24-uurs zorg te leveren. Dit zorgpakket moet in de plaats komen van de reguliere PTZ-indicatie. Bovendien moet het mogelijk zijn om, indien nodig, 24 uur per dag aandacht te kunnen besteden aan de cliënt. Niet alleen door de professional, maar door een juiste mix van professionals met verschillende expertises, samen met hiertoe opgeleide vrijwilligers.

Een slimme en regelarme mix, dat maakt dat het volgens ActiVite mogelijk is om (indien nodig) 24-uurs zorg te kunnen bieden vanuit een weekbudget dat gebaseerd is op slechts 68 uur professionele zorg per week. In de afspraken met het zorgkantoor voor dit experiment werd bepaald dat dit arrangement voor cliënten met een PTZ-indicatie in een deel van ons werkgebied van toepassing was. Vanwege de onvoorspelbaarheid van de laatste levensfase is wel met het zorgkantoor afgesproken dat een dagtarief, gebaseerd op 68 uur zorg per week, gedeclareerd wordt. Met dit zorgpakket en het bijbehorende vaste budget maakt ActiVite het voor haarzelf mogelijk om zorg op maat te leveren, volledig afgestemd op de zorgbehoefte van de cliënt en zijn naasten op dat moment. Eén van de grote voordelen van dit zorgarrangement is dat er nazorg mag worden verleend ná het overlijden van de cliënt. In een regulier traject kan dit absoluut niet: cliënt overleden betekent automatisch cliënt uit zorg, en cliënt uit zorg betekent dat je geen uren meer kunt declareren! Gelukkig is in dit regelarme experiment (budgettaire) ruimte gemaakt om deze rigide regel op te heffen.



“Het professionele handelen is hetzelfde gebleven, dat deden we ook altijd al goed, maar dat het nu langer en vaker thuis kan, dat maakt verschil voor onze cliënten.”

Als laatste onderdeel van het experiment is de evaluatievragenlijst, waarmee de cliënttevredenheid gemeten wordt, ingekort. De gedachte hierachter is dat de cliënt en zijn naasten in de intensieve laatste levensfase van de cliënt zo min mogelijk onnodig belast moeten worden. De vragenlijst heeft als bijkomend doel input te verschaffen over de resultaten van het experiment.

24-uurs zorg uit 68 uur per week

ActiVite heeft bij aanvang van het experiment bepaald dat zij een PTZ-zorgpakket, inclusief 24-uurs zorg, kunnen leveren voor een weekbudget van 68 uur per week. “Je ziet over het algemeen dat in het begin weinig professionele zorg en meer mantelzorg en informele zorg (vrijwilligers) ingezet wordt en dat gaandeweg het ziekbed de zorgvraag toeneemt”, zegt Niek Gootjes. Koen van de Meer, teammanager zorg: “Familie wil vooral zo veel mogelijk zelf de laatste zorg bieden. Dat is op zich al een belasting voor hen. Maar soms duurt het ook nog eens lang, dat ze het zelf bijna niet meer volhouden. Dan kunnen we door over te schakelen naar meer vrijwilligers, dan wel professionele zorg, de familie ondersteunen en hun de kans bieden om contacten met hun eigen sociale omgeving te behouden. Deze hebben ze hard nodig na het overlijden van hun naaste.” Wanneer het nodig is, kan wel direct de professionele zorg (extra) ingezet worden. Lianne Dijkers: “Je komt wel eens bij een cliënt waarvoor je één uur ingepland hebt en dan kom je onverwachtse dingen tegen. Nu kan ik dat gewoon gelijk oppakken. Eén belletje naar de planning en het is opgelost. Of ik bel naar mijn volgende cliënten, dat ik wat later ben. Ik kan de zorg bieden zoals de cliënt het wil en zoals ik het wil, zonder op de klok te hoeven kijken.”

De inzet van 24-uurs zorg maakt het mogelijk dat mensen thuis, in hun vertrouwde omgeving kunnen sterven. Voor veel mensen vergroot dat de ervaren kwaliteit van leven. “Het professionele handelen is hetzelfde gebleven, dat deden we ook altijd al goed, maar dat het nu langer en vaker thuis kan, dat maakt verschil voor onze cliënten”, zegt Lita Berkhout. Een mooi voorbeeld hoe dit experiment de laatste wens van één van de cliënten van ActiVite in vervulling heeft laten gaan: een mevrouw is woonachtig in een pittoresk dorp (in het Plassengebied in het Groene Hart). Die mevrouw is daar geboren en getogen en uiteindelijk ook conform haar wens in haar geboortehuis overleden. In dit dorp had zij maar een klein netwerk en vooral

door de langere inzet van zorg en de samenwerking met vrijwilligers is voorkomen dat deze mevrouw haar woon-omgeving heeft moeten verlaten en in een hospice, dan wel ziekenhuis, had moeten overlijden. “Zeker voor mensen in de dorpen rondom Leiden is de omgeving, waar zij vaak al lang wonen, erg belangrijk”, zegt Cock Kroft, teammanager gespecialiseerde zorg.

Ondanks de tegenstelling om 24-uurs zorg te leveren met 68 uur professionele zorg, laat een analyse van de registratie over het eerste experimentjaar zien dat het zorgvolume gedaald is. Het aantal professionele zorguren dat per cliënt geleverd wordt, is gedaald met negentien procent. Na vijf à zes maanden bleek zelfs al dat het palliatief zorgpakket geleverd kon worden in gemiddeld minder uur dan het afgesproken budget. Na overleg met de NZa en ons zorgkantoor is een nieuw tarief berekend. Dit tarief komt overeen met een gemiddelde zorginzet van 55 uur per week. Niek Gootjes: “We zouden anders teveel budget claimen en dat is niet nodig. We willen transparant zijn en de geleverde zorg kunnen verantwoorden.”

ActiVite en de VPTZ-organisaties

ActiVite streeft ernaar dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen wonen en nu dus ook thuis kunnen sterven. Hiervoor werkt zij in dit experiment zeer nauw, nauwer dan voorheen, samen met het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-Holland Noord en de regionale Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ). Deze vrijwilligers bieden ondersteuning in de laatste levensfase, zodat deze op een ‘zo goed mogelijke’ manier doorleefd kan worden. De vrijwilligers brengen rust en concrete hulp in de zorg die mantelzorgers ook geven. De samenwerking tussen ActiVite en het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-Holland Noord is zo nauw, dat zij ook participeert in de stuurgroep van dit experiment. Bij de bepaling welke regio’s van ActiVite gingen meedoen aan dit experiment, is sterk gekeken naar de aanwezigheid van lokale VPTZ-organisaties. In Leiden en de buitenregio Nieuwkoop, Kaag en Braassem zijn deze goed vertegenwoordigd. Daarnaast is voor deze beide regio’s gekozen, omdat de dynamiek in een stad anders is dan in een buitenregio.

De inzet van vrijwilligers maakt het voor ActiVite mogelijk om zoveel als wenselijk de cliënt, familie en naasten te ondersteunen.



Susanne Rutten, directeur gespecialiseerde zorg

“De samenwerking met de VPTZ-organisaties is een hele grote winst van dit experiment.”

Lianne Dijkers: “In het begin vond ik het wel lastig in te schatten wat een vrijwilliger mag en wat niet. Inmiddels gaat de samenwerking heel erg goed.” “De vrijwilligers zijn goed geïnformeerd en kundig”, zegt Anne-gré van der Eijk. Een voorbeeld van hoe de inzet van vrijwilligers het mogelijk heeft gemaakt om één van de cliënten in zijn eigen huis te kunnen laten overlijden, is een man met longkanker. Deze man was heel erg bang en had alléén een zoon, die ver weg woonde. Deze meneer heeft gekeken in een hospice, maar wilde toch liever thuis sterven. Vanwege het ziektebeeld van de man waren meerdere contactmomenten per dag noodzakelijk. Toen is gesproken over de inzet van vrijwilligers en is gestart met drie bezoeken van een vrijwilliger naast de reguliere zorgmomenten. Op deze manier is pas in de laatste fase van het ziekbed 24-uurs professionele zorg ingezet en kon de man thuis waardig sterven.

“De contacten met de VPTZ-organisaties wentelen ook af op gebieden buiten het experiment. Je ziet de aansluiting tussen de formele en informele zorg nauwer worden. We kennen elkaar beter en zien elkaar meer. Dit heeft, zeker naar de toekomst toe, een positief effect op het tegemoet kunnen komen aan de wensen en behoeften van onze cliënten”, zegt Koen van de Meer. Susanne Rutten: “De intensievere samenwerking met de VPTZ-organisaties is ook een grote winst van dit experiment.”

Na de laatste levensfase

Gedurende de laatste levensfase is er intensief contact tussen de medewerkers van ActiVite en de naasten van de cliënt. Vanaf het moment dat de cliënt overleden is, wordt de indicatie afgesloten. Regulier kan na het overlijden van een cliënt dus officieel geen aanspraak meer gemaakt worden op zorg, ook niet ten behoeve van familie en naasten. Hierdoor kan de zorginstelling eigenlijk het proces niet gepast afsluiten. Dit houdt in dat de zorgevaluatie direct na het overlijden moet plaatsvinden. “Dit is niet gepast voor familie en naasten en ook niet voor de medewerkers”, zegt Cock Kroft. “Als professional wil je ook na het overlijden aandacht kunnen geven aan familie en naasten, ter afsluiting van een gezamenlijk traject richting het overlijden van hun geliefde. Dan wil je niet gelijk moeten evalueren en ook niet maar éénmalig, alleen op dat moment.”

Lianne Dijkers: “We kunnen nu ook nog na een paar weken langs gaan bij de familie en naasten om aandacht te hebben voor nazorg en rouwverwerking en om dan pas het zorgproces te evalueren en af te sluiten. En als we denken dat het goed is om later nogmaals langs te gaan of even contact op te nemen, dan kunnen we dat ook doen.” In de rest van het werkgebied van ActiVite, dat geen onderdeel uitmaakt van het experiment, is dit nog steeds niet mogelijk. “Het geeft een heel raar gevoel als je

“Leidt dit experiment tot toekomstbestendige zorg?”

“Deze methodiek is zeker niet duurder dan de huidige beleidsregel. Hij is waarschijnlijk goedkoper. Wij zien dat we, samen met VPTZ, meer zorg kunnen bieden, een betere beleefde kwaliteit is ontstaan en dat het tegen lagere kosten gebeurt”, zegt Lita Berkhout. De palliatieve terminale zorg door middel van het zorgpakket van ActiVite goedkoper maken, is al gepoogd met een standaard dagtarief dat gebaseerd was op 68 uur per week. Gaandeweg het experiment bleek dat het tarief nog lager kon, namelijk gebaseerd op een gemiddeld zorgvolume van 55 uur per week. Het experiment lijkt hiermee af te stevenen op een daadwerkelijk voorbeeld voor hoe zorg goedkoper en beter kan.

Door het experimenteren met de inzet van vrijwilligers (en mantelzorgers) draagt dit experiment ook bij aan het uitproberen en vormgeven van de participatiemaatschappij. Koen van de Meer: “De vrijheid om meer uren in te kunnen zetten, heeft ook de vrijheid om het systeem rond de cliënt meer in te zetten vergroot. Dit komt omdat de dialoog hierover al op dag één wordt gestart. En dan hoeft niet gelijk de inzet van het systeem op dag één te starten. Dit wordt opgevangen door een adequate combinatie van informele en formele zorg. Mantelzorgers moeten op dat moment schakelen en aan de situatie en hun veranderende rol wennen. Maar de dialoog en het denken hierover zijn gestart.”

“Eigenlijk heb ik tijdens mijn werk constant een dialoog met de cliënt en mantelzorger over hoe het gaat en hoe alles ervaren wordt.”

later door de stad fietst en je denkt ‘O ja, hier ben ik ook nog geweest, maar na het overlijden van mevrouw nooit meer gekomen’”, zegt Anne-gré van der Eijk. Van collega’s uit de niet-deelnemende gebieden horen Lianne en Anne-gré dan ook geregeld: ‘ik zou zo graag ook de tijd willen hebben, die jullie hebben voor de nabestaanden. Laat ze eerst maar het overlijden verwerken en kom ik later wel terug.’

Evalueren, ook tijdens de zorg

Evalueren van de zorg gebeurt niet alleen na het overlijden van de cliënt, maar ook tijdens de zorgverlening. Hiervoor hebben wij de CQ-index van het Nivel omgevormd naar een verkorte vragenlijst. De vragenlijst hoeft niet fysiek aanwezig te zijn bij het evaluatiegesprek. “Hij zit in mijn hoofd. Ik vind het niet professioneel om met een vragenlijst op schoot te zitten. Ik ga gewoon het gesprek aan over hoe de cliënt en de familie het vinden gaan en of dingen anders moeten”, zegt Lianne Dijkers. Anne-gré van der Eijk: “Eigenlijk heb ik tijdens mijn werk constant een dialoog met de cliënt en mantelzorger over hoe het gaat en hoe alles ervaren wordt.” De vragenlijst wordt na afloop

van het gesprek door mij ingevuld, zo wordt de evaluatie toch vastgelegd en worden de cliënt en de naasten hiermee niet belast.

Naast de zorginhoudelijke kant hebben de evaluaties ook als doel te laten zien wat het effect is van het experiment. Dit is belangrijk om in een later stadium de resultaten van het experiment te kunnen onderbouwen.

Stoppen of doorgaan?

De tot nu toe behaalde resultaten zijn hele mooie, bemoedigende en menswaardige resultaten, die laten zien dat met een lager zorgvolume – tegen minder kosten – beter beleefde kwaliteit in de laatste levensfase gegeven wordt. Het is echter niet alleen maar rozengeur en maneschijn (geweest). Vlak na het indienen en akkoord krijgen op het plan van aanpak wilde Lita Berkhout eigenlijk al gelijk weer stoppen. “Het initiatief Regelarm was leuk, maar na het akkoord kwamen gelijk de beperkingen weer om de hoek.” De beperkingen hadden te maken met eigen bijdrages, ongelijkheid met betrekking tot omvang zorguren door dit experiment, het past niet in de beleidsregel van het CIZ,

et cetera. Na gesprekken en een bezoek van het ministerie van VWS is besloten om toch door te gaan met het experiment, want het belang voor de cliënt was toch groter dan de ongemakken en ook met het ministerie van VWS zijn we tot een aanvaardbaar project gekomen. Met name de ruimte die ervaren wordt op de werkvloer om vanuit de inhoud zorg naar behoefte te kunnen leveren aan onze cliënten en hun naasten, dat is de reden voor ActiVite om het experiment door te laten gaan. De afdelingen Financiën en ICT mopperen. “Het is er niet regelarm op geworden. We hebben bypasses moeten maken in het systeem om de (dubbele) registraties, declaraties en andere gegevens die we moeten verstrekken aan het CAK, te kunnen vastleggen, raadplegen en opstellen”, zegt Niek Gootjes. Het primaire proces is regelarm, makkelijker en flexibeler geworden. Achter de schermen moet het allemaal wel binnen de huidige systemen passen en daar gaat meer tijd en energie in zitten.

Back-office wordt achtergesteld

“Vanuit een niet-regelarme omgeving, regelarm willen organiseren, vraagt om extra regels”, zegt Niek Gootjes. ActiVite moet dubbele registraties bijhouden. Registraties vinden nog steeds plaats, deels vanwege interne regels rondom loon en contracturen, maar voornamelijk omdat aangetoond moet worden wat de effecten van het experiment zijn. Het CAK moet daarnaast gevoeld worden om aan de indicatie en geleverd zorgvolume gekoppelde eigen bijdrages te kunnen bepalen en innen.

Zeker voor de cliënten die op een bepaald moment meer dan eenentachtig uur zorg ontvangen, is het van belang dat het systeem hierop niet automatisch doorrekent op werkelijk ontvangen uren zorg en hiermee de eigen bijdrage hoger maakt dan voor andere cliënten met eenzelfde indicatie. De zorglevering op maat is onafhankelijk van de verdeling van uren naar persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding individueel. De registratie van de geleverde uren vindt dan ook niet meer plaats onderverdeeld naar deze functies. Echter moet in het (reguliere) declaratiesysteem dat onderscheid wel gemaakt worden. “Nee, het regime rondom de verantwoording naar derden en een wettelijk verplichtend karakter is nog steeds het regime waar iedereen in de zorg in zit”, zegt Lita Berkhout.

De professionals ervaren gelukkig veel meer regelruimte door dit experiment. “De regelruimte is belangrijk, want dingen moeten goed en snel geregeld worden. Cliënten willen snel

“De regelruimte is belangrijk, want dingen moeten goed en snel geregeld worden.”



Een levensvatbaar experiment?

Absoluut! “De lessen die geleerd zijn uit dit experiment zijn ook inzetbaar in andere delen van ActiVite”, zegt Niek Gootjes. Cock Kroft: “De speelruimte om met tijd te kunnen schuiven, tijd te sparen en mee te kunnen nemen naar een ‘nieuwe’ fase in het zorgproces, dat kun je meenemen in de gehele extramurale setting.”

De medewerkers die onderdeel zijn van dit experiment willen ook niet anders meer. “Het is zoveel cliëntvriendelijker”, zegt Lianne Dijkers. De nieuwsgierigheid van de medewerkers die geen onderdeel zijn van het experiment is ook aangewakkerd. “De winst zit in het uitvoeren van het vak en het waardig kunnen afsluiten van de zorg. Vooral dat laatste is een grote winst”, aldus Cock Kroft.

“Wij zouden graag willen uitbreiden naar al onze cliënten met een PTZ-indicatie. En wel per direct. Dit is gewoon betere zorg. Daar hoeven we niet over te twijfelen.” Stel je voor, je komt in een jong gezin, waarvan één van de ouders terminaal is. Hun hele wereld staat op zijn kop. Kom je met een reguliere PTZ-indicatie aan. Oké, ook dan kun je vrijwilligers inzetten, maar nu is het veel meer één samenhangend geheel, zoveel makkelijker!

Het allerbelangrijkste hierbij is dat de beleefde kwaliteit van zorg gestegen is. En dat is extra belangrijk voor de groep cliënten binnen dit experiment. De laatste levensfase is van belang voor de cliënt zelf, maar ook zeker voor de nabestaanden. “Zoals het nu gaat, dat is gewoon goed, heel waardig”, zegt Anne-gré van der Eijk. Ook voor de professionals is de beleefde kwaliteit van zorg gestegen. Dan slaan we toch meerdere vliegen in een klap?





Prisma

Gelukkig zijn: betere en doelmatige zorg



Anja Dhaeze, begeleider op woonvoorziening
Dokter Heijptstraat in Roosendaal:

“De bewoners ervaren warme zorg en hierdoor meer geluk.”

Prisma biedt al meer dan 100 jaar zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Vanaf de eerste dag hebben de grondleggers en hun opvolgers zich altijd ingezet voor goede zorg en een waardevol bestaan van mensen met een verstandelijke beperking. Nu nog steeds, want ook binnen regelarme experiment 'Zorgrijk - Regelarm' staat het geluk van de bewoners centraal. Peter Nouwens, bestuurder van Prisma, stelt zelfs: "Door dat kwaliteitsniveau, het geluk van onze bewoners, na te streven, komen de bezuinigingen vanzelf."

De veelbelovende resultaten

De eerste resultaten van het experiment 'Zorgrijk - Regelarm' liegen er niet om. Op verschillende aspecten zijn positieve resultaten gemeten. De tussenevaluatie over het eerste jaar (2013) van 'Zorgrijk - Regelarm' heeft laten zien dat het welbevinden van de bewoners van de experimentlocaties met 12% gestegen is. Anja Dhaeze, begeleider op woonvoorziening Dokter Heijptstraat in Roosendaal: "De bewoners ervaren warme zorg en hierdoor meer geluk. Bij sommige zien we het en anderen zeggen het ook echt."

Naast dat het welbevinden van de bewoners gestegen is, is ook de tevredenheid van de medewerkers door 'Zorgrijk - Regelarm' gestegen. De medewerkerstevredenheid is op de experimentlocaties 2,5 keer zo veel gestegen als op de andere locaties van Prisma. "Het vrijer kunnen zijn in het werk, maakt dat de sfeer anders is, gezelliger en opener. Zowel collega's onderling als met de bewoners", zegt Angeline van Bijsterveldt, teamleider op woonvoorziening Dokter Heijptstraat in Roosendaal.

Richting de toekomst ziet bestuurder Peter Nouwens nu al een potentie om extra fte's voor de gehele Prisma organisatie vrij te maken voor geluksbevorderende, extra zorg aan bewoners. Deze 'winst' is te behalen door de regeldruk te verminderen, gecombineerd met de invoering van het ECD en een efficiëntere organisatie van de dienstverlening. "Met het borgen en verbreden van de resultaten van het experiment binnen Prisma winnen we heel veel tijd, die we allemaal kunnen omzetten in cliëntgebonden tijd."

Van regeldruk naar geluk

Bij aanvang van het landelijke experiment, lag de focus op het verminderen van regeldruk in de zorg. Ook Prisma heeft aanvankelijk in haar organisatie de vraag gesteld 'van welke regels hebben we last?'. "Dit bleek nog niet zo makkelijk en eigenlijk ook geen logische vraag", zegt Nicole Esser, manager district Zuid en projectleider 'Zorgrijk - Regelarm'. "In de primaire zorg kom je niet de regel tegen, maar de gevolgen ervan. Je loopt bijvoorbeeld aan tegen het moeten registreren, niet tegen de HKZ."

Met dat inzicht is de vraagstelling helemaal omgedraaid en is het experiment aangevlogen vanuit de kwaliteit of beter nog de bewoners. Prisma heeft zich met 'Zorgrijk - Regelarm' tot doel gesteld om te komen tot een 10% hogere kwaliteit en 10% hogere doelmatigheid. Kwaliteit wordt hier uitgedrukt in de mate waarin kan worden gesteld dat de bewoner gelukkig is. Doelmatigheid is de tijd die medewerkers direct besteden aan zorg voor de bewoner.

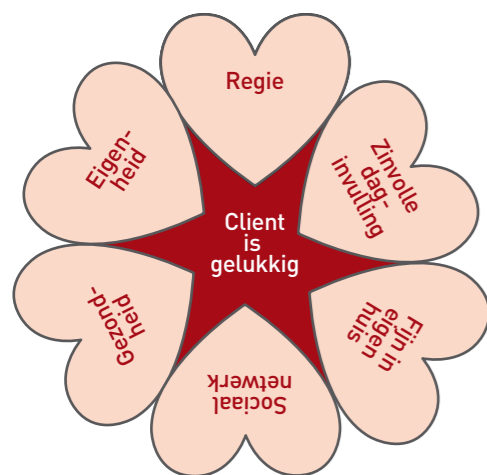
“Het vrijer kunnen zijn in het werk, maakt dat de sfeer anders is, gezelliger en opener. Zowel collega’s onderling als met de bewoners.”



“Het mooie aan deze zes criteria ten opzichte van andere modellen is, dat deze samen met onze bewoners tot stand zijn gekomen. En ook belangrijk, in hun taal.”

Gelukkig zijn, wat is dat?

Wanneer is een bewoner met een verstandelijke beperking gelukkig? En hoe kan je dat geluk vergroten? Het antwoord hierop is een stuk makkelijker dan je misschien denkt. Zij worden gewoon van dezelfde dingen gelukkig als ieder ander mens, al kunnen ze dat niet in dezelfde woorden aan je vertellen. Hierom is aan de familie, de medewerkers, projectleden en de bewoners gevraagd ‘wat beïnvloedt je geluksgevoel?’. Uit verschillende sessies met grote vellen papier en een hoop post-its zijn uiteindelijk zes criteria voor geluk voortgekomen.



in zorg en ondersteuning die bijdraagt aan het geluksgevoel van de bewoners? Met iedere bewoner zijn de zes gelukscriteria gescoord – van 1 tot 10 – op twee punten: 1) het aanwezige potentieel en wat de afhankelijkheden zijn om dat potentieel te kunnen behalen; en 2) het belang van de afzonderlijke gelukscriteria. “Cijfers geven is niet des zorgs”, aldus Nicole Esser. “En de cijfers zijn ook niet belangrijk op zich. Het gaat om het gesprek wat erover plaatsvindt. Met vragen als ‘wat vinden we er nu van?’ en ‘wat gaan we doen?’.” Deze scores vormen dan ook de basis voor een actieplan om te komen van de huidige score naar het potentieel en de inzichtelijk geworden barrières aan te pakken. En in die barrières zitten meestal de regels.

“We zijn kritisch gaan kijken naar hoe we aan het werk waren, en dan niet naar de regels, maar naar ‘hoe vullen we ons werk in?’, ‘wat maakt de bewoners gelukkig?’ en ‘wat willen de bewoners?’”, zegt Anja Dhaeze. Al snel werd duidelijk dat het dan gaat om kleine dingen. Bijvoorbeeld iets samen doen op de contactmomenten in plaats van alleen maar ‘even op bezoek’. Of de contactmomenten van meerdere bewoners combineren en dan met zijn vijven lekker op de fiets stappen en dan ergens wat gaan drinken. Annemarie Verhagen, teamleider op woonvoorziening Biezemortel: “We zagen altijd veel meer beren op de weg. Nu vragen we naar of iets mogelijk is en hoe iets mogelijk is. Kijkend naar de behoeften van de bewoners.”

Invullen van geluk is kwestie van doen

De focus is 180 graden gedraaid. Daarmee bekijk je het primair proces ook ineens met heel andere ogen. Dan zie je hoe het in wezen nu draait om regels en beperkingen, allemaal eigen bedenkensels en denkwijzen van de afgelopen jaren. “Het is niet raar dat het allemaal ontstaan is. We hebben zoveel stakeholders, met ieders eigen vraag naar informatie, die we allemaal ook wilden en moesten beantwoorden”, zegt Nicole Esser. “We hebben geïnventariseerd dat in het dossier van een bewoner hiervoor 60 formulieren en 350 items aanwezig waren.” Maar kijkend met de bril van mogelijkheden, wil je echt aanpassingen in het primaire proces doorvoeren. Aanpassingen die leiden tot meer vrijheid en zelfstandigheid van de bewoners, waardoor ze meer geluk ervaren.

“Het mooie aan deze zes criteria ten opzichte van andere modellen is, dat deze samen met onze bewoners tot stand zijn gekomen. En ook belangrijk, in hun taal”, zegt Nicole Esser. Ook mooi aan deze methodiek is dat voor de mensen om de bewoners heen – familie, medewerkers en projectleden – heel duidelijk is geworden dat het geluk van de bewoners van dezelfde dingen afhankelijk is als hun eigen geluk.

Geluk concreet maken

Een bewoner van Prisma is gelukkig als hij de regie heeft over zijn eigen leven, een zinvolle invulling heeft van de dagen, zich fijn voelt in zijn eigen huis, een sociaal netwerk heeft, goed gezond is en een eigen ik heeft. Dat wetende, hoe zet je dit om

Met het nemen van de ruimte om het geluk van de bewoners na te streven, door te kijken naar mogelijkheden, komen ook risico’s om de hoek kijken. Hier ontstaat een spanningsveld, waarin het vertrouwen in de professionaliteit van de begeleiders voorop staat. “Het belangrijkste is de dialoog over wat de bewoner wil en hoeveel risico je hiervoor bereid bent te nemen samen en wat nog verantwoord is vanuit professional judgement”, zegt Annemarie Verhagen.

Angeline van Bijsterveldt: “We hebben een bewoonster met het syndroom van Down, die graag meer regie wilde ervaren. Eén van de dingen, die ze hierbij noemde was dat ze graag zelf wilde kunnen oversteken. Dan kan ze zelf bepalen hoe laat ze hier weg gaat naar haar werk en kan ze zelf heen en weer naar het dorp. Toen zijn we een jaar lang gaan oefenen met oversteken, zodat er geen begeleidster meer mee hoeft te lopen.” “Natuurlijk vindt een moeder dat in eerste instantie spannend, want alleen oversteken brengt ook risico’s met zich mee. Maar uiteindelijk vanuit de dialoog over het geluk van deze bewoonster hebben we toch doorgezet. Iedere ouder moet leren loslaten”, zegt Anja Dhaeze.

Peter Nouwens: “We zijn nu gaan denken vanuit wat van belang is voor iemands geluk in plaats van te veel te handelen vanuit het voorkomen van incidenten. Iets wat is ingezet door stakeholders en dan specifiek de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Die is meer gefocust geweest op het voorkomen van incidenten en het regelen van de uitzonderingen, dan zorgen dat het hele systeem op iedereen toepasbaar is.”

Geluk meten

Hoe weet of meet je of een bewoner gelukkig is? In het begin van het experiment ‘Zorgrijk – Regelarm’ zijn de zes gelukscriteria gebruikt om te scoren, niet alleen de huidige situatie, maar ook het potentieel en het belang van de zes criteria op het totale geluk. Eén keer in de drie à vier maanden worden de actieplannen en de scores op de zes gelukscriteria besproken en eventueel aangepast. “In de praktijk zit dit natuurlijk in het achterhoofd en is het een manier van denken in het dagelijkse werk geworden om vanuit die gelukscriteria te denken en doen”, zegt Annemarie Verhagen.

Daarnaast zijn de bewoners zelf en hun omgeving ook hele goede graadmeters voor de mate van geluk. “Het is een beetje magisch

hoor”, zegt Peter Nouwens. “Na drie maanden zeiden ouders van onze bewoners al ‘het gaat zo anders’. Ouders zagen dat de medewerkers veel meer ontspannen waren. Toen was er nog geen regel afgeschaft.” Annemarie Verhagen: “Een zus van één van de bewoners zei laatst tegen me: ‘ik zie hem voor het eerst in jaren weer lachen’. En dat was nog geen eens gewoon lachen, het was echt schaterlachen wat hij deed.”

Bernadette, bewoonster van woonvoorziening Dokter Heijptstraat in Roosendaal, zegt: “Er wordt meer gekeken naar wat een bewoner nodig heeft in plaats van dat ze met regels bezig zijn. Nu kan ik vanavond dan ook gezellig één-op-één een frietje gaan eten met mijn begeleider in de stad.” Manuella, ook bewoonster van woonvoorziening Dokter Heijptstraat in Roosendaal, vult aan: “Je hebt meer je vrijheid. Al zijn er ook echt wel afspraken waaraan je je moet houden.”

Doelmatigheid meten

Prisma heeft haarzelf, naast de doelstelling om het welbevinden van de bewoners significant te laten stijgen, als doel gesteld om de doelmatigheid met 10% te laten stijgen. Vanuit zijn onderzoeksachtergrond had Peter Nouwens de behoefte om dit meetbaar te maken. “Ik wilde echt meten wat de resultaten zijn. Dit maakt de casus veel sterker. En maakt het ook mogelijk ‘doe het regelarm’ te roepen naar gemeenten, want kijk dit zijn de resultaten.” Maar hoe meet je de doelmatigheid dan, zonder weer een regelrijke administratieve last in je organisatie te creëren?

De medewerkers op de experimentlocaties zijn gevraagd om één week lang van iedere vijf minuten bij te houden wat ze deden. ‘Wat ze deden’ was in drie categorieën verdeeld: direct cliëntcontact, indirect cliëntcontact en anders (t.b.v. algemene zaken). En in zes activiteiten: activiteit met cliënt, contact/communicatie, verzorging/verpleging, huishoudelijke taken, administratie/verslaglegging/financiën en overig. Annemarie Verhagen: “Eerst was er natuurlijk weerstand hiertegen, maar afgezet tegen de hoeveelheid tijd die we eerst nodig hadden voor registratie en administratie was het nog steeds veel minder!” Bovendien heeft het de teams heel veel inzicht gebracht, waardoor ze focus aan konden gaan brengen in de activiteiten en hoe ze hun tijd gingen besteden. “We hebben natuurlijk, geheel in lijn met de nieuwe



Annemarie Verhagen, teamleider op woonvoorziening Biezemortel

“We zagen altijd veel meer beren op de weg. Nu vragen we naar of iets mogelijk is en hoe iets mogelijk is. Kijkend naar de behoeften van de bewoners.”

denkwijze de vraag ‘waarom doen we dit? Waar is het voor nodig?’ gekregen”, zegt Nicole Esser lachend. “We zitten nu ook in een modus dat we alles ter discussie stellen met vragen als ‘waarom doen we dit?’, ‘wie wordt er gelukkig van? Wordt de bewoner er gelukkig van?’.”

Deze meting gebeurt ieder jaar. De resultaten hiervan worden in een matrix samengevat.

	Direct cliënt-contact	Indirect cliënt-contact	Anders (t.b.v. algemene zaken)
Activiteit met cliënt	24,0%	0,0%	0,0%
Contact/communicatie	11,3%	10,8%	8,3%
Verzorging/verpleging	4,0%	2,6%	0,0%
Activiteit met cliënt	9,2%	5%	0,0%
Administratie/verslaglegging/financiën	0,0%	14,1%	3,9%
Overig	0,0%	0,0%	6,9%

“Graag zien we hierbinnen het aandeel van de tijd in de linkerbovenhoek stijgen en de percentages in de rechteronderhoek dalen. Als ons dat lukt, zullen onze bewoners steeds meer warme zorg gaan ervaren”, zegt Annemarie Verhagen. “Dit instrument biedt samen met de resultaten van de ontwikkeling van de scores op de afzonderlijke gelukscriteria, een mooi middel om te zien welke acties hebben bijgedragen aan de groei van het welbevinden van onze bewoners.” Als we kijken naar de resultaten, zien we bij de experimentlocaties na een jaar een stijging van 6% meer cliëntgerichte tijd. Angeline van Bijsterveldt: “Voorheen probeerden we alles goed te doen. Nu streven we er vooral naar om het goede te doen. De doelmatigheidsmeting en de gelukscriteria helpen ons hier enorm bij.”

Doelmatigheid vergroten, hoe?

Om de doelmatigheid te vergroten is afname van tijd te besteden aan administratieve rompslomp nodig. “De ‘regel’ met de grootste interne regeldruk was het persoonlijk ondersteuningsplan. Die hebben we rigoureus verkort naar nog maar vijf pagina’s. Dat is echt genoeg gebleken”, zegt Peter Nouwens. “De vraag is nu zelfs of we dat allemaal nog wel nodig hebben.

Kunnen we het niet af met het vastleggen van de actiepunten en monitoring hierop.”

Naast het verkorten van dit plan is ook samen met het zorgkantoor afgesproken dat voor het aanvragen van alternatieve zorg de termijnen van herindicatie zijn verlengd van drie maanden naar periodes van één tot soms vijf jaar. En dan nog is er de opmerking of dit wel nodig is. Het is een verwerking van iets waar men al recht op heeft, dat nu nog afzonderlijk moet worden aangevraagd. Nicole Esser: “Om dit voor elkaar te krijgen, dat heeft wel driekwart jaar geduurd.” Hieruit blijkt dat het aanpakken van barrières in het primaire proces als gevolg van extern opgelegde regels lastiger is dan het aanpakken van intern ontstane barrières. Ook bij die instituten moet de paradigmashift van controle & regels naar cultuur & vertrouwen plaatsvinden. Langzaam is die aan het komen bij de verschillende stakeholders. In het kader van de HKZ vindt een regelarme audit plaats vanuit de focus op kwaliteit in plaats van door middel van afvinklijstjes en checklists. Dit scheelt veel tijd en sluit veel beter aan op de wijze waarop Prisma kwaliteit van zorg benadert, beïnvloedt en beoordeelt.

De potentie realiseren

Peter Nouwens heeft de eerste toenames in doelmatigheid doorgerekend om te komen tot een mooie potentiële inzet van extra fte’s voor geluksbevorderende zorg aan de bewoners van Prisma, wanneer het experiment ‘Zorgrijk – Regelarm’, in zijn huidige vorm, uitgerold wordt over alle woonvoorzieningen. Dit proces wordt in 2014 in gang gezet. Het gedachtegoed en het meten van geluk en doelmatigheid wordt uitgerold naar veertig woonvoorzieningen. “Dit is ook echt wenselijk”, zegt Annemarie Verhagen. “Het virus is ontstaan en is redelijk besmettelijk gebleken.”

De uitrol van het experiment, of beter gezegd de implementatie, wordt door vier bij het experiment betrokken teamleiders gedaan. Zij hanteren de volgende aanpak hiervoor: (1) teams krijgen een workshop, waarna zij (2) de geluksmeting gaan doen. Hierop volgend krijgen zij weer (3) een workshop, waarin de resultaten van de geluksmeting besproken worden en hierop te nemen acties worden besproken. Ook wordt de doelmatigheidsmeting uitgelegd. Vervolgens gaan zij (4) één week de doelmatigheidsmeting doen. Als laatste vindt na een

“De ‘regel’ met de grootste interne regeldruk was het persoonlijk ondersteuningsplan. Die hebben we rigoureus verkort naar nog maar vijf pagina’s. Dat is echt genoeg gebleken.”

paar weken (5) een evaluatie plaats en na een paar maanden ook weer.

De implementatie van ‘Zorgrijk – Regelarm’ naar veertig woonvoorzieningen gaat een jaar in beslag nemen en is heel Zorgrijk opgezet. “De monitoring van welk team in welke fase van het implementatietraject zit, is slechts een simpel excelbestand”, zegt Nicole Esser. De implementatie naar alle woonvoorzieningen van Prisma zal naar verwachting in totaal twee à drie jaar duren. De eerste workshops hebben inmiddels plaatsgevonden binnen Prisma en de eerste reacties zijn positief. Annemarie Verhagen: “We hebben al meerdere malen teruggekregen ‘oh, dus we gaan weer terug naar waar het echt om gaat. We krijgen de ruimte weer terug. Wat fijn.’”

Nog meer potentie?

Prisma heeft voor de uitvoer van dit experiment geen vrijstellingen aangevraagd in haar relaties met stakeholders. Ondanks dat zijn er wel wat veranderingen van werkwijze geweest. Neem bijvoorbeeld de HKZ audit. “We hebben vrijstellingen nog niet nodig gehad, maar je zou wel steeds verder willen. Je komt in dit proces van ‘waarom doen we dit?’

en ‘maken we hier de bewoner gelukkig(er) mee?’ steeds meer tegen, ook in relatie tot onze stakeholders”, zegt Nicole Esser. Prisma is ervan overtuigd dat in de relatie met de stakeholders nog veel meer, misschien wel de meeste, winst te behalen is voor de zorgbranche als het gaat om het regelarm maken van de zorg. “Maar dit kan wel eens een lastig proces worden, want hier spelen hele verschillende belangen”, zegt Peter Nouwens. “Toch is het wel de hoogste tijd om dit te bespreken, zeker nu wij ons eerst op de interne regeldruk hebben gericht.”

“Als de borging en verbreding van ‘Zorgrijk – Regelarm’ binnen Prisma goed verloopt, is het een proces dat niet meer te stoppen is. Dan kun je het ook niet meer zien als een project, dat je kunt stoppen en terugdraaien”, zegt Peter Nouwens. Hier heeft hij het alleen nog maar over het interne proces dat op gang gekomen is door het virus dat geluk heet. Kijkend naar de totale potentie van dit experiment is deze misschien nog wel groter dan de interne verwachte potentie. Nicole Esser: “Het terugbrengen van het interne aanvraagformulier voor een herindicatie van 26 naar 5 pagina’s is slechts een interne slag geweest, waarbij je het ClZ nog niet eens mee hebt. Er is dus nog veel meer te behalen.”

“Leidt dit experiment tot toekomstbestendige zorg?”

“Door dat kwaliteitsniveau, het geluk van onze bewoners, na te streven, komen de bezuinigingen vanzelf”, zegt Peter Nouwens. Het experiment ‘Zorgrijk – Regelarm’ binnen Prisma ondersteunt deze stelling. Hiermee is de aanpak binnen dit experiment een voorbeeld van hoe de zorg toekomstbestendiger kan worden. Met dezelfde, en waarschijnlijk minder, middelen kan zoveel meer en betere zorg geboden worden. Stijging op de participatieladder, stijging van de regie over het eigen leven, stijging van de medewerkerstevredenheid én financiële ‘winst’ zijn allen resultaten van dit experiment (wat ‘alleen’ nog maar op interne veranderingen gefocust was).

“Toch vind ik dit wel een lastig verhaal, want hoe verhoudt geluk zich tot euro’s”, vraagt Peter Nouwens zich af. “Gaan we voor een stijging van het geluk met dezelfde middelen of gaan we voor behoud van het huidige geluksniveau en moeten we dit met minder middelen doen.” De ‘winst’ die behaald wordt in het primaire proces moet volgens Peter Nouwens teruggegeven worden aan de cliënten. De winst echter die in het secundaire proces en in de rest van de keten behaald kan worden, die kan als bezuinigingen ingezet worden.



Stichting Transmurale Zorg

De transferketen in evenwicht: baten en lasten eerlijk verdelen

Mia van Leeuwen, directeur STZ



“Wij willen met de stichting buiten de domeinen denken en blijven vasthouden aan het uitgangspunt: de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek.”

De overdracht van een cliënt van het ziekenhuis naar de thuiszorg is omgeven met regels. Dat zou toch makkelijker kunnen en moeten, dacht Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. (STZ) toen zij haar plan van aanpak voor het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) indiende bij het ministerie van VWS. Maar het vinden van een juist evenwicht in de keten 'wie wat doet of laat' is nog niet zo makkelijk. Dit project, wat bijna was gestopt, laat zien dat vertrouwen en het eerlijk verdelen van de 'opbrengsten' kritieke succesfactoren zijn.

De Stichting...

STZ is een samenwerkingsverband in de regio Haaglanden. Verschillende zorg- en hulpaanbieders, zoals huisartsen, ziekenhuizen, GGZ organisatie, apotheken, verpleeg-, verzorg- en thuiszorgorganisaties, revalidatiecentra en welzijns organisaties participeren hierin. De participanten hebben de stichting in 1999 opgericht. Ze hebben allemaal een vertegenwoordiger in het bestuur en gezamenlijk financieren zij de stichting.

STZ heeft als doel samenhang in de zorg te bevorderen: de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats. STZ coördineert verschillende aspecten, die van invloed zijn op de continuïteit van zorg voor patiënten die uit het ziekenhuis ontslagen worden. Ze streeft naar een goede samenhang hiertussen in het belang van de patiënt. "De focus ligt op samenhang en minder op samenwerking", zegt Mia van Leeuwen, directeur STZ. "We denken vanuit de daadwerkelijke zorg voor de patiënt. Zij ervaren wel of geen samenhangende zorg, samenwerking interesseert hen eigenlijk niks."

De transferketen

Op basis van de regionale afspraken over het coördineren van samenhangende zorg tijdens de overdracht van patiënten van ziekenhuizen naar thuiszorgorganisaties, zijn ruim acht jaar geleden transferpunten binnen ziekenhuizen ingericht. Zij hebben als taak om de transferketen voor hun patiënten, die na ontslag ook thuiszorg nodig hebben, zo optimaal mogelijk te organiseren. In dit kader is ook het e-transfersysteem POINT

(Punt voor Overdracht, Informatie en Naslag Transfers) ontwikkeld en geïmplementeerd in de regio.

De transferverpleegkundigen zijn momenteel verantwoordelijk voor een zo compleet mogelijke (inhoudelijke) overdracht van het dossier. Dit omvat ook het aanvragen van de indicatie voor de patiënt in zijn thuissituatie, zodat deze vanaf het moment van thuiskomst de juiste zorg kan ontvangen. Constance Wilschut, transferverpleegkundige van het Haga Ziekenhuis: "Er is druk van boven om de doorstroom te bevorderen. Dat wil zeggen dat een patiënt zo snel mogelijk nadat de behandeling afgerond is het ziekenhuis moet verlaten. Maar natuurlijk staat het belang en de mening van de patiënt voorop."

De thuiszorgorganisaties ontvangen het overdrachtdossier (via POINT), inclusief indicatie, en gaan vanaf het moment van aanmelden zo snel mogelijk aan de slag om de benodigde voorzieningen voor de thuiskomende patiënt te regelen. Vanaf het moment van thuiskomst moeten de thuiszorgorganisaties overeenkomstig de indicatiebesluiten zorg verlenen.

Projecten binnen de stichting

Zowel de ziekenhuizen als de thuiszorgorganisaties werken vanuit het perspectief iets zo goed mogelijk te willen doen voor de patiënt. Dit gezamenlijke perspectief is hetgeen de participanten binnen STZ bindt. "Wij willen met de stichting buiten de domeinen denken en blijven vasthouden aan het uitgangspunt: de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek", zegt Mia van Leeuwen. "Het gezamenlijke perspectief maakt het ook mogelijk om een domeinstrijd te voorkomen en vanuit de keten naar zorgthema's, ziektebeelden of patiëntengroepen te kijken", zegt Rolien de Jong, projectleider 'Transfer met vertrouwen'.

STZ heeft vanuit het gezamenlijke perspectief vele projecten lopen. Eén van deze projecten is 'Transfer met vertrouwen', het regelarme experiment binnen STZ. Het doel van het experiment is het minimaliseren van de bureaucratie en regelgeving rondom het ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis en de overgang van de zorg naar een thuiszorgorganisatie. De vraag die STZ zich gesteld heeft, is: 'Kun je als regio deze transferketen regelarm(er) maken?'.

“Wij wilden vertrouwen op de relatie tussen wijkverpleegkundige en verzorgenden en de patiënt.”



Constance Wilschut, transferverpleegkundige Haga Ziekenhuis

“Wij willen de patiënt op een veilige manier overhevelen aan de thuissituatie en thuiszorg.”

‘Transfer met vertrouwen’ focust zich enkel op de transferketen van ziekenhuizen naar thuiszorgorganisaties, en nog meer in het bijzonder: het aanvragen en leveren vanuit de indicatie. De ervaring leert dat de indicatiestelling een hoop werk met zich mee brengt. Tegelijkertijd lijkt het van weinig toegevoegde waarde: uit de ervaringen van de afgelopen jaren is gebleken dat de indicatieaanvragen vanuit de transferpunten altijd één-op-één worden omgezet in een indicatiebesluit.

Aan de andere kant van de keten wordt veel administratief werk nog eens over gedaan: vanuit het perspectief van de thuissituatie komt veelvuldig naar voren dat er een herindicatie nodig is. “Wij zien de klant in een andere situatie”, zegt Danny Vos, wijkverpleegkundige bij HWW Zorg. “Je zag in de indicaties veel dingen terug die bedacht en besloten waren door mensen die niet de cliënt én de thuissituatie logischerwijs kenden. De thuissituatie biedt een heel ander perspectief op de daadwerkelijke zelfredzaamheid en zorgbehoefte van de patiënt.” Ziekenhuis en thuissituatie zijn twee gescheiden werelden, die vanuit het Transferpunt worden gekoppeld via ‘de’ indicatie.

Transfer met vertrouwen – ‘take one’

De indicatiestelling is het onderwerp van ‘Transfer met vertrouwen’. Omdat het experiment gefocust is op de overdracht van patiënten van ziekenhuizen aan thuiszorgorganisaties zijn alleen de participerende ziekenhuizen (Haga Ziekenhuis, Medisch Centrum Haaglanden (MCH) en Bronovo) en thuiszorgorganisaties (Haagse Wijk- en WoonZorg (HWW Zorg), Florence, Respect Zorggroep en WoonZorgcentra Haaglanden) vanuit STZ onderdeel van dit experiment.

De eerste insteek van het plan van aanpak was om de indicatiestelling in de keten te verschuiven zowel in de keten als in de tijd. Verschuiving in de keten, waarmee de indicatie door de wijkverpleegkundige wordt afgegeven. Verschuiving in de tijd, omdat pas na een bepaalde periode de ‘echte’ indicatie in de thuissituatie bekend is. In de ‘tussentijd’ zou de thuiszorgorganisatie ‘maximaal mogen leveren’ wat nodig is, zonder indicatie. Dit idee heeft drie grote voordelen:

- 1) Direct vanaf het moment van thuiskomst kan de juiste zorg geleverd worden. Deze zorg is vaak niet representatief voor de lange termijn, omdat vlak na terugkomst uit een ziekenhuis relatief meer zorg nodig is en meer geregeld moet worden.
- 2) De thuiszorgorganisatie kan zonder indicatie of herindicatie leveren wat nodig is en tegelijkertijd zien wat het verloop van de benodigde ondersteuning is.

3) Er hoeft slechts één indicatie aangevraagd te worden, die gelijk de ‘juiste indicatie’ voor de langere termijn is. Zowel ‘het keurslijf’ van de ‘eerste indicatie’ als de administratie van de herindicatie vervalt.

Een goed idee, lijkt het. Maar met verschillende haken en ogen. De eerste oppositie tegen dit plan kwam van het CIZ en van het zorgkantoor. Zij konden niet akkoord gaan met de ‘tussenperiode’, waarbij geen officiële indicatie werd afgegeven. “Wij wilden vertrouwen op de relatie tussen wijkverpleegkundige en verzorgenden en de patiënt”, zegt Andrew Wagg, manager instroom- en cliëntenadministratie binnen HWW Zorg. “Dit kon niet, want de AWBZ verschaft rechten.” Ook waren CIZ en zorgkantoor tegen het idee dat de indicatie zou worden afgegeven door de wijkverpleegkundige. Die zou gebaat zijn bij een maximale indicatie, omdat daarmee meer uren dan normaal geleverd zou mogen worden.

Na afstemming met alle partijen is overeengekomen dat de indicatieaanvraag omgezet wordt in een indicatiemelding, af te geven door de transferverpleegkundige. Deze wordt dan direct door het CIZ omgezet in een indicatiebesluit. In de indicatiebesluiten binnen het experiment is geen onderscheid in functies meer aanwezig. Ook heeft de thuiszorg de ruimte gekregen om af te kunnen wijken van de verstrekte indicatie. Ook is de geldigheidsduur verlengd van drie naar zes maanden.

Transfer met vertrouwen – ‘take one’ in disbalans

‘Indicatieloos’ zorg leveren kon dus niet. Maar gelukkig wel het verlaten van functies. Dit onderstreept toch wel het vertrouwen in de expertise van de wijkverpleegkundige en haar professionele inschatting. Deze kan direct de benodigde zorg bieden, zonder gehinderd te worden door controle en herindicatie.

Hiermee was het verschuiven van de indicatie in de tijd op papier een bescheiden succes. Maar om te gaan ervaren wat een indicatiebesluit zonder onderscheid in functies echt betekent in het primaire proces van de thuiszorgorganisaties, zijn instromende patiënten met een ERAI-indicatie nodig. Deze bleven helaas in ‘take one’ in grote getalen uit! “Nog minder dan tien procent van het verwachte aantal instromende patiënten met een ERAI-indicatie bereikte de thuiszorgorganisatie”, zegt Andrew Wagg. Het sterk achterblijvende aantal ERAI-patiënten maakte dat het bijna niet mogelijk was om te experimenteren met werken met de vrijere ERAI-indicaties.



Waarom ontvingen de thuiszorgorganisaties veel minder patiënten met een ERAI-indicatie dan verwacht en gehoopt? Om te ontvangen, moet je geven. Marka Satink, transferverpleegkundige MCH Westeinde: “Het kostte voor ons veel meer tijd om een ERAI-melding te doen, dan een reguliere indicatieaanvraag. Dat leidde natuurlijk tot minder ERAI-meldingen en dus tot minder ERAI-patiënten vanuit het ziekenhuis naar de thuiszorgorganisaties.”

Daarbij kwam ook dat er angst ontstond onder sommige transferverpleegkundigen, dat zij niet zo zeer hun baan, maar wel hun werk moesten overgeven aan anderen. “Of dat de thuiszorg je op je vingers ging tikken. Over terecht of onterecht een ERAI-melding maken voor een patiënt”, geeft Marka Satink

aan. Andere gehoorde argumenten, waaruit de weerstand bij vooral de transferverpleegkundigen duidelijke werd, waren:

- 1) ‘Ik heb het altijd al gedaan. Ik weet echt wel hoe dat moet. Ik kan echt wel een indicatie aanvragen, daar ben ik deskundig genoeg voor’; en
- 2) ‘Waarom mag de thuiszorg nu zomaar doen wat de cliënt nodig heeft. Vroeger waren de indicaties toch heel strak met hoeveel uur en verschillende functies aan thuiszorg verleend mocht worden, daar werden wij juist op afgerekend’.

De bereidheid om ‘experiment’ aanvragen te doen was dus in eerste instantie niet zo groot. Daarnaast bleek dat, ondanks de vrijheid in de indicaties, herindicaties nog veelvuldig moesten worden aangevraagd. Dit was het gevolg van de doorlooptijd van

Marka Satink, transferverpleegkundige MCH Westeinde

“Ik mis het indiceren ook niet. Het belang van een goed dossier is veel groter. Hier kan ik mijn tijd veel beter aan besteden.”



een herindicatie, die vier tot zes weken is. Om op tijd een eventuele vervolgingindicatie te hebben, werd de aanvraag alvast ingezet. Voor slechts de helft van de patiënten bleek uiteindelijk de zorg nog door te lopen na die geïndiceerde zes maanden en was het voorbereidende werk voor niks. Zonde van de tijd!

Het experiment is aangevlogen vanuit de transferketen als één geheel. De transferketen bestaat echter uit verschillende onafhankelijke, zelfstandige partijen. Zij hebben ieder een geheel eigen rol richting de patiënt, maar nog belangrijker ieder eigen belangen. De eerste aanvliegroute van het experiment heeft geleid tot een disbalans in de ‘baten’ en ‘lasten’ van het experiment. “Het was de wens van de thuiszorg, maar het werd bij de transferverpleegkundigen neergelegd. Dat betekende dat de transferverpleegkundige een ERAI-indicatie af zou geven. Zij kreeg dus meer werk in plaats van minder”, zegt Constance Wilschut. Een complexere melding met meer lasten voor het Transferpunt en de voordelen voor de thuiszorg is dus geen duurzaam model voor regelarm gebleken.

Deze disbalans is de belangrijkste oorzaak van de tegenvallende resultaten in het eerste jaar. Daarmee bewijst dit experiment dat de ketenbenadering een hele lastige is. Je hebt te maken met verschillende op zichzelf staande organisaties met ieder hun eigen belangen. Tegelijkertijd werken ze wel allemaal vanuit eenzelfde belang, namelijk de patiënt. “Wij willen de patiënt op een veilige manier overhevelen aan de thuissituatie en thuiszorg en dat doen wij ook”, zegt Constance Wilschut. Hoe kom je vanuit een gemeenschappelijke visie maar met soms tegengestelde belangen hier uit? Dat was de centrale vraag na de eerste fase.

Transfer met vertrouwen – ‘take two’

Naar aanleiding van de tegenvallende ervaringen en resultaten in het eerste jaar zijn de deelnemende organisaties eind 2013 met elkaar rond de tafel gaan zitten. Dit was een ‘go or no go’ moment, maar niet vanuit wantrouwen! Het vertrouwen in STZ, het begrip dat in het eerste jaar langzaam gegroeid was over en weer – tussen transfer- en wijkverpleegkundige – en het besef dat dit project een vingeroefening is in voorbereiding op alle nog te verwachten veranderingen in de zorg, hebben ervoor gezorgd dat de partijen nog steeds de motivatie hadden om door te gaan met een gezamenlijk experiment. Elke partij herkende en erkende de disbalans!

Alleen als de disbalans in de keten opgeheven kon worden, zou het project doorgang houden. Dit betekent dat ‘baten’ en ‘lasten’ voor elke partij afzonderlijk ook in evenwicht moet zijn. Hiervoor was het nodig om de indicatiemelding door de thuiszorgorganisaties te laten doen. De ‘baten’ voor de wijkverpleegkundige waren al op voorhand duidelijk: geen herindicatie meer en een juiste indicatie vanuit de thuissituatie. De ‘baten’ voor het Transferpunt waren dat de indicatieaanvraag helemaal kwam te vervallen (overigens daar tegenover de ‘negatieve baten’ van het wegvallen van zinvol werk). Hiermee zou de keten meer in balans raken. Dit was de inzet van STZ naar het CIZ, zorgkantoor en het ministerie van VWS toe. Indien dit niet tot de mogelijkheden behoorde, dan zou het experiment stopgezet worden.

CIZ en het ministerie van VWS zijn akkoord gegaan met de gewenste aanpassingen, waardoor de indicatiemelding nu (alsnog) gebeurt door de wijkverpleegkundige (thuiszorgorganisatie). Daarnaast wordt een ruime -klasse 8 of 9 - indicatie gemeld. Naast deze aanpassing is de geldigheidsduur van de indicatie wederom verlengd, namelijk tot en met het eind van het experiment, 31 december 2014. In de eerste weken van 2014, nog maar vlak na de aanpassingen in het experiment, zien de thuiszorgorganisaties al een toename van het aantal aangemelde ERAI-patiënten. Voor de transferverpleegkundigen is het nu ook veel duidelijker. Marka Satink: “Nu is het veel beter in balans. We vragen geen indicatie aan voor patiënten die de thuiszorg van deelnemende zorgaanbieders gaan ontvangen. Voor alle andere patiënten wel.”

Gevoelsmatig is de taakverdeling nu ook meer zoals hij zou moeten zijn. De transferverpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor het in kaart brengen van de zorgvraag in het ziekenhuis ten behoeve van een zo goed mogelijke inhoudelijke overdracht van de patiënt aan de schakel die na hen komt, de thuiszorgorganisatie. “Het is voor ons van belang dat wij als deskundige een zo goed, volledig mogelijk dossier (POINT) aanleveren, zodat de thuiszorg met de juiste deskundigheid direct kan starten met de noodzakelijke zorg”, zegt Constance Wilschut. “Zonder die zo goed mogelijke overdracht kan de wijkverpleegkundige ook niet”, geeft Marka Satink aan. “Ik mis het indiceren ook niet. Het belang van een goed dossier is veel groter. Hier kan ik mijn tijd veel beter aan besteden.”

“Leidt dit experiment tot toekomstbestendige zorg?”

Andrew Wagg: “Dit experiment is de eerste stap voor wijkverpleegkundigen om zelf te durven denken en beslissen over de omvang van de zorg – losgekoppeld van rechten en financiële beperkingen. Vooral het zelf beslissen is een grote stap voor verpleegkundigen.” Het is een hele belangrijke voorbereiding op de rol van de wijkverpleegkundige in de toekomstplannen over de zorg. Mia van Leeuwen: “De rol van de wijkverpleegkundige gaat steeds groter worden, en daar past dit experiment in. Het is dan ook noodzakelijk om de verpleegkundige overdracht nu al te oefenen.” Ook is het goed om te gaan kijken naar de profielen van de huidige (wijk)verpleegkundigen. “De meeste organisaties, ook wij niet, hebben voldoende mensen in dienst die nu al aansluiten op de nieuwe verwachtingen van een (wijk)verpleegkundige”, zegt Andrew Wagg. Het is nogal een omschakeling, wanneer je gewend bent te werken vanuit ‘je moet en mag alleen dit’.

Ook biedt dit experiment de kans om te oefenen met een dialoog met elkaar. Elkaar als in transferketenpartners onderling, maar ook tussen hen en VWS en andere

stakeholders. VWS heeft door dit experiment echt kunnen meekijken in de praktijk. “VWS heeft van veel mogelijkheden om mee te kijken in de praktijk gebruik gemaakt”, zegt Rolien de Jong. “Dit heeft hen ook veel meer context gegeven aan het beleid dat hen te maken staat.” “Het experiment heeft ons allemaal dichter bij elkaar gebracht. Wij zitten met de andere drie thuiszorgorganisaties, die eigenlijk concurrenten zijn, aan tafel en vinden elkaar. Ik zie dat we ook steeds complexere zaken met elkaar bespreken”, zegt Andrew Wagg.

De echte discussie is: ‘Past de wijkverpleegkundige bij de nieuwe plannen van VWS?’ Het lijkt erop dat de nieuwe rol van de wijkverpleegkundige zoals die nu is, niet past in de plannen zoals die er nu liggen. Ook Danny Vos geeft aan nog wel terughoudend te zijn over de mate waarin de geschetste regie voor de wijkverpleegkundigen daadwerkelijk een groei van regie met zich meebrengt. Want hoe staat dat in relatie tot de miljoenen bezuinigingen die zijn aangekondigd. “Hebben we dadelijk de regie op papier, maar geen middelen om de regie daadwerkelijk te pakken.”

De thuiszorgorganisatie, de wijkverpleegkundige, is verantwoordelijk voor het reilen en zeilen vanaf het moment dat de patiënt thuiskomt voor verder herstel. “De transferverpleegkundigen kunnen zich niet altijd een beeld vormen van hoe het thuis is of zal gaan. Dat is voor de wijkverpleegkundige anders, die komt bij de cliënt thuis”, zegt Marka Satink. Dit sluit geheel aan bij de oorspronkelijke visie achter dit experiment, waarbij in het samenspel tussen wijkverpleegkundige en patiënt de zorgbehoefte vastgesteld, afgesproken en geleverd wordt.

Vertrouwen en relatie

Vertrouwen heeft niet voor niets een plaats gekregen in de naam van dit experiment. Het is de basis in een keten die gezamenlijk verantwoordelijk is voor samenhangende zorg aan de gezamenlijke patiënten. “Het gaat om vertrouwen. Van transferverpleegkundigen en de thuiszorgorganisaties in de wijkverpleegkundigen. Vanuit de stakeholders, zoals CIZ, zorgkantoor en VWS, in ons als keten”, zegt Rolien de Jong.

Vanuit het zorgkantoor heerst(te) de angst dat als de wijkverpleegkundige de vrijheid krijgt, hij/zij dan meer dan nodig zal indiceren en ook zeker meer dan nodig productie zal draaien. Mia van Leeuwen: “Als je de relatie tussen verpleegkundige en patiënt als uitgangspunt neemt, dan is dat wantrouwen echt onterecht.”

“Overindicatie? Niemand geeft de garantie dat dit niet gebeurt. Dit experiment gaat uit van het beoordelingsvermogen van de wijkverpleegkundige en het vertrouwen hierin”, zegt Danny Vos. Iedere (wijk)verpleegkundige heeft zijn of haar eigen inzicht. Hierom vindt vaak overleg plaats met collega-wijkverpleegkundigen, vooral over de complexe gevallen. “Ik denk niet dat ik overindiceer. Ik gebruik wat nodig is voor onze patiënten, maar bouw ook zo snel mogelijk weer af, omdat het belangrijk is dat de patiënt zo snel mogelijk (weer) zelfredzaam wordt.” Een extra argument voor mij om niet over te indiceren is de inkomensafhankelijke bijdrage, die

de klant afhankelijk van het aantal uur dat er zorg geleverd wordt, moet betalen. Op het moment dat ik zou ‘overindiceren’, zorg ik er indirect voor dat de klant meer eigen bijdrage moet betalen dan noodzakelijk is. Dat wil ik niet.”

Ook blijkt dat niet alleen vertrouwen tussen ketenpartners belangrijk is, het gaat ook heel direct over intermenselijke relaties. Dit experiment is wat dat betreft redelijk uniek: er zijn drie belangrijke transferpunten meegenomen en drie grote thuiszorgorganisaties doen mee. Eén van de drie transferketens betreft Bronovo met de Respect Zorggroep. Dit gaat specifiek om de wijk Scheveningen in Den Haag. Ook hier is het experiment in ‘take two’ gegaan. Echter hebben medewerkers van transferpunt aangegeven niet mee te willen doen. Annie van Antwerpen, manager Extramurale Zorg van de Respect Zorggroep: “Wij zijn voor een groot deel afhankelijk van de doorverwijzingen van het Bronovo. Zij zitten nu midden in de fusie met MCH. Je merkt gewoon dat dit experiment geen prioriteit voor hen is en dat de transferverpleegkundigen vooral met de gevolgen die dat met zich meebrengt bezig zijn. Begrijpelijk, maar dat maakt dat wij niet echt kunnen meedoen aan het experiment. Toch blijf ik proberen om contacten te leggen samen met STZ en ze uit te leggen dat er voor alle partijen voordelen te behalen zijn!”

In begin 2015 wordt opnieuw gekeken wat ‘Transfer met vertrouwen’ oplevert in de gehele transferketen. Dit experiment lijkt te leiden tot minder tijdsbesteding aan administratieve taken, herindiceren en monitoren op functies, binnen de thuiszorgorganisaties. De mede verwachte tijdswinst in de ziekenhuizen is niet gerealiseerd binnen dit experiment. “Het belang van de overdracht wordt alleen maar groter”, zegt Rolien de Jong. Daar tegenover staat wel, dat met ‘Transfer met vertrouwen’ aangetoond is dat de indicatiestelling door CIZ geen toegevoegde waarde heeft. De indicatiemeldingen vanuit het ziekenhuis, dan wel de thuiszorgorganisaties, worden één-op-één overgenomen, dit lijkt niet te leiden tot een grotere zorgconsumptie. Hiermee zijn dus besparingen te realiseren.



Vitras

Een weekbudget voor zorg én mantelzorg

Coralien Merkens, verpleegkundige regio De Bilt

“Zonder indicatie kunnen wij prima inschatten wat een cliënt nodig heeft. De inschatting gebeurt samen met de huisarts, waarmee we ongeveer één keer per maand overleg hebben.”



Niet alle cliënten hebben dezelfde zorgbehoefte, bij lange na niet zelfs. Hoe kunnen ze bij Vitras dan toch de zorg bekostigen vanuit één en hetzelfde weekbudget voor al hun cliënten? Kunnen zij uit dit budget hun cliënten bieden wat zij nodig hebben? “Zelfs beter!”, zegt Coralien Merkens, verpleegkundige regio De Bilt. “We kijken nu naar de cliënt, waar we vroeger alleen naar de indicatie keken, en als er wat meer zorg nodig is, dan kunnen we die gelijk leveren.”

Een experiment vanuit overtuiging

Vitras biedt thuiszorg, maatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg in de provincie Utrecht. Daarnaast levert zij ook hieraan gerelateerde diensten op het gebied van zorg, hulpverlening, advies, service, ondersteuning en hulpmiddelen. Het werkgebied van Vitras omvat de gemeenten: Bunnik, De Bilt, Houten, Lopik, Nieuwegein, Renswoude, Rhenen, Scherpenzeel, Utrechtse Heuvelrug, Veenendaal, Wijk bij Duurstede, IJsselstein en Zeist. Binnen twee van deze gemeenten, De Bilt en Wijk bij Duurstede, werken de teams Zorg & Welzijn sinds april 2013 aan het Experiment Regelarme Instellingen.

Het regelarme experiment is gestart vanuit de overtuiging dat medewerkers en cliënten weer in hun kracht gezet moe(s)ten worden. Waar het ministerie van VWS als uitgangspunt had dat in de zorg te veel tijd besteed wordt aan regels en administratie, wilde Vitras niet alleen inzetten op de verlaging van administratieve lasten. Vooral wilde zij bewijzen dat cliëntgerichte zorg tegen lagere kosten geleverd kan worden. Vitras vond namelijk dat de zorg veel te aanbodgericht was geworden: de cliënt heeft een indicatie en wij leveren zorg. Vanuit het zorgstelsel is het (nieuwe) zorgverleners afgeleerd of nooit aangeleerd, om cliëntgericht te werken. Dinie van der Linden, bestuurder van Vitras: “De grootste omslag is niet meer denken in productie draaien, maar wat is effectieve dienstverlening. Wat gaat resultaten opleveren.”

Het experiment

Vanuit de visie ‘cliëntgerichte zorg tegen lagere kosten’ heeft Vitras een plan van aanpak ingediend dat uitgaat van één indicatiesoort ‘zorg thuis’. Aan deze indicatie is één vast weekbudget gekoppeld. Alle nieuwe cliënten ontvangen één en dezelfde indicatie, ongeacht de specifieke zorg- en/of hulpbehoefte. Herindiceren is dus ook niet meer aan de orde. Dit scheelt zoveel tijd op verschillende terreinen: tijd die nodig was om de herindicatie in te dienen, wachttijd op de beoordeling en goedkeuring van de herindicatieaanvraag. Wanneer de zorgbehoefte verandert, kan hierop nu gelijk de zorglevering worden aangepast. Goed voor de cliënt, prettig werken voor de zorgverlener.

De zorg- en/of hulpbehoefte wordt binnen Vitras door de wijkverpleegkundige samen met de cliënt in kaart gebracht. “De huisarts geeft aan ons aan dat zorg nodig is. De wijkverpleegkundige bepaalt hoeveel en hoelang welke zorg nodig is”, zegt Patty Terlouw, coördinerend wijkverpleegkundige Bilthoven-Noord. Bij de bepaling van de zorgbehoefte wordt vooral gekeken naar de zelfstandigheid van de cliënt, eventueel ondersteund door zijn mantel. De afspraken over inzet van zorg en ondersteuning worden samengevat in het zelfstandigheidsplan van de cliënt.

Voor alle cliënten in zorg (dus ook de bestaande cliënten) ontvangt Vitras een weekbudget van € 212,83 (voor 2014) per cliënt. Dit weekbudget is gebaseerd op de berekening dat een cliënt van Vitras gemiddeld 3,92 uur per week thuiszorg ontvangt. Het weekbudget is breed besteedbaar, zolang het gericht is op (het ondersteunen van) de zelfstandigheid van de cliënt. ‘Breed besteedbaar’ is ook echt breed besteedbaar. “Tien procent van het weekbudget mag besteed worden aan de ondersteuning van mantelzorgers en andere niet-cliënt gerelateerde activiteiten, domotica of hulpmiddelen”, aldus Geert Stradmeijer, manager De Bilt.

“Medewerkers waren in het begin niet erg enthousiast. Nu daarentegen willen ze niet anders meer.”

Kunnen leveren wat écht nodig is

Hoe zijn de ervaringen binnen de teams Zorg & Welzijn? Wat gebeurt er als je de kaders van een indicatie weghaalt? Hoe ga je om met de vrijheid om zelf te bepalen welke zorg- en/of hulpverlening nodig is? “Vroeger hadden we een indicatie, bijvoorbeeld 1,9 uur per week, daar moesten we het mee doen. Nu kijk ik samen met de cliënt wat nodig is en hoe we daarvoor kunnen zorgen”, aldus Coralien Merkens. Als (tijdelijk) extra zorg nodig is, kan dit ook gelijk en hoeft binnen het experiment geen herindicatie meer aangevraagd te worden. Normaal moest er zelfs voor het toedienen van oogdruppels een herindicatie aangevraagd worden.

Coralien Merkens vertelt over één van haar cliënten, waarvoor zij tot in de laatste fase van zijn leven stapje voor stapje, ongeremd door een indicatie, extra zorgmomenten op de dag kon inplannen. Op deze manier kon deze meneer zo lang mogelijk, naar de wens van hem en zijn familie, thuis blijven wonen, ondanks zijn dementie en lichamelijke achteruitgang. Een mooi voorbeeld hoe de cliënt en zijn omgeving in de regie blijft van het zorgproces om hen heen. “Zonder indicatie kunnen wij prima inschatten wat een cliënt nodig heeft. De inschatting gebeurt ook samen met de huisarts, waarmee we ook ongeveer één keer per maand overleg hebben.”

Alleen leveren wat écht nodig is

Bij kunnen leveren zonder indicatie, hoort niet alleen direct kunnen uitbreiden op de momenten dat dit nodig is, maar ook alleen maar leveren wat écht nodig is. Patty Terlouw: “Een valkuil is wel dat je niet moet vergeten kritisch te kijken of er wel écht zoveel zorg nodig is. In het verleden is veel zorg verleend, waarvan je je achteraf kunt afvragen ‘is dat wel nodig geweest?’.” Vanuit de zelfstandigheid van de cliënt is het goed om je af te vragen ‘waarom doe je dat?’. “Het behoud of vergroting van de zelfstandigheid van de cliënt is iets dat tegenwoordig altijd in ons achterhoofd zit”, zegt Coralien Merkens.

Om de zelfstandigheid bespreekbaar te maken en in te kunnen schatten, maar ook ontwikkelingen makkelijker te kunnen zien, gebruikt Vitras de zelfredzaamheidsradar. Bij het kiezen van een instrument, is het van belang dat je iets kiest dat bij je past en waar je dus ook echt mee aan de slag gaat. In het team van Patty Terlouw wordt de zelfredzaamheidsradar ook gebruikt als instrument om interventie op een cliënt tijdens het werkoverleg. “Door het kleine team kennen alle verzorgenden alle cliënten. De zelfredzaamheidsradar is voor ons ook een goede collegiale toets”, aldus Patty Terlouw.

Patty Terlouw heeft een mooie anekdote over het afbouwen van zorg bij een van haar cliënten. “We hadden een cliënte, een echt dametje, bij wie we kwamen om een wond te verzorgen en haar te ondersteunen met wassen. Toen kwam ik op een ochtend aan en stond de dame al helemaal verzorgd, gewassen en aangekleed en al, klaar. Ze kon het dus best zelf! We zijn daarna het gesprek aangegaan over de frequentie van hulp bij het wassen. Dat kon dus minder. Om niet het contact met de cliënte te verliezen, hebben we afgesproken om tweemaal per dag even met haar te bellen om na te gaan of alles nog goed gaat.”

Een van de vernieuwende aspecten van het weekbudget is dat het ook besteding aan niet-client gerelateerde activiteiten toelaat. Er kan innovatief gekeken worden naar de inzet van hulpmiddelen of de ondersteuning van mantelzorg. Hierdoor blijft de zelfstandigheid en vrijheid bij de cliënten en is de inzet van professionele zorg minder, of soms zelfs helemaal niet meer nodig. Coralien Merkens: “Door het weekbudget hebben we voldoende tijd en mogelijkheden gekregen om uit te puzzelen welke hulpmiddelen de juiste zijn voor de cliënt.”

Omdenken

Het afbouwen van zorg, of in ieder geval kritisch kijken naar wat echt aan professionele zorg- en hulpverlening nodig is, is een grote verandering binnen de zorg. Het vraagt een andere manier van kijken naar, denken over en uitvoeren van de zorg. Het is dan ook niet verrassend dat dit binnen Vitras reacties oproept, zowel bij aanvang van als tijdens het experiment.

Geert Stradmeijer: “Medewerkers waren in het begin niet erg enthousiast. Zij hadden geen zin in weer een verandering. Nu daarentegen willen ze niet anders meer.” Om de medewerkers mee te nemen van een aanbodgerichte aanpak van de zorg, gestoeld op productie draaien, naar een cliëntgerichte aanpak, gebaseerd op effecten van de zorg, heeft Vitras drie omdenksessies georganiseerd. Deze drie middagen ‘durf anders te denken’, ‘durf anders te vragen’ en ‘durf anders te werken’, stonden in het teken van de klassieke manier en de nieuwe manier. Hierbij stond de vraag ‘hoe kun je het ook op- en aanpakken?’ centraal. “Het ging om de verandering naar denken in oplossingen in plaats van denken in problemen”, zegt Dinie van der Linden. “Als je uitgaat van problemen, heb je de neiging om betuttelend te zijn. Als je uitgaat van oplossingen, dan ga je eigenlijk gelijk al veel meer in dialoog.”

“Na die sessies, waar ik zelf niet bij was, kreeg ik mailtjes van verzorgenden die zeiden: ‘sinds die sessies beschouw ik mijn cliënt met steunkousen ineens heel anders dan hiervoor’. En



Dinie van der Linden, bestuurder Vitras

“Als je uitgaat van problemen, heb je de neiging om betuttelend te zijn. Als je uitgaat van oplossingen, dan ga je eigenlijk gelijk al veel meer in dialoog.”



ontstonden initiatieven in antwoord op ‘hoe kunnen we eerder met de cliënt zelf aan de slag?’, zegt Geert Stradmeijer. Niet alleen bij aanvang van het experiment, maar ook gedurende het experiment wordt nog steeds aandacht besteed aan het feit dat de veranderingen tijd en aandacht nodig hebben. “Op elk teamoverleg staat op de agenda: ‘kritisch kijken naar wat echt nodig is’”, zegt Patty Terlouw. “We moeten loskomen van het stramien van productie draaien. Het is een lang proces, maar de omslag begint te komen.”

Van denken naar doen

De vertaling van het omdenken naar ‘anders doen’ bleef helaas lange tijd uit. De organisatieverandering kwam maar zeer moeizaam op gang. “We kwamen erachter dat dit kwam door de klassieke prikkels in de aansturing vanuit de organisatie. Zo hadden we een regelarm dashboard gemaakt met daarop een metertje die de productiviteit liet zien. Maar dat is een hele klassieke prikkel, waarop we helemaal niet moeten sturen. We moeten sturen op resultaat, de inzet van uren. Dus nu laten we op het dashboard het gemiddeld aantal ingezette uren per cliënt per week zien. Dat is wel een goede prikkel”, zegt Geert Stradmeijer. “Ook realiseren we ons dat de nieuwe manier van werken ook

uitgedragen moet worden door management en ondersteuning. Je kan niet zeggen ‘ga een dialoog aan’ als de hele organisatie een andere cultuur ademt”, geeft Dinie van der Linden aan. “Het piept en het kraakt zo nu en dan in de organisatie.”

Door de ingevoerde veranderingen op de werkvloer, door het regelarme experiment, maar ook door andere pilots die binnen Vitras plaatsvinden, worden er ook andere eisen gesteld aan de backoffice op het gebied van beheersing en sturing. Zij kunnen geen klassieke antwoorden meer geven op de ‘nieuwe’ vragen. Daarbij kunnen zij ook niet meer sturen door middel van de klassieke beheerssystemen. “Ondanks de eerste neiging van de backoffice om enigszins in paniek te schieten, vanwege de ruimte en vrijheid die we aan de professionals hebben terug gegeven, is het nú tijd om nieuwe beheerssystemen te ontwikkelen”, zegt Dinie van der Linden.

Professionele vrijheid

De zorg is te lang in regels en hokjes ingedeeld en de zorgverleners te veel gebonden aan voorgeschreven indicaties. Ook mantelzorgers hebben dit gemerkt. De dochter van één van de cliënten van Vitras zegt: “Het leek wel alsof de praktijk

Patty Terlouw, coördinerend wijkverpleegkundige Bilthoven-Noord

“Op elk teamoverleg staat op de agenda: ‘kritisch kijken naar wat echt nodig is.’”

kunstmatig in de theorie werd gepropt, terwijl met dit experiment de theorie aan de praktijk wordt aangepast.” “We hebben de hokjes van de indicatie ook niet nodig om in te kunnen schatten welke zorg een cliënt nodig heeft. Dit beoordelen we niet alleen bij in zorg komen of periodiek samen met cliënt en familie, maar ook op een gewone werkdag. Dan kunnen we ook een evenwicht zoeken tussen de cliënten op die dag. Omdat het met de ene mevrouw iets beter gaat dan verwacht, kunnen we bij een andere meneer misschien even wat langer blijven”, zegt Coralien Merkens.

“Professionals worden door dit experiment weer in hun kracht en professionaliteit gezet. Zij krijgen de ruimte om op basis van hun deskundigheid andere middelen in te zetten dan alleen maar professionele zorg- en hulpverlening”, zegt Geert Stradmeijer. “Maar ook de vrijheid om op basis van hun inschatting de inzet van zorg te vergroten.” Voor Patty Terlouw is het een groot voordeel dat de administratie rondom het zorgproces op de werkvloer in 50% van de tijd kan tegenwoordig. “We kunnen hierdoor de focus veel meer op de directe zorg leggen dan op de bijkomende administratie.” Daarbij komt dat ondanks dat de gehele populatie uit het weekbudget moet worden verzorgd en geholpen, op de werkvloer veel minder ervaren wordt dat zij op budgetten moeten letten. Alleen de woordvoerder Administratie (ieder team heeft voor verschillende algemene taken woordvoerders) houdt bij of grosso modo binnen het weekbudget wordt gewerkt.

Lagere kosten?

Door de vrijheid en ruimte om ook mantelzorgers, andere netwerken of hulpmiddelen in te zetten voor de cliënt, blijkt de inzet van professionele zorg minder te kunnen. Dit sluit aan op het doel dat dit hele experiment voor Vitras heeft, namelijk cliëntgerichte zorg tegen lagere kosten.

Coralien Merkens: “We proberen bijna altijd wel minder zorg te leveren, vanuit de bijdrage die dat heeft aan de zelfstandigheid van de cliënt. Als we de zorg- of hulpbehoefte kunnen invullen

met een hulpmiddel is de cliënt veel vrijer in zijn doen en laten. Dat is het belangrijkste. Een prettige bijkomstigheid is dat de behoefte aan professionele zorg daardoor vermindert.”

De eerste resultaten laten zien dat kwalitatief verbeterde zorg kan worden geleverd met gemiddeld minder uren per cliënt per week dan andere aanbieders. Vitras heeft organisatie breed een gemiddelde van 4,0 à 4,25, waar andere aanbieders in dezelfde regio op een gemiddelde zitten van 5,25 à 5,5. Binnen gemeente De Bilt, één van de experimentgemeentes, valt het gemiddeld aantal uren thuiszorg per cliënt per week binnen het weekbudget van 3,92 uur.

Naast zorg voor de cliënt ook zorg voor de mantel

Een essentieel gegeven bij de resultaten hierboven is dat een deel van het weekbudget besteed wordt aan de ondersteuning van de mantelzorg en andere niet-client gerelateerde activiteiten. De totaal lagere zorgkosten zijn dus inclusief uren en tijd die normaal buiten dit experiment niet gedekt werden. Uit dit experiment wordt des te meer duidelijk dat het investeren van tijd en zorg in de mantelzorgers, een sterk positief effect hebben op het omlaag brengen van de inzet en hiermee de kosten van de professionele zorg- en hulpverlening. Door de mantelzorg (tijdelijk) te ondersteunen, dan wel hun kennis en kunde te laten ontwikkelen, kunnen zij een deel van de zorg- en/of hulpvraag vervullen. De aanspraak op de professionele zorg per cliënt wordt op deze manier lager. “We kunnen mantelzorgers binnen het regelarme budget bijvoorbeeld een cursus aanbieden, waardoor zij diegene waarvoor zij mantelzorgers zijn beter kunnen ondersteunen”, zegt Geert Stradmeijer.

Van binnen naar buiten

Dinie van der Linden ziet door het experiment de focus van de medewerkers veranderen: het verschuift van het eigen maken van nieuwe denkwijze en werkwijze (in 2013) naar het meenemen van cliënten en omgeving in deze veranderde kijk naar zorg. De

“Leidt dit experiment tot toekomstbestendige zorg?”

“Mijn stelling zou zijn om te werken met drie weekbudgetten, van licht, middel tot zwaar. Met name de zorg aan cliënten in een terminale fase vergt een specifieke bekostiging, de zorguren komen dan boven de vijftig uur per week uit. En inderdaad te vertrouwen op het samenspel tussen huisarts en wijkverpleegkundige, dan heb je daarmee eigenlijk een heel mooi systeem, dat werkt en dat weinig extra bureaucratische ballast geeft”, zegt Dinie van der Linden. “En misschien kun je zelfs als extra aandachtsveld zeggen ‘een deel van je budget moet je ook aantoonbaar inzetten voor je mantelzorgers.’”

Daarnaast past het sturen op outcome (dus op behaalde zorgresultaten – af te meten aan ontwikkelingen op zelfredzaamheidsradar) veel beter dan sturen op productiviteit. “Een chronische klacht hoeft tegenwoordig ook niet meer te leiden tot chronische zorg”, zegt Dinie van der Linden. Door af te

stappen van de indicatie, die een bewijs is geworden van een doorgeslagen gelijkheidsbeginsel, maar te kijken naar welke zorg- en hulpverlening iemand, ongeacht de klacht, echt nodig heeft, is dit gelijk al niet meer aan de orde.

Uit de werkwijze binnen dit experiment is gebleken dat het ClZ als indicierend orgaan overbodig is. De verwachting dat de zorgvolumes de pan uit rijzen als er geen controle is op de indicatiestelling, is geenszins waar gebleken. “Dat gebeurt dus helemaal niet”, zegt Geert Stradmeijer. “Als je het aan de professional overlaat en je geeft duidelijke kaders, dan wordt het gewoon geregeld. Dus eigenlijk heb je een indirecte besparing van het hele ClZ, even gechargeerd, voor het leveren van goede zorg.” Dit kan de eerste verandering zijn om het mogelijk te maken om meer zorg te leveren met dezelfde, dan wel minder middelen.

verbinding met de omgeving van cliënten en Vitras gebeurt op verschillende lagen in de organisatie. Voor de managers, zoals Geert Stradmeijer, is het van belang dat zij met lokale organisaties buiten Vitras relaties opbouwen. Dit zijn naast de gemeenten en huisartsen ook welzijns- en vrijwilligersorganisaties.

In het primaire proces zie je dat de verzorgenden en verpleegkundigen dagelijks de dialoog met cliënten en hun omgeving aangaan over de zorg, de kwaliteit van leven en hoe dat gezamenlijk te bereiken. De intrinsieke motivatie van de verzorgenden hiervoor is inmiddels zo sterk. “Laatst hebben we een cliëntenmiddag georganiseerd voor al onze cliënten en mantelzorgers, om te laten zien hoe het allemaal hier werkt, bijvoorbeeld de planning. Maar we hebben ze ook hulpmiddelen, zoals de handylags en de beeldtelefoon, laten zien en uitproberen. Dit hebben de medewerkers op eigen initiatief georganiseerd en wilden dit zelfs ook in hun eigen tijd doen”, zegt Geert Stradmeijer met een trotse glimlach. “Zo zie je maar hoe groot de intrinsieke motivatie is om zich in te zetten voor de kwaliteit van zorg en leven”, vult Dinie van der Linden aan.

Een andere manier om mantelzorgers onderdeel te maken van het zorgproces is dat zij de mogelijkheid hebben om in het logboek, waarvan het zelfstandigheidsplan een onderdeel is, hun bevindingen, vragen, verrichte zorg, te schrijven. Op deze manier wordt de mantelzorg een onderdeel van het zorgteam rondom de cliënt. “De verzorgenden en de mantelzorgers(s) zijn één team of moeten dit gaan worden”, zegt Coralien Merkens.

Van buiten naar binnen

De omgeving van de cliënt en van Vitras is veel groter dan alleen het netwerk rondom de cliënt. De huisarts bijvoorbeeld is een belangrijke persoon in het hele proces: hij is de eerste contactpersoon bij de overdracht van een cliënt, hij heeft invloed op de bepaling van de zorgbehoefte en is betrokken bij de (tussentijdse) evaluaties. De relatie tussen Vitras en een huisarts heeft dus een (sterke) invloed op de gemiddelde omvang van de zorg. Het verschil in relaties tussen huisartsen en Vitras en de invloed

daarvan op de gemiddelde omvang van de zorg is zichtbaar binnen het experiment. De relaties met huisartsen in De Bilt en Wijk bij Duurstede verschilt. Hierdoor worden cliënten met een ander zorgprofiel naar Vitras verwezen in deze gemeenten. Dit komt tot uiting in het gemiddeld aantal uren thuiszorg per week per cliënt. Dit ligt in De Bilt binnen de gebudgetteerde 3,92 uur (de terminale cliënten uitgezonderd). In Wijk bij Duurstede wordt dit echter niet gerealiseerd. Hier zie je dat door een aantal cliënten met langdurig een grote zorgvraag en een relatief kleine groep cliënten het minimaal te realiseren gemiddelde hoger ligt dan in De Bilt. Om een passend gemiddeld weekbudget te bepalen is gebleken dat dus meer variabelen meegenomen moeten worden dan een historisch organisatie breed gemiddelde. Factoren als omvang van de cliëntenpopulatie, aard van de klachten en hiermee aard van de zorgbehoefte, et cetera zijn ook hierop van invloed.

Dit experiment heeft aangetoond dat er verschillende manieren zijn om meer zorg te verlenen met minder middelen. Ten eerste is uit deze aanpak gebleken dat het gemiddelde zorgvolume per cliënt per week gedaald is in de gemeente De Bilt. Hierdoor kunnen meer cliënten zorg ontvangen. Maar nog belangrijker is dat uit het experiment gebleken is dat de kwaliteit van zorg, of beter gezegd, de kwaliteit van leven van de cliënt beter geworden is door de focus op de zelfstandigheid van de cliënt. “We doen het dan ook niet voor de instelling, maar voor de cliënt”, zegt Coralien Merkens terecht. En hiermee wordt ook aangegeven dat dit experiment de (wijk)verpleegkundigen meer in hun kracht, professionaliteit en intrinsieke motivatie gezet heeft. Dit alles komt de zorg in Nederland in zijn totaliteit alleen maar ten goede.

Een andere besparing die uit het experiment naar voren gekomen is, is de besparing van tijd die aan administratieve handelingen in het primaire proces verricht moeten worden. Deze tijd kan direct omgezet worden in zorg, waardoor met dezelfde middelen ook meer zorg gerealiseerd kan worden. En dan niet meer zorg per cliënt, maar wel aan meer cliënten zorg.



Interview

Er zal een nieuwe balans ontstaan'



Coralien Merkens, verpleegkundige regio De Bilt

“De medewerkers beginnen te zien dat ze niet bang hoeven te zijn dat ze minder zorg kunnen leveren.”



Vitras is participant in het Experiment Regelarme Instellingen. “In tegenstelling tot wat de naam misschien doet vermoeden, moet je hiervoor als zorgaanbieder intern heel wat regelen”, zegt wijkverpleegkundige Coralien Merkens. “In het experiment werken we als zorgaanbieder met een weekbudget. We mogen zelf indiceren, maar we moeten hierover wel heldere afspraken maken met het CIZ en met de zorgkantoren. En we moeten ook als verpleegkundigen nog gewoon onze uren registreren. Maar we rekenen er natuurlijk op dat het experiment er uiteindelijk toe zal leiden dat het huidige systeem zich aanpast aan ons werk, in plaats van dat wij ons steeds aan de regels moeten aanpassen. Want trucjes toepassen om binnen de spelregels van het experiment te kunnen werken, is natuurlijk ook weer een vorm van nieuwe regeltjes creëren. Van de medewerkers op de afdeling administratie van Vitras begrijp ik dan ook dat zij hier extra werk aan hebben. Van mijn collega’s op de werkvloer hoor ik dergelijke geluiden echter niet. Je hoeft maar één keer een indicatie aan te vragen voor een cliënt en je hoeft niet steeds te herindiceren, omdat je immers de zorg levert op basis van dat gemiddelde weekbudget.”

Bij de medewerkers van Vitras bestond aanvankelijk wel de angst dat de organisatie zichzelf met het experiment in de vingers zou snijden, zegt Coralien Merkens. “Het punt is dat je door de beperking van de administratieve last tijd overhoudt die je kunt

spenderen aan zorg, preventie en contact met de huisartsen. Die ruimte moet het proces wel daadwerkelijk opleveren. Dit is nog wel een slag die we moeten maken en hetzelfde geldt voor het inzetten van informele zorg. Vrijwilligers blijken niet altijd voorhanden te zijn.” Toch verwacht Coralien Merkens wel dat de aanpak tot een positief resultaat zal leiden. “De medewerkers beginnen te zien dat ze niet bang hoeven te zijn dat ze minder zorg kunnen leveren. Ze zien dat ze efficiënter kunnen werken en dat het dus minder snel nodig is extra personeel aan te trekken. Bovendien wordt de cliënt gestimuleerd tot zelfstandigheid. Sommige cliënten vinden dat overigens nog wel moeilijk. Ze hebben dan de neiging om te zeggen: ‘Ik heb deze indicatie, dus ik heb recht op deze zorg’. Wij leggen dan uit dat ze recht hebben op de zorg die ze nodig hebben. Dat gesprek gaan we dus wel degelijk aan. We zijn kritisch, maar we zorgen natuurlijk wel dat cliënten altijd de zorg krijgen die ze echt nodig hebben.”

De tevredenheid onder de medewerkers over het experiment neemt nu toe, stelt Coralien Merkens. “Verpleegkundigen en verzorgenden ervaren dat ze weer meer de eigen hand hebben in hun werk en dat ze minder in hokjes van indicaties hoeven te denken. Wel hebben we één aanpassing gedaan aan de oorspronkelijke doelstelling van het experiment. We hebben de terminale zorg eruit gehaald, omdat die zo intensief is dat die teveel ten laste van het weekbudget ging.”

Uiteindelijk zal een nieuwe balans ontstaan, verwacht Coralien Merkens. “Natuurlijk moet je de zorg structureren”, zegt ze, “en cliënten willen ook structuur. Maar administratief zijn we hier door de vele indicaties in doorgeschoten.”



Zorgboog

Innovatief terug in de tijd: de holistische zorgbenadering

Miranda van Dongen, hoofd cliëntenadministratie

“Aan zorg verlenen zonder
indicatiestelling zaten, en zitten,
een hoop haken en ogen.”



Het Experiment Regelarme Instellingen binnen de Zorgboog creëert een innovatieve holistische aanpak, waarmee het lijkt alsof zij weer 20 jaar terug in de tijd zijn gegaan. Een hele stap vooruit zeggen de nieuwe (wijk)verpleegkundigen. De oudere wijkverpleegkundigen zeggen: “Hèhè, zo hoort het, zo was het ook voor de invoering van de indicatiestelling, weer echt kijken naar en in gesprek zijn met onze cliënten.”

Van knelpunten...

De Zorgboog levert in de regio Zuidoost-Brabant een breed pakket aan diensten in wonen, welzijn en zorg. Na het verzoek van het ministerie van VWS aan zorginstellingen om te komen met ideeën over hoe de zorg regelarder kan, is de Zorgboog gelijk met haar wijkverpleegkundigen hierover gaan brainstormen: welke regels zijn ons het meest tot last en laten wij liever weer vervallen? De grootste ergernis: het keurslijf van de indicatie. Denken en handelen vanuit categorieën, functies en minuten. Dus diende de Zorgboog een plan van aanpak in met als kern: zorg verlenen zonder indicatie. Natuurlijk niet zomaar zorg leveren, maar het al in gebruik zijnde zorgplan zou het uitgangspunt worden voor de planning, levering en facturatie van zorg.

In mei 2012 is het overleg met de ketenpartners over de uitvoerbaarheid van het plan van aanpak begonnen. “Aan zorg verlenen zonder indicatiestelling zaten, en zitten, een hoop haken en ogen”, laat Miranda van Dongen, hoofd cliëntenadministratie, weten. De systemen waren (en zijn) hier nog helemaal niet op ingericht. Facturatie zonder indicatie bleek onmogelijk voor zowel het CIZ als het zorgkantoor. “Hier liepen we tegen systeemgrenzen aan”, aldus Miranda van Dongen.

Na een paar maanden van overleg werd in september 2012 overeengekomen het experiment te herdefiniëren, zodat de wijkverpleegkundige zelfstandig mocht indiceren (zonder het CIZ), met de mogelijkheid om twee weken te antedateren. Deze twee weken zijn belangrijk, omdat het soms erg lastig is om direct goed in te schatten wat de werkelijke zorgvraag is. Uit de brainstorm was het herindiceren ook als een bron van onnodige regelgeving naar voren gekomen. Hoewel deze afspraken duidelijk in de brief van het ministerie van VWS (de vrijwaringsbrief, oktober 2012) waren vastgelegd, was de verdere afstemming met ketenpartners verre van vanzelfsprekend. “We merkten dat we een andere taal spreken”, verwoordt Judy Bakens, projectleider. Discussies hadden vooral betrekking op de wijze van en de vrijheid bij de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige. Zo wilde de Zorgboog een ‘systeemtechnische onbeperkte’ indicatie invoeren om niet te hoeven herindiceren en vooral te kijken naar wat de cliënt echt nodig had. Dit bleek echter vanuit het zorgkantoor geen haalbare kaart. De indicatie kon niet slechts een formaliteit zijn, maar moest een reële inschatting geven van de omvang en de duur van de benodigde zorg. Anders kon het zorgkantoor onvoldoende informatie verschaffen over doelmatigheid van de door de Zorgboog geleverde zorg aan de NZa.

Het voorbeeld toont aan hoe sterk alles met elkaar verweven is in de zorgketen. Het anders werken met een indicatie heeft dus verstrekende gevolgen voor meerdere ketenpartners. Dit maakte de start van het experiment best complex en leidde ertoe dat er compromissen gesloten diende te worden over hoe regelarm het experiment in praktijk kón (of systeemtechnisch mocht) zijn. “In deze besprekingen hebben wij altijd de regelarme voordelen voor de wijkverpleegkundige en de cliënten het uitgangspunt laten zijn”, geeft Miranda van Dongen aan, “de ruimte die we hebben moeten toegeven ten opzichte van ons eerste voorstel hebben wij in het secundaire proces dubbel moeten opvangen.”



“Eindelijk gaan onze mensen weer echt in gesprek met de cliënten. Dan gaat het over wat wilt u, wat kunt u nog zelf, waar kunnen anderen u bij helpen.”

...naar mogelijkheden

In maart 2013 is het experiment pas echt van start gegaan met twee pijlers: 1) het zelf indiceren op basis van de zorgbehoefte door de wijkverpleegkundige, 2) werken met één prestatie ('De Zorgboog-prestatie') bij de inkoop, zorglevering en declaratie. Door deze ene prestatie (waar één tarief aan gekoppeld is) is registratie naar verschillende functies (Verpleging, Persoonlijke Verzorging en Begeleiding) in het primaire proces niet meer nodig. "Dit maakt dat alleen al dat bij de functie Persoonlijke Verzorging geen rekening meer gehouden hoeft te worden met drie verschillende

prestatiecodes", zegt Miranda van Dongen. Het doel van het experiment: een hogere cliënttevredenheid, hogere tevredenheid bij medewerkers en een lagere administratieve last.

De basis voor de bepaling van de zorgbehoefte is de al bestaande werkwijze, waarbij wijkverpleegkundige en cliënt samen afspraken maken over de benodigde zorg. Dit wordt vastgelegd in een zorgplan. Bij het bepalen van de zorgbehoefte wordt gebruik gemaakt van de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM), ontwikkeld door GGD Amsterdam, die uitgaat van elf domeinen die de zelfredzaamheid van een persoon beïnvloeden.

Zelfredzaamheid-Matrix 2013
S.Lauriks, M.C.A. Buster, M.A.S. De Wit, S. van de Weerd, G. Tigchelaar, en T. Fassaert.

DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
Financiën	Geen inkomsten. Hoge, groeiende schulden.	Onvoldoende inkomsten en/of spontaan of ongepast uitgeven. Groeiende schulden.	Komt met inkomsten aan basis behoeften tegemoet en/of gepast uitgeven. Eventuele schulden zijn tenminste stabiel en/of bewindvoering/inkomensbeheer.	Komt aan basis behoeften tegemoet zonder uitkering. Beheert eventuele schulden zelf en deze verminderen.	Inkomsten zijn ruim voldoende, goed financieel beheer. Heeft met inkomsten mogelijkheid om te sparen.
Dagbesteding	Geen dagbesteding en veroorzaakt overlast.	Geen dagbesteding maar geen overlast.	Laagdrempelige dagbesteding of arbeidsactivering.	Hoogdrempelige dagbesteding of arbeidstoeleiding of tijdelijk werk en/of volgt opleiding voor startkwalificatie (havo, vwo, of mbo-2).	Vast werk en/of volgt opleiding hoger dan startkwalificatie (havo, vwo, of mbo-2).
Huisvesting	Dakloos en/of in nachtopvang.	Voor wonen ongeschikte huisvesting en/of huur/hypotheek is niet betaalbaar en/of dreigende huisuitzetting.	In veilige, stabiele huisvesting maar slechts marginaal toereikend en/of in onderhuur of niet-autonome huisvesting.	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting en (huur)contract met bepalingen en/of gedeeltelijk autonome huisvesting.	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting en regulier (huur)contract en/of autonome huisvesting.
Huiselijke relaties	Sprake van huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.	Leden van het huishouden gaan niet goed met elkaar om en/of potentieel huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.	Leden van het huishouden erkennen problemen en proberen negatief gedrag te veranderen.	Relationele problemen tussen leden van het huishouden zijn niet (meer) aanwezig en/of woont alleen.	Communicatie tussen leden van het huishouden is consistent open. Leden van het huishouden ondersteunen elkaar.
Geestelijke gezondheid	Een gevaar voor zichzelf of anderen en/of terugkerende suïcide-ideeën. Ernstige moeilijkheden in het dagelijks leven door geestelijke stoornis.	Aanhoudende geestelijke gezondheidsproblemen die het gedrag kunnen beïnvloeden, maar geen gevaar voor zichzelf/anderen. Moeilijkheden in het dagelijks functioneren door symptomen en/of geen behandeling.	Milde symptomen kunnen aanwezig zijn en/of enkel matige functioneringsmoeilijkheden door geestelijke problemen en/of behandeltrouw is minimaal.	Minimale symptomen die voorspelbare reactie zijn op stressoren in het leven en/of marginale beperking van functioneren en/of goede behandeltrouw.	Symptomen zijn afwezig of zeldzaam. Goed of superieur functioneren in een groot aantal diverse activiteiten. Niet meer dan de dagelijkse beslommeringen of zorgen.
Lichamelijke gezondheid	Heeft direct medische aandacht nodig. Een noodgeval/kritieke situatie.	Een (direct/chronische) medische aandoening die regelmatige behandeling vereist wordt niet behandeld. Matige beperking van (lichamelijke) activiteiten tgv een lichamelijke gezondheidsprobleem.	Een (chronische) medische aandoening wordt behandeld maar behandeltrouw is minimaal. De lichamelijke gezondheidsproblemen leiden tot een lichte beperking in mobiliteit en activiteit.	Erkent behoefte aan hulp voor de (chronische) medische aandoening. Goede behandeltrouw.	Er zijn geen directe of voortdurende medische problemen.

Eeneiige tweeling

Binnen de Zorgboog vindt ook het 'Eigen Kracht' project plaats. Naast de zelfredzaamheidsmatrix wordt tijdens de intake het (holistische) 'eigen kracht denken' gebruikt om in beeld te krijgen wat daadwerkelijk noodzakelijke zorg is die vanuit de professional geleverd moet worden. Want sommige hulpvragen blijken ook door de cliënt zelf of via het netwerk van mantelzorg of informele zorg opgelost te kunnen worden.

De zelfredzaamheidsmatrix en het 'eigen kracht denken' hebben allemaal tot doel een zo reëel mogelijke indicatie te stellen.

Reëel in omvang van benodigde zorg op de lange termijn. Dit laatste is van belang om onnodige herindicaties te voorkomen, en vooral de tijd die het kost om deze herindicaties te onderbouwen en te ontvangen van het CIZ. Het zo goed mogelijk inschatten van de langdurig benodigde zorg kost even tijd. Daarom heeft de Zorgboog binnen dit experiment de mogelijkheid gekregen om hun indicatiemeldingen met maximaal veertien dagen te antedateren.

Samen met het regelarme experiment vormt dit 'Eigen Kracht' project een eeneiige tweeling. De twee kunnen niet apart gezien worden van elkaar. Het 'Eigen Kracht' project ondersteunt de

DOMEIN	1 – acute problematiek	2 – niet zelfredzaam	3 – beperkt zelfredzaam	4 – voldoende zelfredzaam	5 – volledig zelfredzaam
Verslaving	Voldoet aan criteria voor ernstig misbruik/verslaving. Resulterende problemen zijn zo ernstig dat institutionalisering of hospitalisatie noodzakelijk is.	Voldoet aan criteria voor verslaving. Preoccupatie met gebruiken en/of bemachtigen van middelen. Onthoudingsverschijnselen of atkik-ontwijkend gedrag zichtbaar. Gebruik resulteert in ontwijken of verwaarlozen van essentiële activiteiten van het dagelijks leven.	Gebruik binnen de laatste 30 dagen. Aanwijzingen voor aan middelengebruik gerelateerde sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen. Gebruik interfereert niet met essentiële activiteiten van het dagelijks leven en/of behandeltrouw is minimaal.	Client heeft gedurende de laatste 30 dagen gebruikt maar er zijn geen sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen ten gevolge van het gebruik zichtbaar. Geen aantoonbaar voortdurend of gevaarlijk middelengebruik en/of goede behandeltrouw.	Geen middelengebruik/misbruik in de laatste 30 dagen.
Activiteiten Dagelijks Leven	Ernstige beperkingen op alle of bijna alle gebieden van zelfzorg en complexe activiteiten.	Belangrijk probleem op één of meer gebieden van zelfzorg (eten, wassen, aankleden, naar toilet gaan) en meerdere complexe activiteiten worden niet uitgevoerd.	Voorziet in de meeste maar niet alle basis behoeften van het dagelijks leven en de zelfzorg is op peil, maar één of meerdere complexe activiteiten worden niet uitgevoerd.	Voorziet in alle basis behoeften van het dagelijks leven en alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld slordig zijn, gedesorganiseerd).	Geen problemen van deze aard en functioneert goed op alle gebieden.
Sociaal netwerk	Gebrek aan noodzakelijke steun van familie/vrienden en geen contacten buiten eventuele foute vriendenkring of ernstig sociaal isolement.	Familie/vrienden hebben niet de vaardigheden/mogelijkheden om te helpen en nauwelijks contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties.	Enige steun van familie/vrienden en enige contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties.	Voldoende steun van familie/vrienden en weinig contacten met eventuele foute vrienden.	Gezond sociaal netwerk en geen foute vrienden.
Maatschappelijke participatie	Niet van toepassing door crisissituatie en/of in 'overlevingsmodus'.	Maatschappelijk geïsoleerd en/of geen sociale vaardigheden en/of gebrek aan motivatie om deel te nemen.	Nauwelijks participierend in maatschappij en/of gebrek aan vaardigheden om betrokken te raken.	Enige maatschappelijke participatie (bijv. adviesgroep, stuurgroep) maar er zijn hindernissen zoals mobiliteit, discipline, of kinderopvang.	Actief participierend in de maatschappij.
Justitie	Zeer regelmatig (maandelijks) contact met politie en/of openstaande zaken bij justitie.	Regelmatig (meerdere keren per jaar) contact met politie en/of lopende zaken bij justitie.	Incidenteel (eens per jaar) contact met politie en/of voorwaardelijke straf of -in vrijheidstelling.	Zelden (minder dan eens per jaar) contact met politie en/of strafblad.	Geen contact met politie. Geen strafblad.



“Eerst moeten de professionals vertrouwd raken met het nieuwe gedachtegoed. Daarna kunnen zij de cliënten en hun netwerk meenemen in deze cultuurverandering.”

kanteling die gemaakt wordt van 'zorg volgens indicatie' naar leveren van 'alleen noodzakelijke zorg', die wordt bepaald tijdens het gebruik van de zelfredzaamheidsmatrix. 'Alleen noodzakelijk' staat echter niet gelijk aan 'zo min mogelijk' in absolute zin, maar 'zo min mogelijk' in kwalitatieve zin. Een mooi voorbeeld is, volgens Judy Bakens, een cliënt die op basis van verkregen indicatie recht had op zeven zorgmomenten in de week. Op basis van de indicatie waren die zeven zorgmomenten ook ingepland. Toen vanuit de nieuwe aanpak het gesprek met de cliënt aangegaan is, bleek dat hij de wens had (vanuit vrijheid) om het aantal zorgmomenten te verlagen. We zijn uitgekomen op drie, vanuit ons te leveren, noodzakelijke zorgmomenten. Zonder het gesprek over eigen kracht, waarvan het netwerk een onderdeel is, had deze aanpassing ten gunste van de kwaliteit van leven van deze cliënt nooit gebeurd.

De administratieve voordelen...

De Zorgboog heeft ervoor gekozen haar volledige extramurale (thuis)zorg onderdeel te maken van dit experiment. Het gaat over ongeveer tweeduizend cliënten. Deze keuze was logisch, gezien het uitgangspunt: het primaire proces zo regelarm mogelijk te maken. "Het kon niet anders dan al onze extramurale cliënten onderdeel maken van dit experiment, dit was het makkelijkst voor onze zorgverleners en hun registratie", geeft Miranda van Dongen aan. Elke andere scheidslijn had tot gevolg dat we deels op de ene manier en deels op de andere manier moeten werken en administreren. Dat zou erg complex zijn geweest. Op de werkvloer, waar de verzorgenden dagelijks bezig zijn, moest de winst behaald worden. Winst voor de verzorgenden en nog veel belangrijker, daarmee meer kwaliteit voor de cliënten.

"De grootste administratieve winst van het experiment is dat we werken met één prestatie in plaats van met zeven. Hier zit alleen al 45 minuten tijdswinst in de verminderde administratieve last rondom het registreren. Daarnaast is het fatteren door de wijkverpleegkundige ook niet meer aan de orde, wat ook een hoop tijd scheelt", geeft Judy Bakens aan.

Uit de tussenevaluatie (tot en met het vierde kwartaal van 2013) is gebleken dat alleen al de nieuwe manier van indiceren een

tijdswinst oplevert van 25 minuten per indicatie voor de wijkverpleegkundige. Daarnaast maakt de huidige manier van indiceren, gefundeerder door de mogelijkheid om met veertien dagen te antedateren, dat herindicaties bijna niet meer nodig zijn. "Dit lukt niet voor 100%, maar we komen wel heel dichtbij met deze benadering", zegt Judy Bakens. Daardoor hoeft de geldigheidsduur van een indicatie en het vooruitkijken in verband met een aanvraagduur van vier tot zes weken niet krampachtig in de gaten gehouden te worden.

... worden versterkt door 'eigen kracht denken'

Gerrit Ugen, Eigen Kracht Coach, vindt vooral de cultuur- en gedragsverandering bij de verzorgenden en wijkteams de grootste winst. Gegroeide verantwoordelijkheid van de wijkteams en het 'eigen kracht denken' is voor hem het succes van dit experiment. "De wijkteams hebben meer autonomie gekregen", zegt hij. "Eindelijk gaan onze mensen weer echt in gesprek met de cliënten. Dan gaat het over wat wilt u, wat kunt u nog zelf, waar kunnen anderen u bij helpen." Dit is een ander beeld van de inrichting van de zorg als die we gezien hebben in de afgelopen tien jaar. Daarin draaide het primair om productie, het zo goed mogelijk benutten (uitnutten) van de indicaties, en regels, richtlijnen. "We hebben heel lang de HBO-kwalificatie van de (wijk)verpleegkundigen ondermijnd. Ze zijn deskundig en daarop mogen we ook vertrouwen. Daarbij ook hoort dat we ze verantwoordelijkheid geven en dat ze die ook nemen."

De vrijheid om zelf binnen de indicatie in te schatten welke soort zorgverlening (Verpleging, Persoonlijke Verzorging en Begeleiding) een cliënt nodig heeft, maakt dat de wijkverpleegkundigen weer het gevoel hebben dat hun professionaliteit gewaardeerd wordt. "De invulling van hun werk is weer echt holistisch, zoals ze ook zijn opgeleid. De huidige intake draagt daar heel erg aan bij", aldus Judy Bakens. "We zien dat de jongere verpleegkundigen dit niet zo gewend waren, maar dat onze oudere verpleegkundigen juist zeggen 'Hèhè, zo hoort het, zo was het ook voor de invoering van de indicatiestelling, weer echt in gesprek met onze cliënten'", aldus Gerrit Ugen.

Minder zorgvolume, meer kwaliteit

Als onderdeel van de tussenevaluatie is ook gekeken naar de ontwikkeling van het zorgvolume. Hiervoor is een analyse gedaan op de zorglevering bij die groep cliënten die zowel bij aanvang van het experiment, maart 2013, als 31 december 2013 in zorg waren. Judy Bakens: "De resultaten van een mooi eerste jaar liegen er niet om." De tussenevaluatie laat zien dat bijna 65% van de deelnemende cliënten een zorgdaling heeft van minstens één uur per maand. Bij 26% van de cliënten is dit zelfs meer dan één uur per week! Overall was de gemiddelde daling van de zorgvraag vijf uur per maand.

Bij aanvang van het experiment waren doelen gesteld om via deze manier van werken een stijging van zowel de cliënttevredenheid als de medewerkerstevredenheid te realiseren. Ook hier zijn de resultaten van de tussenevaluatie zeer goed te noemen. Hieruit is naar voren gekomen dat de cliënttevredenheid in 2013 is gestegen naar een 8,9 ten opzichte van een 8,6 in 2011. De tussenevaluatie laat ook zien dat de medewerkerstevredenheid in 2013 is gestegen ten opzichte van 2011. In 2013 is een 7,8 gescoord, waar dit in 2011 een 7,5 was. Op zich lijkt dit minder spectaculair. Maar wanneer specifiek gekeken wordt naar de vraag in het MTO ten aanzien van de ervaren administratieve last in verhouding tot de rest van het werk, dan is een stijging te zien van een 4,4 (een zware onvoldoende!) in 2011 naar een 6,2 (krappe voldoende) in 2013. "De medewerkerstevredenheid is gestegen, vooral als we kijken naar de tevredenheid onder onze wijkverpleegkundigen", geeft Gerrit Ugen aan. Daar lag de focus van dit experiment en zij hebben dus daadwerkelijk een verbetering ervaren.

Naast dat kwaliteit in bovenstaande cijfers te vatten is, heeft kwaliteit ook een inhoudelijke kant. Het gebruik van de zelfredzaamheidsmatrix bij de intake en evaluaties van cliënten vergroot de inhoudelijke kwaliteit van de zorg. "Wat we bijvoorbeeld zien, is dat de zelfredzaamheidsmatrix ook de invloed van andere aspecten dan alleen de fysieke gesteldheid in relatie tot de omvang van de zorgvraag laat zien", aldus Judy Bakens. "We zien nu bijvoorbeeld dat de financiële situatie bij cliënten (bijvoorbeeld omdat de eigen bijdrage niet

(meer) betaald kan worden) soms leidt tot een verlaagde zorgvraag, terwijl dit vanuit de zelfredzaamheid niet wenselijk is. Door met de matrix te werken, wordt dit nu inzichtelijk, waardoor we ook mogelijkheden kunnen aandragen om hier wat aan te doen."

Andersom kan natuurlijk ook. Een voorbeeld hiervan is een oudere vrijgezelle cliënte met weinig sociale contacten, die in zorg gekomen is vanwege een val. Uit de intake met de wijkverpleegkundige komen vier gewenste zorgmomenten per dag naar voren. Voor de reguliere lichaamsverzorging, hulp bij het ontbijt, boodschappen en het uitdoen van het korset. De wijkverpleegkundige heeft de buurvrouw, waarmee redelijk contact is, betrokken, die weer andere burens heeft ingeschakeld. Gezamenlijk verzorgen zij het ontbijt, de boodschappen en hulp bij het korset. Vanuit de Zorgboog is nu nog maar één zorgmoment noodzakelijk. Deze aanpak leidt tot de juiste zorg en tegelijkertijd tot groei van sociale contacten. Hierdoor wordt de mevrouw over het geheel minder kwetsbaar.

...en de administratieve nadelen

Het secundaire proces, de back office, wordt heel erg met de grenzen en (tijdelijk) gegroeide administratieve last van het experiment geconfronteerd. Miranda van Dongen: "Deze problemen komen voort uit de bestaande systemen en regels die niet aansluiten op het experiment." Een voorbeeld van technische problemen is de Zorgboog-code. Werken met één prestatiesoort (voor het Experiment Regelarme Instellingen) dat vraagt om één functiecode: een administratieve functiecode, die gekoppeld kan worden aan de experiment-prestatie ongeacht of de cliënt een indicatie had voor de functie PV, VP of BG-individueel. Voor deze prestatie is bij start van het project in samenspraak met het zorgkantoor een functiecode '00' in het leven geroepen. Bij het verwerken van de registratie in Vecozo, ontstond echter een error, omdat code '00' geen landelijke code is en hierdoor niet door het systeem geaccepteerd werd. Het openen van deze nieuwe code, zou ook nog eens een half jaar duren, dus is gekozen voor repareren door de back office. "Dit is een bevestiging van wat we met regels en wetten in de Nederlanden hebben gedaan. We hebben er een woud van gemaakt", benoemt Judy Bakens.

“Leidt dit experiment tot toekomstbestendige zorg?”

Deze vraag kan volgens de Zorgboog met 'Ja' beantwoord worden. De tussenevaluatie laat in het eerste jaar al een afname in het zorgvolume zien, wetende dat het 'eigen kracht denken' nog niet volledig is ingebed. De stap van de medewerkers naar de cliënten en hun netwerk is nog in volle gang. De huidige afname van het zorgvolume per cliënt, maakt het mogelijk om met dezelfde mensen en middelen, meer cliënten van de noodzakelijke zorg te voorzien.

Daarnaast heeft volgens Gerrit Ugen deze nieuwe manier van werken niet alleen een positief effect op het beheersen van de uitputting van het maatschappelijk kapitaal door de zorg,

maar ook door andere onderdelen van het sociale domein (Wmo, maatschappelijk werk, welzijnsorganisaties, et cetera). Neem het voorbeeld van de mevrouw die na een val in zorg kwam, waarbij niet alleen gewerkt is aan de inzet van de juiste zorg, maar ook het betrekken van het netwerk voor de benodigde hulp. Dit heeft geleid tot een versterking van dit sociale netwerk en een afname van de kwetsbaarheid van deze cliënt. Met deze afname is mogelijke aanspraak op Wmo- of welzijnsbudget ook minder aannemelijk. In een breder perspectief leidt dit experiment tot meer met dezelfde middelen. In dit geval niet alleen meer zorg, maar ook meer kwaliteit van leven.

Een echte cultuur- en gedragsverandering kan niet snel

Terugkomend op de grootste winst van het experiment binnen de Zorgboog, de cultuur- en gedragsverandering, kan geconcludeerd worden dat dit geldt voor zowel de professional als de cliënt en zijn netwerk. Iedereen moet wennen aan de nieuwe manier van werken en kijken naar de zorg. In het proces tot inbedden van het nieuwe gedachtegoed zit een volgtijdelijkheid. Judy Bakens: "Eerst moeten de professionals vertrouwd raken met het nieuwe gedachtegoed. Daarna kunnen zij de cliënten en hun netwerk meenemen in deze cultuurverandering." Dit is een proces dat jaren (twee à drie) duurt. "We zien dat sommige van onze verpleegkundigen nu nog soms niet durven te beslissen. Ze zijn hiervoor te lang gekaderd geweest", aldus Judy Bakens.

Na de professionals volgen de cliënten, waarvan de gestegen cliënttevredenheid en het afgenomen zorgvolume het bewijs zijn dat dit ook echt gebeurt. "Tuurlijk hebben we wel eens een dochter die aangeeft: 'mijn moeder heeft recht op', maar we weten altijd duidelijk te maken dat we niets over de schutting gooien richting cliënt dan wel het netwerk. Hoewel dit soms wel op die manier in de media is uitgemeten. Door echt het gesprek aan te gaan met de cliënt en het netwerk en de oprechte vraag te stellen: 'wat wilt u?' komen we altijd tot een oplossing", zegt Gerrit Ugen.

Een kijkje richting de toekomst... wensen en verwachtingen

Het regelarme experiment is op dit moment gefiatteerd tot en met 31 december 2014. "Mogelijk wordt het experiment tot en met 2015 verlengd, wat mij betreft, mag dat wel", zegt Judy Bakens over de periode vanaf 2015. Maar breder naar de langere toekomst kijkend, zijn er nog andere wensen en verwachtingen, dan alleen een verlenging voor dit experiment.

"De afgelopen twee jaar zijn we samen met het zorgkantoor bezig geweest met het verlichten van de administratieve lasten ten aanzien van de AWBZ-zorg. Maar daarnaast hebben we ook ZVW- en MSVT-zorg. Nu zien we dat we hiervoor op handelings-

niveau moeten rapporteren. Dit is tegenstrijdig ten opzichte van de koers die het ministerie van VWS heeft ingezet", zegt Miranda van Dongen. "We hopen dan ook dat ook de andere financieringsstromen binnen de zorg het regelarme karakter van de AWBZ-zorg gaan overnemen."

Gerrit Ugen hoopt dat de financieringsveranderingen niet de zelfredzaamheid van de cliënten in de weg gaan staan. Helaas bestaat die mogelijkheid volgens hem wel. Om dit te voorkomen, is ontschotting tussen de verschillende financieringen in het sociale domein nodig. Hiermee kan nog meer integrale invulling gegeven worden aan de inzet van de zelfredzaamheidsmatrix.

Binnen de regelarme experimenten bestaat de paradox tussen regelarm zijn en willen meten en weten van de resultaten van een experiment. Helaas zijn voor veel ketenpartners de cijfers nog steeds krachtiger dan de mooie verhalen die uit de experimenten ontstaan zijn. De 'meten en weten'-kant van deze paradox is een begrijpelijke. "Het blijft maatschappelijk kapitaal waarmee de zorg gefinancierd wordt, hierdoor blijft enigszins de behoefte om te controleren dat dit kapitaal juist wordt ingezet", zegt Gerrit Ugen. "Maar tegelijkertijd vind ik dat we op de deskundigheid en verantwoordelijkheid van onze zorgprofessionals mogen vertrouwen. Ik hoop dat we een nieuwe balans vinden die hier recht aan doet."

Kaders en culturomslag

Het zelf indiceren, of te wel het bepalen van de daadwerkelijke zorgvraag, maakt dat de professionals bij aanvang van de zorgverlening niet meer de kaders van een indicatie van het CIZ hebben. Dit geeft enerzijds gewenste vrijheid, maar anderzijds is het ontbreken van het kader iets dat verzorgenden niet meer gewend waren (in geval van de jongere verpleegkundigen niet). Het ontbreken van deze structuur werd ook soms als eng, onzeker, ervaren. Judy Bakens: "De verpleegkundigen hebben de afgelopen tien à vijftien jaar niet zelf hoeven nadenken of te beslissen. Zij zijn gekaderd geweest door de indicaties vanuit het CIZ."

Daarnaast vraagt het 'eigen kracht denken' van de professionals dat zij het gesprek aangaan met onze cliënten over de benodigde zorg. Hierdoor ontstaan ook veranderingen voor de cliënten. "Onze oudere, bestaande, cliënten zijn gehospitaliseerd door ons en met ons. Zij moesten wennen aan vragen over wat zij zelf kunnen of misschien een van hun naasten. Het heeft onze verpleegkundigen extra tijd gekost om deze cliënten te laten wennen aan de nieuwe benaderingswijze van de zorgvragen", aldus Gerrit Ugen. "We hebben altijd tegen onze verpleegkundigen gezegd, dit is even nodig, om op termijn de zorg te kunnen afbouwen. En dat is gelukt, met als allermooiste resultaat dat de cliënten zelf ook blij zijn met wat ze allemaal wel zelf [weer] kunnen." "De nieuwe cliënten zijn niet anders gewend", vult Judy Bakens aan.





Pantein Verlengen of niet verlengen? That's the question!

Erik Valstar, directeur Thuiszorg Pantein



“Je moet het niet hebben van die paar uur administratie. Het vertrouwen in het vakmanschap van de (wijk)verpleegkundige én de daling van het zorgvolume, dat zijn de winsten van dit experiment.”

Waar bijna alle deelnemers aan het Experiment Regelarme Instellingen héél blij waren met de mogelijkheid om het experiment in 2014 voort te zetten, is het experiment van Pantein eind 2013 gestopt. Ze zijn wel met een ander experiment gestart in 2014. Waarom was dat? Wat zijn de verschillen tussen de twee experimenten? En is er verschil in behaalde resultaten?

Pantein is een zorg- en welzijnsorganisatie in Noord-Oost Brabant. Hier biedt zij in 23 gemeentes het meest brede aanbod van Nederland: een ziekenhuis, verpleeg- en verzorgingshuizen, zorghotel, kraamzorg en alle mogelijke vormen van thuiszorg. Haar brede dienstverlening in gezondheid, wonen, welzijn en zorg wordt geleverd vanuit haar drie onderdelen: Maasziekenhuis Pantein, Thuiszorg Pantein en Zorgcentra Pantein.

Het plan...

Toen de uitvraag van het ministerie van VWS kwam om ideeën aan te dragen voor een regelarmere opzet van de zorg, dachten ze bij Pantein 'daar beginnen we liever niet aan'. De last die Zorgcentra Pantein en Thuiszorg Pantein ondervinden van de indicatie heeft hier echter de doorslag gegeven om toch mee te doen. De aanmeldfunctionaliteit van het CIZ wordt als een zware ballast ervaren. De wijkverpleegkundige en de klant worden beide belast met deze administratieve taken, die volgens Pantein niet in verhouding staat tot de verleende zorg. Zeker in geval van incidentele kortdurende zorg en preventie. Hiervoor ziet Pantein graag dat de aard, inhoud en omvang van de zorg door de zorgcoördinator (wijkverpleegkundige) wordt vastgesteld. En dat er geleverd wordt overeenkomstig deze plannen.

Zorg? Zo geregeld!

Het experiment, dat de naam 'Zorg? Zo geregeld!' heeft meegekregen, moet deze ervaren last sterk verminderen en de resterende administratie versimpelen. In dit experiment stelt dus de zorgcoördinator de indicatie voor alle nieuwe klanten, naar verwachting vijfhonderd in het eerste jaar. Hiervan wordt alleen een regelarme melding verstuurd aan het CIZ. Tegelijkertijd met de indicatie wordt ook een zorgplan samen met de klant opgesteld. Hierin worden direct de zorgbehoefte en de afspraken vastgelegd en dit dient als basis voor het leveren van de zorg. In de traditionele situatie, waarin het CIZ indiceerde, bleek vaak uit de intake dat de aangevraagde en verkregen indicatie niet passend was: de thuissituatie was toch anders dan verwacht. Dan moest de indicatie weer aangepast worden. Dubbel werk, veel tijd en frustratie was het gevolg.

In zes gemeentes (Bernheze, Cuijk, Grave, Landerd, Maasdonk en Veghel) is Pantein met 'Zorg? Zo geregeld!' in 2013 gestart. De andere gemeentes dienden als referentiegroep. Erik Valstar, directeur Thuiszorg Pantein: "We wilden graag met referentiegroepen werken, zodat we aan konden tonen wat de effecten van het experiment zijn."

Goed geregeld?

"We zagen bij de verpleegkundigen het besef ontstaan dat zij een verantwoordelijkheid hebben bij het indiceren en dus beoordelen of een zorgvraag daadwerkelijk nodig is. Het bewustzijn dat zij medeverantwoordelijk zijn voor het maatschappelijke budget voor de zorg zag je groeien", zegt Conny van der Eerden, manager verpleging en verzorging. De grote winst van het experiment is



Conny van der Eerden, manager verpleging en verzorging

“Laatst hoorde ik een verpleegkundige zelfs tegen een huisarts zeggen: ‘is dit wel nodig, wat u allemaal aan zorg wilt inzetten?! Dat is toch mooi!’”

dat er een grote aanspraak gemaakt wordt op het vakmanschap van de verpleegkundigen (zorgcoördinatoren). Zij voelen dat en ontwikkelen vertrouwen. Vanuit deze verantwoordelijkheid gaan zij beter de dialoog aan met de klant over passende zorg. De dialoog met de klant leidt tot veel minder verstoringen in het zorgproces, de zorg wordt veel reëler ingeschat en iedereen begrijpt veel beter waarom iets gebeurt.

In het begin is het zelf bepalen van de zorgbehoefte best lastig geweest. “De indicatie vanuit het CIZ geeft wel een duidelijk kader, van dit is het maximale wat je mag doen”, zegt Paula van Westerhoven, manager verpleging en verzorging thuiszorg. De verpleegkundigen ervaren hun nieuwe verantwoordelijkheid duidelijk. Samen met het gegroeide verantwoordelijkheidsgevoel, kwam ook een groei van administratieve handelingen die verricht moesten worden bij de intake om de melding bij het CIZ te kunnen doen. Het verkrijgen, vastleggen en controleren van deze gegevens kost even tijd. Tegelijkertijd met het zelf indiceren zijn ook de iPads geïntroduceerd. Ideaal, het zorgplan kan gelijk bij de klant gemaakt worden en alles kan ook gelijk doorgestuurd worden aan het CIZ.

Door de inzet van iPads gaat bijna geen tijd verloren aan het moeten verwerken van meer gegevens. Het heeft dus geen negatief effect op de doelmatigheid. Dit is mooi, want doelmatigheidswinst was juist één van de doelstellingen van dit experiment. Wanneer de doelmatigheid binnen de experimentgemeenten vergeleken wordt met die van de referentiegroepen, dan is een stijging van de doelmatigheid te zien van tussen de zes en elf procent. De verpleegkundigen besteden dus significant meer van hun beschikbare tijd aan klanten. Hiermee worden in dezelfde beschikbare tijd meer klanten verzorgd. Want tegelijkertijd is een reductie van het zorgvolume per klant van gemiddeld 6,4% gerealiseerd. Over de gehele duur van in zorg zijn worden minder uren ingezet, ondanks dat te zien is dat de doorlooptijd van klanten wel langer is geworden.

Een deel van de doelmatigheidswinst komt door de tijdsafname (tijd die anders besteed moest worden aan administratieve zaken). Vooral het niet meer hoeven herindiceren via het CIZ is een van de belangrijke taken die wegvallen. Het andere deel van deze winst komt doordat de zorgcoördinator bij het invullen van de zorgbehoefte ook veel meer kijkt naar de

omgeving van de klant en hun mogelijkheden om ondersteuning te bieden.

De missie van Pantein zegt: ‘Pantein wil maatwerk bieden aan iedereen met een vraag op het gebied van gezondheid, wonen, welzijn en zorg’. De met dit experiment verkregen regelvrijheid draagt bij aan het kunnen leveren van maatwerk. Komt dit ook terug in de klanttevredenheid? Jazeker, deze is tijdens het experiment gegroeid.

Helaas is het Pantein en het zorgkantoor niet gelukt om het berichtenverkeer naar ieders genoegen te verminderen. Het zorgkantoor verwachtte van Pantein dat zij om moverende redenen gewoon de AZR bleven vullen. Een deel van de verwachte verlichting van de administratie is hierdoor onrealiseerbaar gebleken. Maar zo zegt Erik Valstar: “Je moet het niet hebben van die paar uur administratie. Het vertrouwen in het vakmanschap van de (wijk)verpleegkundige én de daling van het zorgvolume, dat zijn de winsten van dit experiment.”

Verlengen of niet?

Eind 2013 kwam het onderwerp ‘verlenging’ aan de orde. Net als bij andere deelnemers werd ook aan Pantein de vraag voorgelegd of ze nog een jaar door wilden gaan. Pantein zag mogelijkheden, door de inmiddels bekende positieve resultaten van het experiment voor (wijk)verpleegkundige, om door te gaan. Het zorgkantoor wilde liever een andere invulling aan het ERAI-project geven. Zij wilde de indicatie toch liever via het CIZ geobjectiveerd zien. Het zorgkantoor miste onafhankelijkheid in dat proces, ondanks maatregelen binnen Pantein om een interne toetsing van de gestelde indicaties in te regelen. Hun idee was om binnen de indicatie, die door het CIZ getoetst en afgegeven wordt, wel uit te gaan van ‘zorgplan = realisatie’. De indicatie wordt aangevraagd op basis van de zorgvraag. Nadat het indicatiebesluit is ontvangen, vormt deze de basis voor het zorgplan. Op deze manier heeft het zorgkantoor voldoende zekerheid over de juistheid van het zorgplan.

Zorgplan = realisatie

Het verschil tussen ‘zorgplan = realisatie’ en ‘Zorg? Zo geregeld!’ is dus enkel dat de indicatie officieel vanuit het CIZ wordt



afgegeven, maar wel op basis van het zorgplan. Het CIZ geeft weer een kader, een maximum, aan wat aan zorg geleverd mag worden. Dit brengt impliciet ook met zich mee, dat wanneer deze (tijdelijk) niet toereikend is, een herindicatie aangevraagd moet worden. Er is wel afgesproken dat het CIZ de herindicatieaanvraag gelijk om zet in een indicatiebesluit.

“Weer herindicaties moeten aanvragen, dat is het grootste verlies van dit experiment ten opzichte van het vorige. Het gebeurt namelijk veel”, zegt Conny van der Eerden. “Daarnaast kom je weer aan de professie van de (wijk)verpleegkundigen. Zij moeten

weer aan anderen vragen of wat zij denken dat goed is, meer zorg, ook echt goed is. En dan ook nog eens aan iemand achter een bureau.” Het kunnen bieden van maatwerk aan hun klanten komt hiermee voor Pantein deels in het geding, doordat de indicatiestelling weer door het CIZ gebeurt. De indicaties van het CIZ houden namelijk weinig rekening met hele logische schommelingen in de mate van zorgverlening. “In het begin wordt soms de zorg hoog ingezet. Dan staat vaak het water al aan de lippen van onze klanten en hun omgeving. Of zit de klant nog in de acute fase van een klacht. Door de kortdurende hoge inzet van zorg kalmeert de situatie snel en kan ook heel snel met de afbouw

“Leidt dit experiment tot toekomstbestendige zorg?”

Volgens Pantein laten beide experimenten, 'Zorg? Zo geregeld!' meer dan 'zorgplan = realisatie', een daling van het zorgvolume zien en een stijging van de doelmatigheid. Dit zijn dé ingrediënten voor een toekomstbestendige zorg, waarin meer zorg geleverd moet worden met minder middelen. Maar er is meer nodig dan alleen deze twee ingrediënten om de zorg toekomstbestendig te maken. Vanaf 2015 ontstaat namelijk weer een nieuwe orde. Een orde die wordt gedomineerd door zorgverzekeraars en gemeenten. Deze orde wordt op dit moment georganiseerd en hierbij kan en moet rekening gehouden worden met de geleerde lessen uit de regelarme experimenten. Eén van de kritieke voorwaarden is een goede relatie en begrip van elkaars

belangen en standpunten. Een goede verstandhouding tussen de ketenpartners en dialoog over regelarme kansen maakt dat het lijntje niet breekt. Maar het is wel een fragiel evenwicht en telkens zoeken naar vormen van samenwerking die voor alle partijen acceptabel is en winst oplevert voor de hele keten. Daarbij blijft de administratieve last van verantwoord en de professionele vrijheid van de zorgverlener een heikel punt, ondanks ervaringen dat dit juist wel leidt tot doelmatige zorg. Wanneer de verbinding met welzijn (WMO) gemaakt kan worden en de gevraagde verantwoordingen door externe stakeholders anders ingericht kunnen worden, wordt de zorg pas echt toekomstbestendig.

van zorg begonnen worden. Ook zijn de mogelijkheden van de mantel ingeschat, waardoor ook deze zo doelmatig mogelijk ingezet kan worden”, zegt Paula van Westerhoven. Deze aanpak heeft in het eerste experiment bewezen een afname van het zorgvolume, totaal ingezette uren per cliënt, te realiseren.

Vakmanschap

De gemene deler tussen 'Zorg? Zo geregeld?' en 'zorgplan = realisatie' is het appèl dat gedaan wordt op het vakmanschap, de deskundigheid, van de (wijk)verpleegkundige. Hier zijn de (wijk)verpleegkundigen erg enthousiast over. Erik Valstar: “De (wijk)verpleegkundigen zijn zo enthousiast, zo vol vuur. Zo had ik het zelf niet kunnen verzinnen.”

Vanuit dit vakmanschap is een systematiek ontstaan waarin de zorgcoördinator met de klant de zorgvraag bepaalt, afspraken maakt en zo een zorgarrangement vormt. Dit zorgarrangement wordt getekend door de klant. Dit is ontstaan in 'Zorg? Zo geregeld!' en heeft gelukkig zijn doorgang gehad in 'zorgplan = realisatie'. Ter bepaling van de zorgvraag levert niet alleen het gesprek met de cliënt input op; ook de huisarts, dan wel artsen uit het ziekenhuis, hebben hieraan voorafgaand een warme overdracht richting de zorgcoördinator. Ook vanuit hen wordt steeds vaker aanspraak gedaan op de deskundigheid van de (wijk)verpleegkundigen. “We zien ook dat huisartsen en ziekenhuizen hun vragen steeds meer direct bij de zorgcoördinatoren neerleggen. Huisartsen bellen ook steeds vaker op de rechtstreekse telefoonnummers van de zorgcoördinatoren”, zegt Paula van Westerhoven. Conny van der Eerden: “Laatst hoorde ik een verpleegkundige zelfs tegen een huisarts zeggen 'is dit wel nodig, wat u allemaal aan zorg wilt inzetten?'. Dat is toch mooi!”

Vertrouwen in de toekomst

Conny van der Eerden: “De intake kunnen en mogen doen is voor de zorgcoördinatoren echt de jus van het werk gebleken.” “We hopen dan ook met zijn allen dat de indicatiestelling door het CIZ ooit wordt losgelaten. Dat er voldoende vertrouwen in zorginstellingen en professionals ontstaat, dat het CIZ echt een toetsingsorgaan wordt”, zegt Paula van Westerhoven. Beide

experimenten (je zou bijna zeggen 'zelfs het eerste experiment') hebben bewezen dat vertrouwen op de deskundigheid van de professionals leidt tot een daling in het zorgvolume.

Een spanningsveld tussen de maatschappelijke verantwoordelijkheid en de wensen van de klant blijft altijd bestaan. Zeker in de komende jaren, waarin een ieder in dat spectrum moet wennen aan het verdwijnen van de claimcultuur. Vertrouwen in de deskundigheid van de professionals kan hieraan het hoofd bieden. “Soms zien we de balans doorslaan naar de wensen van de klant”, zegt Conny van der Eerden. “Maar dat neemt ook snel weer af. We zien veel correcties hierop vanzelf binnen de teams ontstaan. Collega's spreken elkaar aan, bijvoorbeeld naar aanleiding van het zorgplan, waarin alle geplande zorg moet worden verantwoord.”

Vertrouwen geven moet echter niet leiden tot verafgoden. “Ik krijg soms buikpijn als ik iemand, naar aanleiding van de op stapel staande veranderingen, hoor zeggen: 'dan komt de wijkverpleegkundige en die lost alles op in de wijken'”, zegt Paula van Westerhoven. Om de wijkverpleegkundige ook daadwerkelijk de verbinding te kunnen laten maken tussen de AWBZ en de WMO, hebben zij nog aanvullende opleidingen nodig op het gebied van welzijn. Conny van der Eerden: “Ik hoop dan ook dat de allerheiligheid van de wijkverpleegkundige af gaat, want zij zijn er (nog) niet in de getalen die straks nodig gaan zijn.”

Toekomstwensen

Vanuit het hebben van vertrouwen in de professional wil Erik Valstar nog een stapje verder gaan. “We willen nu ook gaan stoppen met de minutenregistratie. Dat gaat écht administratieve lastenverlichting opleveren. Dan maken we het zorgplan naast de basis voor de realisatie, ook de basis voor de facturatie, waaraan dan ook de eigen bijdrage gekoppeld wordt. Dit kan, want de klant ondertekent ook nu al het zorgplan als zijnde de afspraken over de te verlenen zorg.”

Naast (of vooral door) de bureaucratie die door externe stakeholders wordt opgelegd, zijn intern ook regels ontstaan.



Paula van Westerhoven, manager verpleging & verzorging thuiszorg

“We hebben dan ook gezegd: 'nee, we gaan niet meer verder optuigen. We gaan terug naar waarom is het niet goed gegaan en gaan dat aanpakken.'”

Conny van der Eerden: “Intern waren en zijn we dus ook niet regelarm. Dit wordt door deze experimenten wel blootgelegd en het werkt stimulerend om na te denken over minder regels.” Deels is Pantein dus intern niet regelarm om aan alle verantwoordingsverplichtingen te kunnen voldoen. “Hierover gaan we nu ook in gesprek”, zegt Paula van Westerhoven. Nu en in de toekomst blijft Pantein kritisch kijken naar de eigen processen, regels en procedures. Dit om de interne bureaucratie aan te pakken. Paula van Westerhoven: “We hebben dan ook gezegd: 'nee, we gaan niet meer verder optuigen. We gaan terug naar waarom is het niet goed gegaan en gaan dat aanpakken'.”

Na het ontstaan en inbedden van het interne bewustzijn dat dingen regelarmer kunnen en moeten, is het nu de beurt aan

het regelarmer maken van de relaties met externe partijen. “De belangen zijn daar veel groter dan dit experiment”, zegt Conny van der Eerden. En hoe groter de belangen, hoe moeilijker het wordt om regelarm te kunnen werken. De seinen staan dan ook nog (lang) niet op groen. Nieuwe trends neigen ook naar meer controle en verantwoording, bijvoorbeeld in geval van de accountants of de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dit zou juist weer leiden tot meer bureaucratie voor de zorginstellingen. “ERAI staat enorm onder druk door de eisen van externen, bijvoorbeeld de Inspectie. We staan nu voor een keuze om verder te bureaucratiseren, dan wel door te gaan met ERAI. Het lijkt erop dat de keuze op de bureaucratie is gevallen”, aldus Erik Valstar, “maar wij blijven optimistisch en blijven ons inzetten voor betere zorg met minder regels.”



Meer informatie over het Experiment Regelarme Instellingen en de deelnemers vindt u op www.invoorzorg.nl/experimentregelarm

In voor zorg!

Catharijnesingel 47
3511 GC Utrecht
tel: 030 - 789 25 10
info@invoorzorg.nl



www.facebook.com/Invoorzorg



www.linkedin.com/groups/In-voor-zorg-2226788



twitter.com/Invoorzorg



www.youtube.com/user/IVZcommunicatie

Colofon

Auteurs: Marcel Kruger, Merlijn Gillissen & Corina Kleijn Decido BV | Franck van Wijck (interview Mireille Debets, Coralien Merkens)

Redactie: *In voor zorg!*

Grafisch ontwerp: FIRM Creatieve Communicatie

Druk: Grafisch Bedrijf Crezée