



VAN REGELS NAAR MENSEN

Experiment Regelarme Instellingen in
de langdurige zorg: de eerste ervaringen

In voor zorg!

VAN REGELS NAAR MENSEN

Experiment Regelarme Instellingen in
de langdurige zorg: de eerste ervaringen

In voor zorg!



INHOUD

VOORWOORD

4

PHILADELPHIA

Werken aan houding en gedrag voordat je regels afschaft

6

IJSSELHEEM

Kijk naar wat de cliënt nog wél kan

14

INTERVIEW ANJA JONKERS

20

ALLERZORG

Resultaatgerichte zorg leidt tot meer kwaliteit tegen minder geld

22

VILENTE

Passende zorg, direct geleverd

28

BUURTZORG

Betere en goedkopere thuiszorg als je weet wat werkt en wat niet

36

HERBERGIER THUIS

Langer thuis wonen tegen lagere kosten

42

JP VAN DE BENT STICHTING

Meer zelfreflectie door minder regels

50

DE HOVEN

Vergroot het welbevinden van bewoners en medewerkers

56

INTERVIEW WENDY VAN DER KRAAN

62

COLOFON

64



Anno Pomp

Merel Gosens



VOORWOORD

Tussen droom en daad zit hard werken. Dat is in elk geval zo bij het experiment regelarme instellingen. De droom is mooi: professionals die zich kunnen richten op het helpen van cliënten zonder onnodige regels. In 2011 stuurden meer dan 100 zorgaanbieders hun dromen in.

De dromen die wij ontvingen waren divers. Over betere kwaliteit van leven van de cliënt zonder regels die in de weg zitten. Dromen over het helpen van de cliënt om meer zelfredzaam te worden. Dromen over het loslaten van stelsels, omdat zorg en welzijn meer hand in hand moeten kunnen gaan. En dromen over professionals die zich helemaal kunnen richten op hun vak: er zijn voor de cliënt.

2012 stond in het teken van het verwezenlijken van 25 verschillende dromen van net zoveel zorgaanbieders. Dat was hard werken. Soms moest de droom verder worden uitgedacht. Soms ging het om het inregelen van ingewikkelde ICT. En soms moesten organisaties zelf worden aangepast. Ingewikkeld is dat de vernieuwing die het experiment regelarme instellingen oplevert een plaats moet krijgen in het bestaande stelsel.

Een puzzel voor alle betrokkenen. En er waren veel verschillende partijen betrokken. Door alle zorgaanbieders is hard gewerkt aan de droom. Ook alle zorgkantoren, het CIZ, de NZa, het CVZ, het CAK, ZN en vele VWS-ers werden deelgenoot aan deze dromen. Ook zij hebben hun werkwijze moeten aanpassen.

Na het harde werken in 2012 moest er in 2013 nog een schepje bovenop: het experiment regelarme instellingen ging écht van start. De resultaten tot dusver leest u in deze eerste publicatie (er volgen er later dit jaar meer). Deze verhalen laten zien dat het uiteindelijk niet gaat over beleidsregels, AZR, indicaties, enzovoort. Het gaat over kwetsbare mensen en hun hulpverleners. Het gaat over de cultuur van cliëntgericht kunnen werken. En daarmee over innovatie en vernieuwing.

Daarmee zijn we weer terug bij de droom waarmee het in 2011 om begonnen is.

*Merel Gosens en Anno Pomp
Ministerie van VWS
Directie langdurige zorg*



A photograph of a woman with dark hair tied back, wearing a grey and white striped long-sleeved shirt, pushing a child in a blue wheelchair. The child is wearing a purple and white plaid shirt and is laughing with their mouth open. They are outdoors on a paved path next to a green hedge with pink flowers. In the background, there are trees and a red brick building. The bottom of the image shows the blue frame and wheels of the wheelchair.

Philadelphia

Werken aan houding en gedrag voordat je regels afschaft

Het experiment: diverse regels en
rapportages vervangen door cliëntgericht verstand

Gerrit Leene



“Als begeleiders hun boerenverstand gebruiken, kunnen de checklists de prullenbak in.”

Niet elke dag de temperatuur van de koelkast hoeven meten? Niet drie handtekeningen op een formulier voor ontvangen van medicijnen verzamelen? Het afschaffen van lijstjes en regels: het lijkt zo ideaal. Maar binnen de kortste keren komen er vanzelf nieuwe lijstjes. Tenminste, als je niet iets wezenlijk verandert aan de zorgverlening. Uit de ervaringen bij Philadelphia blijkt dat het afschaffen van een regeltje effectief is als je zorgverleners eerst in hun kracht zet en werkt aan (zelf)vertrouwen. Pas *dán* is het afschaffen van de regels een logische vervolgstap en wordt het vertrouwen bevestigd. Zonder duidelijke visie regels afschaffen leidt tot nieuwe regeltjes en lost niets op. Vertrouwen ligt aan de basis van het succes.

Schijnveiligheid van regels

Het hebben en volgen van allerlei regels betekent nog niet dat alles veilig gebeurt. In het kader van de HACCP-regels¹ wordt elke dag de temperatuur van de koelkast en de diepvries genoteerd. Bij één van de locaties kwam vorig jaar aan het licht dat dagelijks keurig het lijstje werd ingevuld, maar dat er al drie dagen een waarde van +19 graden werd genoteerd op de vriezer. Inmiddels was alles ontdooid en kon de inhoud weggegooid worden, maar het lijstje was keurig ingevuld. Moet de oplossing dan gezocht worden in nog iemand die controleert of het lijstje wel juist is ingevuld, of dat de waarden wel binnen de norm liggen? Dit is volgens Philadelphia precies de verkeerde reactie. Door controle op controle op controle krijg je ‘georganiseerd wantrouwen’. En dat is de kern van het probleem in het huidige

systeem: het vertrouwen is volledig zoek. Een overdaad aan regels verhuult het dieper gelegen probleem van gebrek aan vertrouwen in elkaar en in de kracht van de professional. Gerrit Leene is Directeur Regelarme Zorg. Hij werkt al 30 jaar bij Philadelphia en heeft vele functies gehad. Voordat hij aan het experiment begon was hij regiodirecteur Oost. Het eerste wat hij deed toen hij dit experiment startte was weer diensten mee gaan draaien, om zelf te ervaren waar de knelpunten lagen. Gerrit Leene: “Pas als je het zelf doet, ervaar je de problemen. Het systeem heeft de zorgverlener ‘aangeleerd hulpeloos’ gemaakt door al die regels. Het gezond verstand is er uit geslagen.”

Groot en klein tegelijk

Philadelphia is één van de grootste aanbieders van gehandicaptenzorg van Nederland. Zij biedt ondersteuning aan ruim 8.000 mensen met een verstandelijke beperking op het gebied van zorg, wonen, werken, leren, dagbesteding en welzijn. Zij is landelijk actief en heeft 800 locaties, waar in totaal ruim 8.000 medewerkers werken. Anderzijds heeft Philadelphia met een gemiddelde groepsgrootte van 10-12 bewoners ook eigenlijk 800 kleinschalige eenheden.

In zeven van die 800 locaties is het experiment uitgevoerd, maar dan wel zes experimenten tegelijkertijd². De keuze voor de zeven locaties is mede bepaald door Gerrit Leene, die op zoek is gegaan

¹ Speciaal voor kleinschalige woonvoorzieningen in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg is er de ‘hygiëncode voor de voedingsverzorging in woonvormen’, die meer past bij het huiselijk wonen in de zorg dan de reguliere HACCP.

² Een zevende experiment is verschoven naar het landelijke initiatief rond de i-AWBZ, waar Philadelphia nu één van de partners is.



"Begeleiders hebben een zorg-gen, geen administratie-gen."

naar een goede afspiegeling van doelgroepen en naar diversiteit van managementniveaus en -stijlen. Zo is er één locatie bij die gedurende het experiment is verhuisd naar een nieuw gebouw. Dat gaf allerlei mogelijkheden om te experimenteren met het afschaffen van regels, omdat je opnieuw begint. Ook zitten er bij de deelnemende locaties juist twee locatiemanagers die niet gelijk stonden te trappelen om mee te doen, maar eerder bevreesd waren voor de implicaties van het afschaffen van bepaalde regels.

De keuze voor zes deelexperimenten komt voort uit de nieuwe visie op zorg die Philadelphia de afgelopen twee jaar heeft ontwikkeld. Kort samengevat komt die visie neer op drie pijlers: door de vraag van de cliënt centraal te stellen, de verantwoordelijkheid van de zorg weer in handen van de werkvloer te leggen en overbodige regelgeving, controles en overhead af te schaffen. Gerrit Leene: "De huidige problematiek in de zorg is een cultuurprobleem. We hebben de afgelopen jaren zo veel wantrouwen gecreëerd. En een cultuurprobleem los je nooit op met regeltjes, maar met vertrouwen. We moeten de begeleiders weer in hun kracht zetten." Begeleiders in hun kracht zetten betekent ze vertrouwen en ruimte geven om hun

werk zo goed mogelijk te doen, zonder al te veel onnodige regels. "Begeleiders hebben een zorg-gen, geen administratie-gen", zegt Greet Prins, voorzitter Raad van Bestuur bij Philadelphia, "Uit een onderzoek, dat wij hebben laten uitvoeren, blijkt dat begeleiders regels en verantwoording volstrekt logisch vinden. Het gaat immers om maatschappelijk geld. Maar juist die overbodige regels en lijstjes nemen psychologisch een enorme ruimte in beslag."

De kern van de experimenten is het herstellen van vertrouwen: vertrouwen in de kracht en regie van de cliënt, vertrouwen in de zorgprofessional die vanuit zijn eigen kracht de juiste keuzes maakt en vertrouwen in de organisatie die het primaire proces maximaal ondersteunt. Als dat vertrouwen hersteld wordt, is het een logisch gevolg dat er met minder lijstjes en regels gewerkt kan worden. Het wegnemen van regels zonder die vertrouwensbasis gaat niet werken, want dan komen er andere lijstjes voor in de plaats. Minder regels is niet de start, maar het eindresultaat van een vertrouwensproces.

Nieuwe SIS-zorgplanmethodiek

Philadelphia heeft, mede op basis van de 'presentie-benadering' van professor Andries Baart, een nieuwe zorgplanmethodiek ontwikkeld. Het zorgplan volgt de Support Intensity Scale (SIS) methodiek en concentreert zich op de wensen en behoeften van de cliënt en gaat vooral uit van wat de cliënt wél kan (waardoor je vertrouwen kweekt bij de cliënt). Deze wensen en behoeften worden (na overleg met mantelzorgers en een behandelaar) vastgelegd in een afsprakenkaart. Deze kaart is primair bedoeld voor de cliënt zelf en bevat eenvoudige taal, plaatjes en herkenbare elementen. Het maken van een afsprakenkaart kost veel minder tijd dan het 'reguliere administratiewerk' en de kaart verandert alleen als de situatie verandert. Bovendien is de afsprakenkaart echt voor zowel de zorgverlener als voor de cliënt, waardoor de zorgverlener het niet als 'een administratieve last' ervaart, maar als een 'communicatiemiddel' met de cliënt. Deze nieuwe systematiek was de basisvisie voor de aanpak van de andere experimenten.

Philadelphia is met de volgende zes experimenten aan de slag gegaan:

1. het uitbreiden van de eigen indicatie tot ZPZ 8 op basis van de SIS methodiek;
2. een nieuwe en regelarme manier van vastleggen van begeleiding via de afsprakenkaart;
3. het invoeren van een HACCP-light regime (hygiënecode voor woonvormen);
4. het stoppen met dubbel registreren van de BOPZ-toets;
5. werken volgens de veldnorm 'Veilige principes medicatieketen';
6. simpelere manier van contracteren van zorg.



Nathalie van de Pol

“Het was even doorbijten, maar nu gaat het heel goed, en met minder lijstjes.”

Administratie in bijzijn van de groep

Philadelphia introduceert de presentie-benadering. De invoering van de presentie-benadering betekent dat de zorgverlener zich aansluit bij het dagritme van de cliënt en niet andersom. Er als verzorgende ‘gewoon zijn’ zonder vaste agenda of checklijstjes, kan voor de cliënt al een hele verademing zijn. Om het op de groep zijn verder te versterken, werken de begeleiders op de pilotlocatie met een laptop en WIFI. Daarmee kunnen de begeleiders op de groep zijn en tegelijkertijd een rapportage vastleggen in het ECD, die is ingericht op basis van de SIS-methodiek. In plaats van in een apart hokje het dossier af te maken, gebeurt het nu tussen de gesprekken door, op de groep. De cliënt ervaart dat de begeleider op de groep is en kan veel vaker terecht met vragen of gewoon zijn zegje doen. De begeleider ervaart het niet als extra administratieve last, want ze is op de groep beschikbaar.

Linda Vermeulen heeft dagelijks te maken met de nieuwe manier van werken in het experiment. Als coördinerend begeleider maakt ze met cliënten afspraken op de nieuwe manier. “Het is een enorme vooruitgang. Ik hoef niet meer allerlei rapportages dubbel te doen. Alles komt op de afsprakenkaart in simpele en korte afspraken. En alleen rapporteren als er iets verandert. Het scheelt me zo 45 minuten per dienst”, zegt Linda. Naast de directe tijdswinst ervaart ze ook meer rust in de omgang met cliënten. Er is wat haar betreft een belangrijke mentale omslag gemaakt: “Je denkwijze verandert. Eerst dacht je ‘ik moet die en die rapportage nog maken’. Nu ben je er allereerst voor de cliënt en kun je echt tijd maken en er voor de cliënt zijn. Dit is vooral een mentaal aspect, maar de cliënt merkt het verschil wel degelijk.”

Verzuchten van eigen regeldruk

Tijdens de voorbereidingen van het project (in 2011 al) is er een uitgebreide inventarisatie gemaakt bij de deelnemende locaties over welke lijstjes en regels er allemaal werden gebruikt. Telkens werd de vraag gesteld waar deze vandaan kwamen en of ze nuttig of noodzakelijk waren. De conclusie was dat er op locaties heel

veel eigen regels zijn ontstaan, door gewoonte of door deze over te nemen van andere locaties, die niet waren opgelegd door het management of door de overheid. Bijvoorbeeld een regel over wie waar werkt en wie welke zaken moest controleren.

Elke regel is tegen het licht gehouden. Daarbij werd telkens de waarom-vraag gesteld: waarom is deze regel er en waarom is het nuttig? Veel interne regels bleken de waarom-vraag niet te overleven. Eén van de deelnemende pilotlocaties is verhuisd tijdens het experiment. Daar moest men dus ‘van scratch’ beginnen. Nathalie van de Pol, de locatiemanager Veldwachterstraat, heeft samen met de begeleiders bij intrede gekeken naar datgene wat er strikt noodzakelijk geregeld moest worden. Voor velen een stressvolle periode, maar achteraf een gouden greep. “In het begin wilden vooral onze oudere cliënten niet echt mee. Ze waren al te veel gehospitaliseerd en waren gewend dat alles voor ze geregeld werd. In de nieuwe locatie hebben we geen lijstjes opgehangen en zijn we het gesprek aangegaan: wat wil jij nu precies? Dat was even doorbijten, maar nu gaat het heel goed, en met minder lijstjes.”

Regelarme procedures HACCP en medicatieveiligheid

Eén van de concrete doelstellingen van het experiment is het verminderen van de HACCP-regeldruk. Daarbij bleek dat Philadelphia zichzelf een zwaar regime had opgelegd, terwijl de meeste locaties te kwalificeren zijn als kleinschalige woonvormen. In dit experiment wordt bij de zeven deelnemende locaties nu een HACCP-light variant gebruikt, die de ‘Hygiëncode voor de voedingsverzorging in woonvormen’ volgt. Dit betekent minder regels en checklists. Daarvoor in de plaats is een werkgroepje opgericht dat gaat nadenken over hoe je ook zonder die extra regels voedselveiligheid op een goede manier kunt garanderen.

Voor de medicatieveiligheid volgt Philadelphia hetzelfde proces: via een werkgroep nadenken over hoe er in de medicatieketen eenvoudiger (maar wel betrouwbaar) gewerkt kan worden. Ook

“Een zakje chips”

Op een avond ging een begeleider samen met een cliënt naar de bioscoop. In de pauze vroeg de cliënt of hij een zakje chips mocht kopen. De begeleider wist dat deze cliënt geen chips mocht eten vanuit de restricties van zijn dieet. Ze twijfelde wat ze moest doen. Vanuit de regels wist ze het antwoord wel: ‘het mag niet’.

Maar omdat ze ook betrokken is geweest bij de uitleg over de presentie-benadering en het project ‘regelarm’, besloot ze om de cliënt eerst zijn gang te laten gaan. De cliënt liep naar zo’n machine waar je geld in moet gooien, dan de juiste code in moet drukken, zodat er via een draaiende spiraal een

zakje chips naar beneden valt. Hij voerde alle handelingen correct uit en liet het resultaat vol trots aan de begeleider zien. Daarna stopte hij het zakje chips ongeopend in zijn zak en ging terug de bioscoopzaal in. Thuisgekomen deed hij het zakje keurig in een bus en ging zeer tevreden slapen. De begeleider was erg verbaasd.

De volgende ochtend vroeg de begeleider aan de cliënt waarom hij het zakje chips had gekocht. “Iedereen koopt toch tijdens de pauze een zakje chips?” kreeg ze als antwoord. Het ging dus niet om de chips, maar om de beleving ‘net als alle anderen erbij te horen’.

hier staat het begrip ‘vertrouwen’ centraal. Het gaat om simpele zaken zoals: wie heeft er goede ervaringen met welke apotheker? Waar is er een goede relatie tussen de arts en de apotheker? Hoe krijgen we simpelere aftekenlijsten? Daarbij staat de ‘veldnorm Veilige Principes voor de medicatieketen’ centraal. De nadruk komt te liggen op eigen verantwoordelijkheid van elke partner in de keten en niet op de controle van de controle van de controle.

Zelf de weg vinden

De kaders (de presentie-benadering en de nieuwe zorgplanmethodiek) zijn gegeven, voor de rest mogen de deelnemende locaties zelf de weg vinden. De projectdirecteur heeft samen met de locatiemanagers elke maand overleg over de aanpak, voortgang en de ervaringen bij zowel cliënten als begeleiders. Elke locatie levert 1-2 coördinerend begeleiders die deelnemen in verschillende werkgroepen. De werkgroepen zelf bepalen hoe ze te werk gaan. Daarbij is de waarom-vraag telkens leidend. Er komen elementen zoals ‘train-de-trainer’ aan de orde, maar ook het zelf opzetten van een handleiding en manieren van kennisdeling en communicatie. Het proces is minstens zo belangrijk als het resultaat. Er wordt eerder over ‘leergemeenschappen’ gesproken dan over trainingen.

Eén van de belangrijke onderdelen van de nieuwe zorgplanmethodiek is het ‘Beraad’. In dit overleg beraadt het team zich op de ondersteuningsbehoefte van de cliënt en de wijze waarop het team daar mee omgaat. Om dit beraad goed te kunnen voeren, heeft elke begeleider een SIS-training gehad. Maar verder is het vooral de eigen zoektocht naar een goede aanpak: niet van bovenaf regels voorschrijven, maar mensen zelf laten denken, zoeken en uitproberen. Het zijn immers professionals die dagelijks met hun werk bezig zijn. Zij zijn als geen ander in staat om vanuit de praktijk te vertellen wat wel en niet werkt en hoe het regelarder kan. Greet Prins wilt dit nog extra benadrukken: “Dit experiment haalt zorgverleners weer uit hun comfortzone. Ze worden gestimuleerd om extra kritisch te zijn op alles wat ze zien: heeft het wel waarde of

doen we het uit gemakzucht? Die scherpte gaat ons zowel qua kwaliteit van zorg als efficiency heel veel opleveren!”

Angst voor loslaten

Inderdaad worden velen uit hun comfortzone gehaald: het experiment betekent een grote cultuuromslag voor de begeleiders én voor de locatiemanagers. Na zoveel jaren te hebben gewerkt met allerlei lijstjes en regeltjes, valt voor sommigen de houvast weg. En de presentiebenadering vraagt van een begeleider dat zij zich echt openstelt voor een cliënt, zonder bijkomend doel. Dan vallen er soms lange stiltes. Sommige begeleiders hebben de neiging om het gesprek op gang te houden of toch al wat taken te gaan uitvoeren. In het begin kan dat heel onwennig zijn. Maar cliënten reageren over het algemeen zeer positief op de nieuwe houding. Een cliënt vertelt dat ze meer oprechte aandacht ervaart en dat er meer tijd en ruimte komt om een praatje te maken op het moment dat het háár uitkomt in plaats van wanneer het de begeleider uitkomt. Ook begeleiders beginnen te ervaren dat uit een ongepland en ongedwongen gesprek veel meer komt dat uit een ‘geregeld’ gesprek. Het vergt wel dat je als begeleider durft los te laten en af te wachten waar de cliënt zelf mee komt.

Ook voor leidinggevenden is het soms wennen. Hun rol verandert ook door dit experiment. Ze geven minder directe sturing en zijn meer gaan coachen. Vooral tijdens het beraad en het MDO stelt de locatiemanager steeds vaker de vraag “wat denk je zelf” in plaats van het antwoord in te vullen. Voor de ene leidinggevende is dit loslaten makkelijker dan voor de ander. Een bijkomende uitdaging voor een aantal locatiemanagers is dat zij meerdere locaties aansturen, waarvan sommige wel en sommige geen deel uitmaken van het experiment. Zodoende moeten ze regelmatig van managementstijl wisselen naar hun medewerkers toe, maar ook naar hun mede MT-leden toe. Daar merken ze soms ook weerstand tegen de manier van ‘regelarm’ werken. De redelijk kleine schaal van het experiment (zeven locaties verspreid over drie regio’s) maakt het voor sommige locatiemanagers extra moeilijk om de werkwijze vast te houden.





“Iedereen maakt fouten. We mogen nu bijna geen fout meer maken of het komt in de krant. Dat moet anders.”

Regelarm meten van kwaliteit van zorg

Uit een onafhankelijk onderzoek blijkt dat Philadelphia mede door de presentie-benadering meer begeleiding biedt dan de norm. Dit is een eerste bewijs dat ze op de goede weg zijn. Maar een belangrijkere vraag is of dat ook leidt tot betere zorg. Een van de hoofddoelstellingen is om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Ook hier wil Philadelphia regelarm gaan meten. Niet door in allerlei kasten dossiers aan te leggen (bv het HKZ-protocol), maar door direct aan de cliënt te vragen hoe tevreden hij/zij is. Kwaliteit wordt gemeten op basis van ervaren kwaliteit van leven (de zogenaamde ‘outcome-meting’) en niet meer door allerlei gemedicaliseerde meters. Dat vastleggen van die gemedicaliseerde meters leidt overigens niet tot minder fouten. Door alle mogelijke negatieve aspecten te moeten meten, ontstaat er een krampachtige houding. Klaas Smit, sinds 1985 werkzaam bij Philadelphia in diverse leidinggevende functies: “Toen ik begon, werkten we met ons hart. We gaven zorg vanuit ons boerenverstand. Nu zijn we veel te veel doorgeslagen naar de andere kant. Alles is check, check, dubbel check, zonder oog voor de cliënt.” Klaas hoopt via dit experiment dat er weer meer plezier gemaakt gaat worden, dat het werk weer leuk wordt. En daar hoort volgens hem ook bij dat je eerlijk bent over je eigen fouten. Hij vervolgt: “Iedereen maakt fouten. We mogen nu bijna geen fout meer maken of het komt in de krant. Dat moet anders. Fouten maken kan, als je het maar netjes vertelt en er van leert. Gewoon sorry zeggen doet veel meer dan uitleggen dat de juiste procedure is gevolgd.” Om objectiviteit te bevorderen, worden er bij Philadelphia regelmatig collegiale audits uitgevoerd.

Kracht bij de locatie kan overhead reduceren

Het werken binnen een hecht team binnen een locatie is één van de succesfactoren van het experiment. De locatie en de zorg-professionals worden weer in hun kracht gezet. Daarbij worden zoveel mogelijk activiteiten en verantwoordelijkheden weer teruggelegd bij de locatiemanager en zijn medewerkers. Zij zijn

verantwoordelijk en nemen beslissingen die ten goede komen aan de cliënt. Op deze manier probeert Philadelphia ook de overhead terug te brengen. Vraagstukken zoals ‘waar kan de roostering optimaal belegd en uitgevoerd worden?’, ‘wie beoordeelt en betaalt de binnengekomen facturen?’ worden momenteel in werkgroepen onderzocht. De verwachting is dat de uitkomsten van deze discussies mogelijke besparingen op overhead opleveren.

Reacties van ketenpartners

Een interne cultuurverandering inzetten is al lastig. Maar deze verandering ook nog eens overbrengen op anderen buiten de eigen organisatie is nog veel lastiger. Zo zijn de ervaringen van Philadelphia in de samenwerking met stakeholders erg verschillend. Sommige stakeholders zitten er meedenkend in, terwijl anderen zich strikt en formeel aan de vrijstellingsbrief houden. Maar ook bij stakeholders merkt Philadelphia langzaam een omslag in het denken. In de eerste gesprekken was de reactie soms ‘het gebeurt niet’. Door met elkaar in gesprek te gaan en de dialoog te blijven zoeken, ontstaat er over en weer begrip. Over de samenwerking met het CIZ is Philadelphia erg te spreken. De aanpassingen die gevraagd waren in het kader van dit experiment, zijn snel en goed door het CIZ doorgevoerd.

In het zoeken naar een simpelere manier van zorg contracteren, loopt Philadelphia regelmatig tegen de grenzen van het systeem aan. Zo heeft bijvoorbeeld het CAK een 4-weeks rapportage cyclus, terwijl het zorgkantoor een maandelijkse rapportagecyclus kent. Het experiment voorziet in een samenwerking met zorgkantoren over uniforme, meerjarige contractering op basis van de kwaliteit en het welzijn van de cliënten. Vanwege de complexiteit van dit vraagstuk is besloten om hierover met slechts één zorgkantoor afspraken te maken. Daarnaast probeert Philadelphia aan te sluiten bij het experiment van Abrona om te kijken naar ‘populatie-financiering’, omdat bij de doelgroep van Philadelphia redelijk goed de zorgbehoefte voor langere termijn kan worden voorspeld.

Vooraf veel meer mentale ruimte

Philadelphia heeft zich de volgende concrete doelen gesteld:

- 10% hogere score op kwaliteit van leven;
- 15% meer tijd voor directe zorgverlening;
- veranderende rol voor management: van sturen naar coachen;
- 25% reductie van administratieve lasten i.s.m. zorgaanbieders en stakeholders;
- substantiële vermindering van de overhead.

De invoering van de nieuwe zorgplanmethodiek heeft er in ieder geval al voor gezorgd dat de functie van cliëntadviseur is komen te vervallen. De cliëntadviseur was vroeger betrokken bij het opstellen van het ondersteuningsplan 'oude stijl'. Nu doen de begeleiders dat zelf en dat scheelt ca 70 fte. Maar dé grote winst voor Philadelphia zit vooral in de nieuwe benadering van cliënten door begeleiders. De presentie-benadering levert aantoonbaar meer tijd voor directe zorgverlening op en draagt zichtbaar bij aan de kwaliteit van leven³. Zonder dat er officiële tevredenheidsonderzoeken zijn gehouden, gelooft Philadelphia dat de eerste drie doelen gehaald gaan worden. Er zijn veel 'bewijzen' dat het werk voor de begeleiders er leuker op geworden is en dat de cliënt daar wel bij vaart. Vooral het scheppen van 'mentale ruimte', je niet telkens druk hoeven maken om allerlei lijstjes en regels, levert een enorm gevoel van vrijheid en vertrouwen. Dit is vele malen belangrijker dan het 'objectief vaststellen' dat de regeldruk in minuten per dag is afgenomen.

De risico's zijn volgens Philadelphia niet toegenomen door het afschaffen van de regels. Iedereen is zich ervan bewust dat het ontbreken van regels niet betekent dat je je niet hoeft te verantwoorden. Sommigen binnen Philadelphia beweren zelfs dat er minder risico's gelopen worden, omdat de begeleiders veel meer proactief en zelfbewust kijken naar hun eigen handelen. En daar waar er toch ongewenste gebeurtenissen zijn, wordt er veel bewuster mee omgegaan: het leereffect is (mede door de beraden) groter dan voorheen.

Of de doelstellingen met betrekking tot de reductie van administratieve lasten in samenwerking met de ketenpartners wordt gehaald zal moeten blijken. De resultaten daarvan zijn veel moeilijker te beïnvloeden. Bovendien staat de wereld niet stil: door de voorgenomen afspraken in het kader van de WMO voorziet Philadelphia als landelijke zorgaanbieder een grote toename in de benodigde capaciteit.



Zelf aan de slag

- 1) Maak eerst je eigen visie concreet.
- 2) Start met bewustwording: stel telkens de 'waarom-vraag'.
- 3) Analyseer welke regel je jezelf oplegt en welke regel echt nodig is.
- 4) Zet medewerkers in hun kracht: stimuleer een kritische houding.
- 5) Schaf lijstjes pas af als medewerkers de bedoeling erachter snappen.

³ Zichtbaar in die zin: in de beleving van begeleiders; een officiële meting bij cliënten is nog niet gehouden, ook nog geen meting bij medewerkers.



~ IJsselheem ~

Kijk naar wat de cliënt nog wél kan

Het experiment: afschaffen checklists
risicosignalering zorgleefplanbespreking

Helene Wüst

*“Wie het risico uit het leven haalt,
haalt het leven uit het leven.”*



Altijd maar kijken naar de beperkingen van de cliënt, terwijl hij nog zo veel kan en wil. Waarom niet zijn eigen kracht en welzijn voorop stellen? Zorgverleners bij IJsselheem worden in dit experiment uitgedaagd om vooral met de cliënt te kijken naar wat wel en niet mogelijk is. Niet klakkeloos een standaard checklist hanteren en op naar de volgende ‘patiënt’. Terug naar de basis van de zorgprofessional: een eigen professionele inschatting van de risico’s zonder dat allemaal te moeten administreren. Vooral goed kijken, luisteren en op je eigen deskundigheid vertrouwen. Soms makkelijker gezegd dan gedaan.

Afschaffen checklist risicosignalering

Zorg voor ouderen betekent voor IJsselheem focus op het welzijn van de ouderen en hun kwaliteit van leven. Dan staat de registratie van risicosignalering met een checklist daarmee in schril contrast: het gaat vooral over de medische risico’s en de ‘negatieve’ zaken, zoals huidletsel, ondervoeding of overgewicht, vallen, depressie en incontinentie¹. Niet erg leuk om het daar constant met de cliënt over te moeten hebben. In de gesprekken met de cliënt willen de zorgverleners het liever hebben over de ‘positieve’ zaken van het leven en hoe het welzijn van de cliënt maximaal ondersteund kan worden. Het vergt veel negatieve energie om een checklist in te vullen en werkt medicalisering in de hand.

Vraag aan zorgverleners wat zij vinden van deze checklist, en je krijgt de volgende reacties: “het maakt de cliënt onzeker”, “het legt alleen maar de nadruk op wat er mis kan gaan”, “het is niet altijd in het belang van de cliënt”. En over deze regel voor hun werkwijze zeggen ze: “het is betuttelend”, “het lijkt wel of we moeten werken in een sfeer van wantrouwen.”

“We hadden het gevoel doodgeregeld te worden met al die lijsten. Lijsten stimuleren niet om interactief met de cliënt aan de slag te gaan”, vertelt Paula van den Bogaart, projectleider van het experiment. We hadden al veel aan opleiding en scholing gedaan, maar de bejegening van de cliënt was nog altijd vanuit die verplichte lijstjes. Dat maakt dat je zo’n gesprek minder persoonlijk voert.”

Een andere regelarme manier van risicosignalering, dat is de samenvatting van het experiment. IJsselheem schaft de checklist risicosignalering af en wil daarmee zowel de kwaliteit van het zorgleefplanbespreking verhogen als een verdieping aanbrengen in de discussies tijdens het MDO. Door de verplichte invuloefening vergt de voorbereiding van het MDO veel tijd. Gemiddeld kost het iedere keer bijna één uur om voor een bewoner alle lijsten in te vullen. Die tijd kun je beter uitsparen en het tijdens het MDO met elkaar hebben over de toestand van de cliënt.

Helene Wüst, bestuurder van IJsselheem: “De zorgleefplannen waren verworden tot checklists. Het welzijn van de cliënt stond niet meer voorop maar alle risico’s.”

¹ De normen verantwoorde zorg schrijven voor dat er risicosignalering moet plaatsvinden, maar niet hoe dit moet gebeuren.



“We willen het automatisme uit de medewerkers halen. We willen dat ze kijken en luisteren naar de cliënt en de lijstjes niet gedachteloos invullen.”

Hoezo, regelarm?

Het initiatief voor dit experiment is genomen door Paula van den Bogaart, manager Beleid en Innovatie. Geheel in lijn met de ‘regelarme filosofie’ van het experiment, is er geen regel uitgevaardigd dat alle locaties mee moesten doen, maar was de deelname vrijwillig. Drie van de dertien locaties hebben zich spontaan aangemeld en hebben meegedaan aan het experiment. Marian Kleiweg, locatiemanager van De Schans, gaf zich op voor het experiment, maar had al snel de eerste ‘domper’ te pakken: “De naam ‘regelarme instelling’ leek veelbelovend. We dachten dat we alle regeltjes overboord mochten gooien. Toen mijn medewerkers hoorden dat het alleen de risicosignalering was, waren ze een beetje teleurgesteld. Desalniettemin was de bereidheid om mee te doen erg groot, je moet toch ergens beginnen?”

De bereidheid bij de medewerkers van de deelnemende locaties was groot, de reacties van de zorgverleners was veelzeggend. Op de vraag of ze de checklist nodig hadden, antwoordde 100% ontkennend. Ook op de vraag of de cliënten zonder deze checklist meer risico liepen, kwam een éénduidig antwoord: ‘nee’. Een veel gehoorde reactie was ‘je moet altijd alert zijn, ook zonder lijstje’. Een andere reactie was ‘te veel lijstjes maakt dat het signaleren ondergeschikt raakt’.

Geen zekerheden meer

Toch hoor je ook andere geluiden. Medewerkers die aangeven dat die checklists ook voor zekerheid zorgden. Dat het veilig is om ze wel te hebben, dat het handig is als je invult op een andere afdeling, dat het prettig is om een goed vastgelegde medische voorgeschiedenis te hebben. Erna Ellens, hoofd cliëntenzorg van De Amandelboom, heeft de verschillende reacties van haar medewerkers gezien. Haar grootste leermoment was om te zien hoe snel zorgverleners terugvallen in oude gewoontes. Erna: “Het lijkt simpel: het afschaffen van een paar lijstjes. Maar dat is het niet. Gedrag zit diep geworteld. Het afleren van oud gedrag is veel moeilijker dan aanleren van nieuw gedrag.”

Ook voor Helene Wüst zijn de reacties van medewerkers herkenbaar. De cultuur van IJsselheem noemt ze degelijk en volgbaar. Het is volgens haar dus logisch dat sommige medewerkers het lastig vinden om zelf initiatief en regie te nemen. “Onze mensen zijn uitstekende en bekwame zorgprofessionals, die ook prima zonder checklists een inschatting kunnen maken. We willen los komen van de lijstjes en een nieuwe werkwijze ontwikkelen waarbij niet de activiteiten centraal staan maar de vraag van de individuele cliënt wordt ondersteund.”

Begin van een cultuuromslag

De directe bijdrage van het experiment op het verminderen van regels bij IJsselheem lijkt klein. Het gaat ‘maar’ om een paar lijstjes en er blijven er nog heel veel over. Toch kan de impact van dit experiment niet worden onderschat. Het is het begin van een cultuuromslag binnen IJsselheem. Door het nut van het afwerken van checklists met het oog op risicosignalering ter discussie te stellen, is er bij de zorgverleners in de drie locaties een gevoel van bewustwording ontstaan over hun dagelijkse routine in relatie tot de wensen van de cliënt. Door het experiment is er volgens Marian Kleiweg een begin gemaakt met een andere basishouding ten aanzien van regels. “We zijn ons ervan bewust geworden dat je vaak de regels over jezelf afroept. Als je kritisch naar je eigen handelen kijkt, zie je dat echt niet alles per se hoeft.”

Het gaat voor Helene Wüst dan ook over veel meer dan ‘alleen maar’ het afschaffen van deze checklist risicosignalering. Het experiment past volgens haar uitstekend in een breder kader en is te gebruiken voor de omslag naar een nieuwe cultuur. Helene: “Het besef is gegroeid dat je niet alle regeltjes klakkeloos moet implementeren, maar vooral je gezonde verstand moet blijven gebruiken en blijven kijken en luisteren naar je cliënten. Het afschaffen van bepaalde checklists doet een verhoogd appèl op de professionaliteit van de zorgverlener en brengt een hoger bewustzijn met zich mee.”

Het is overigens pas het begin van de cultuurverandering. Zo is het best lastig voor zorgverleners om een jarenlange opgebouwde routine ‘af te leren’. In de reflectiebijeenkomsten werd daarom



Marian Kleiweg

“We zijn ons ervan bewust geworden dat je vaak de regels over jezelf afroept.”

regelmatig geconstateerd dat men terugviel in oud gedrag. Door er met elkaar over te spreken, blijf je alert op de doelstellingen ‘achter’ het experiment. Erna Ellens: “We willen het automatisme uit de medewerkers halen. We willen dat ze kijken en luisteren naar de cliënt en de lijstjes niet gedachteloos invullen.” Voor Erna is het doel van het experiment dan ook niet om op zoek te gaan naar tijdswinst, maar naar verbetering van kwaliteit van het gesprek en daarmee de kwaliteit van zorgverlening aan de cliënt. Bij behandelaars blijkt het afschaffen van de checklists risicosignalering nog wel vaak op weerstand te stuiten. Zij hechten grote waarde aan dergelijke lijsten en zijn nog niet overtuigd van het nut om op een andere manier te werken. Daar moet de cultuuromslag dus nog verder inzinken.

Vertrouwen en draagvlak

Paula van den Bogaart is verantwoordelijk voor de coördinatie en uitvoering van het project. De leidinggevendenden van de drie locaties zijn gevraagd als lokale projectleider. Het is voor de betrokkenheid van medewerkers belangrijk om te ervaren dat dit experiment op alle niveaus binnen IJsselheem wordt ondersteund. Bij de start van het experiment zijn diverse bijeenkomsten met medewerkers georganiseerd bij de drie locaties. Tijdens deze bijeenkomsten is het experiment toegelicht en is aangegeven wat de rol van de zorgverleners is. Ook zijn de cliëntenraden bij aanvang van het experiment geïnformeerd. De reacties zijn vrijwel overal positief geweest en er was grote instemming over het doel van het experiment.

Tijdens het experiment is er veel aandacht geweest voor de communicatie. Maandelijks informeren de lokale projectleiders betrokken medewerkers en de manager Beleid en Innovatie over de voortgang en de knelpunten. Deze worden besproken met de Raad van Bestuur en tijdens het voor- en najaarsoverleg ook met het zorgkantoor. Gedurende het experiment zijn, in een van de deelnemende locaties, ook meerdere ‘reflectiegesprekken’ gehouden met zorgverleners in groepjes van 7-8 personen. Deze gesprekken zijn er op gericht om van elkaar te horen hoe de nieuwe manier van werken bevalt bij zowel de cliënt als de

zorgverlener en om met elkaar te bespreken of er inderdaad geen sprake is van onopgemerkte risico's.

Het is voor IJsselheem erg belangrijk dat er niet alleen draagvlak in de eigen organisatie, maar in de hele keten is. Men wilde niet dat ze door het zorgkantoor, HKZ of de IGZ achteraf werden ‘afgerekend’ op het niet invullen van de risicosignaleringslijst. Daarom zijn al vroeg gesprekken gevoerd met het zorgkantoor om de verbinding en draagvlak te zoeken. VWS heeft het experiment meegenomen in het overleg met de IGZ. Dit is voor het slagen van dit experiment een belangrijke voorwaarde geweest. De betrokkenen bij het experiment hebben zich altijd veilig en goed gesteund gevoeld. Hoewel VWS een beperkte rol heeft gehad bij dit kleine experiment, hebben ze op belangrijke momenten IJsselheem wel het vertrouwen gegeven om dit experiment uit te voeren en een goede afstemming in de keten te regelen (‘High Trust’). Dit heeft de spin-off naar andere locaties en andere aspecten van de zorg bevorderd.

Wat levert het op?

Van te voren was afgesproken hoe de resultaten van het experiment worden gemeten. Er zijn drie hoofdindicatoren:

A) Cliënttevredenheid via de CQ-index (bejegening, kwaliteit, inspraak)

Als basis voor cliënttevredenheid zijn de CQ-scores van 2010 genomen. Deze vormden de 0-meting. In november 2012 zijn de CQ-scores opnieuw gemeten. In vergelijking tot de meting uit 2010 ontstaat er een gemengd beeld: sommige scores gaan omhoog en sommige scores gaan (licht) naar beneden. Bij één van de drie locaties is een duidelijke positieve ontwikkeling te zien. Wat verder opvalt is dat alle drie de locaties van IJsselheem hoger scoren dan het FACIT gemiddelde. Soms is dat ‘slechts’ enkele procenten, maar er zijn uitschieters van meer dan 17% bij. Vooral op het aspect ‘inspraak’ scoren de locaties significant hoger. Waarschijnlijk kunnen deze resultaten niet direct worden toegeschreven aan het experiment, maar wel aan de cultuurverandering die door dit experiment in gang is gezet.



Paula van den Bogaart

“Ruimte en vrijheid geven vanuit de basis is een belangrijke succesfactor en helemaal in lijn met de filosofie van regelarm.”

B) Kwaliteit van het zorgleefplan

Om de kwaliteit van de zorgleefplannen te meten, heeft IJsselheem het volgende bedacht: per locatie zijn er aan het begin van het experiment in april 2012 vijf willekeurige zorgleefplannen geselecteerd, waar een foto-opname van is gemaakt. Eind november 2012 zijn er weer foto's van de zorgleefplannen gemaakt en is de inhoud met elkaar vergeleken. In alle gevallen was de kwaliteit van de plannen (sterk) verbeterd. Dit werd afgeleid uit de volgende constatering:

- er werden veel meer zinsneden gevonden waarin expliciet de wens van de cliënt was verwoord;
- de doelen in het zorgleefplan waren veel specifieker beschreven en meer gericht op het individu dan doelen in algemene termen;
- in de tussenrapportages werd duidelijk een link gelegd tussen de wensen van de cliënt en wat er aan zorg geleverd was.

Daarmee lijken deze kwalitatieve resultaten in overeenstemming met de CQ-score op inspraak en bejegening. Ook tijdens de MDO besprekingen ging het veel meer over welzijn dan over de fysieke aspecten van cliënt.

C) Kwaliteit van zorg via de kwaliteitsindicatoren van Zichtbare Zorg

Er zijn momenteel nog geen harde cijfers over de evolutie in kwaliteit van zorg (indicatoren Zichtbare Zorg). Wel geven de zorgverleners aan dat ondanks het afschaffen van de risico-checklists, risico's niet later worden gesignaleerd of besproken.

Steen in de vijver

Het experiment is klein gestart, maar heeft inmiddels een steeds grotere impact op de organisatiecultuur. Eén van Paula van den Bogaarts beste beslissingen was om het experiment kleinschalig te starten en ook om de locaties zelf te laten bepalen hoe ze het experiment wilden monitoren. “Ruimte en vrijheid geven vanuit de basis is een belangrijke succesfactor en helemaal in lijn met de filosofie van regelarm.” Ook Erna Ellens raadt andere zorginstellingen die ook een experiment

starten aan om klein te beginnen. “Ook al lijkt het klein, het is toch lastiger dan je denkt. Het gaat namelijk om gedrag van mensen, en dat verandert je niet binnen enkele weken.”

Door de goede resultaten bij de drie deelnemende locaties, zijn de andere locaties inmiddels ook geïnteresseerd geraakt. Na aanvankelijke scepsis, zijn er nu meer managers bereid om de checklists risicosignalering af te schaffen. Binnen IJsselheem leeft het experiment, maar niet vanuit de aanleiding ‘regelarm’. Veel eerder wordt het beleefd als een bewustwordingstraject van hoe je écht de cliënt centraal kunt stellen.

In die nieuwe cultuur heeft ‘storytelling’ een belangrijke plaats: authentieke, persoonlijke verhalen over het werk die aangeven vanuit welke waarden IJsselheem handelt. “Die verhalen passen binnen de traditie van IJsselheem en geven betekenis. De verhalen blazen leven in beleidsnotities en inspireren de dagelijkse praktijk. Als we er in slagen om niet zo maar ‘ja’ te zeggen tegen elke richtlijn maar de richtlijn als een bron zien voor hoe we de mensen in hun waarde laten en met ze omgaan, hebben we een hele grote stap gezet”, aldus Helene Wüst.

Strikt genomen is het experiment in november 2012 afgerond. Maar dit betekent allerm minst dat het proces gestopt is. Sterker nog: het experiment leeft voort in drie initiatieven:

1. op de drie locaties blijft de risico-checklist afgeschaft. Ze gaan door met de manier van werken van de afgelopen maanden;
2. als de definitieve evaluatie (halverwege 2013) positief uitvalt, wordt het experiment op alle locaties ingevoerd (op vrijwillige basis);
3. er is ook een tweede experiment opgezet: de Heemtuin “Op Vrije Voeten”. Voor een kleine groep cliënten met een indicatie voor verpleeghuiszorg wordt zo veel als mogelijk ‘regelvrij’ gewerkt. Daarbij worden dus nog meer lijstjes afgeschaft.

Met vertrouwen wordt uitgekeken naar de evaluatie en de voortzetting van deze werkwijze. IJsselheem heeft de smaak te pakken gekregen en kijkt uit naar andere experimenten om de regels te verminderen en de focus op de cliënt te houden.

“Varen op de agenda van de cliënt”

Op een dag kwam er in één van de verzorgingshuizen een nieuwe cliënt. Hij was in de 80 en was jaren door zijn vrouw thuis verzorgd. De eerste dagen was alles onwennig en hij vertrouwde het verzorgend personeel moeizaam.

De verzorgster wilde hem, zoals bij al haar cliënten, elke ochtend vroeg wassen en aankleden. De man leek niet gewassen te willen worden en elke dag ging het moeizamer. Na een paar weken was er een incident omdat de man agressief was geworden en hij kreeg daarop medicatie. Dit hielp niet en er kwam zelfs een psycholoog aan te pas.

Daarop ging men in gesprek met deze man. Wat bleek? Hij werd thuis nooit 's ochtends vroeg gewassen door zijn vrouw,

maar later op de dag. Ook was hij iemand die het prettig vond om langer in zijn pyjama rond te lopen. Dat was hij zo gewend. Hij had niets tegen de verzorgster, maar wel tegen het ritme dat hem 'werd opgedrongen'. De verzorgster ging bij zichzelf te rade waarom zij hem eigenlijk elke ochtend wilde wassen. Dat was routine, maar nergens staat dat dat moet. Het besef dat 'de regel' eigenlijk geen regel was gaf de doorbraak en de oplossing.

De man wordt intussen in de middag gewassen en mag 's ochtends in zijn pyjama rondlopen. De relatie met de verzorgster is nu erg goed.



Zelf aan de slag

- 1) Creëer draagvlak bij Raad van Bestuur.
- 2) Vraag goedkeuring aan zorgkantoor.
- 3) Begin kleinschalig een pilot op basis van vrijwillige deelname.
- 4) Leg de nadruk op houding en gedrag (en niet op de regel zelf).
- 5) Houd intervisiegesprekken om terugval in oud gedrag te voorkomen.

Interview
Anja Jonkers, Inspectie voor de
Gezondheidszorg (IGZ)

Anja Jonkers



“Sturen doe je niet met lijstjes.
Aanwezig zijn, mensen helpen,
aanspreken, daar draait het om.”

Anja Jonkers is programmadirecteur ouderenzorg bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Jonkers is nauw betrokken bij het Experiment Regelarme Instellingen. Ze kent de sector. En ze weet dat het een cultuuromslag betekent, als zorg steeds vaker dichtbij huis gegeven moet worden.

Zijn er teveel regels in de zorg?

Anja Jonkers: “Ja, het kan echt minder. In het verleden heeft de Inspectie er weleens een onsje bij gedaan door circulaire's uit te sturen. Intussen maakt elke instelling zelf ook veel regels. Dat heeft professionele redenen en komt deels doordat het personeel onzeker is of het zijn werk goed doet.”

Geef een voorbeeld.

“In de zorg hoor je met een zorgplan te werken. Dan komt er een zorgplan dat mooier dan mooi is. Een klapper vol. Zo ingewikkeld - geen helpende weet wat ze ermee aan moet. Dus die schrijft na een overdracht haar eigen briefje. Ga eens een zusterpost binnen, daar hangen allemaal extra lijstjes en waarschuwingen en opdrachten.”

Kan het beter?

“Sturen doe je niet met lijstjes. Aanwezig zijn, mensen helpen, aanspreken, daar draait het om. Een stevige teamleider hoort er 's ochtends bij de dagstart te zitten en helder te maken wat er moet gebeuren. Betrokken zijn, weten waar de kwetsbare

cliënten zitten. Dan heb je heel wat minder interne regels en lijstjes nodig.”

“Met een bij het eerste thuisbezoek of bij de opname hoort er te worden nagedacht. Wie zit hier? Waar moet extra aandacht aan worden besteed? Welke risico's heeft die mevrouw? Een historie met vallen? Is ze een slechte eter of een slechte drinker, slikt ze veel pillen, is ze in de war, gaat ze dwalen? Dan hoeft er geen enquête van 40 pagina's te worden ingevuld.”

Hoe streng is de Inspectie?

“Wij zijn strenger bij structurele tekortkomingen. Als we hoge risico's constateren, verlangen we een verbeterplan. Als er weinig verbeterd, grijpen we eerder naar het instrument van verscherpt toezicht, een aanwijzing of bevel. We handhaven scherper, omdat de burger er uiteindelijk beter van moet worden.”

U bepaalt de normen?

“Wij stellen niet de norm. We toetsen. De zorg is verantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid, de instellingen bepalen de normen en richtlijnen. Dat is de rolverdeling, en daar houden wij het graag bij.”

Waar houdt het Experiment Regelarme Instellingen op?

“In het goede geval levert het veel kennis op die in andere instellingen te gebruiken is. In het slechte geval bepaalt de zwakste schakel de vooruitgang.”



❧ Allerzorg ❧

Resultaatgerichte zorg leidt tot meer kwaliteit tegen minder geld

Het experiment: zorgpaden zonder
uren- en productregistratie

Monique Dekker



“De ondernemende zorgverlener bepaalt zelf de zorgfocus en komt in zijn kracht te staan.”

De klant centraal stellen en de zorgprofessional in zijn kracht zetten? Allertzorg wil aantonen dat dit mogelijk is door de zorgprofessional regelarm te laten werken: laat ze niet hun uren in detail schrijven, per functie en per categorie, omdat het systeem registratie van de losse zorgactiviteit nu eenmaal voorschrijft. Die tijd kunnen ze wel beter gebruiken, namelijk voor hun vak. En bovendien: laat ze zelf, in samenspraak met de klant, bepalen hoe en wanneer de gewenste zorg het beste geleverd kan worden. Weg met het keurslijf van het weekregime. Op naar een mentale omslag in de zorg: de resultaatgerichte aanpak.

Zorgpaden zonder urenregistratie

Allertzorg is een aanbieder van thuiszorg (inclusief palliatieve zorg thuis) en kraam- en kindzorg. De organisatie is opgericht vanuit de ambitie ‘de zorg te bieden zoals je die aan je eigen naasten zou geven’. Monique Dekker, directeur en oprichter Allertzorg, heeft een achtergrond in de zorg en heeft als interim bestuurder verschillende zorgorganisaties geleid: “Na een tijdje zag ik een bepaald patroon. Zorgorganisaties gingen steeds vaker fuseren, maar de cliënt werd er niet beter van. De zorg kwam steeds verder van de klant te staan. Daarom hebben wij Allertzorg opgericht. Met de gedachte om kleinschalige zorg te leveren, die dicht bij de klant staat.” Allertzorg is de afgelopen jaren sterk gegroeid en werkt aan de hand van een decentraal organisatiemodel van regio’s met daaronder vestigingen met één of meerdere zorgteams van maximaal 15 zorgprofessionals. Allertzorg werkt, met ruim 50 vestigingen, door heel Nederland.

Eén van de zaken waar de medewerkers van Allertzorg tegenaan lopen is dat er in de dagelijkse praktijk zoveel administratie gedaan moet worden, die ten koste gaat van het leveren van zorg en van het zorg-ondernemerschap. Om deze administratieve druk te verminderen, heeft Allertzorg voorgesteld om te experimenteren met ‘een budget per indicatie’. In dit experiment komt de verplichte urenregistratie op functie- en categorieniveau voor de zorgverlener te vervallen en wordt er gedeclareerd op basis van vooraf afgesproken budget behorende bij een indicatie¹. Allertzorg krijgt de kans om gedurende de looptijd van de indicatie de zorg te verlenen én te organiseren naar eigen inzicht en in overleg met de betrokkenen.

Het experiment betreft twee doelgroepen: begeleiding van een groep Turkse 55-plussers in Twente en begeleiding en verzorging van cliënten bij Palliatieve Terminale Thuiszorg (PTZ) in de regio Den Haag. Voor beide experimenten mogen de zorgverleners binnen het gehele budget van de indicatie zelf regie voeren in overleg met cliënten en hun mantelzorgers. Allertzorg wil aantonen dat het zorgresultaat eerder wordt bereikt (dus met lagere kosten) met hogere tevredenheid van cliënten en zorgprofessionals.

Regio Twente

In de regio Twente is een (grote) groep Turkse 55-plussers die zich eenzaam voelt. Volgens de traditionele aanpak krijgen deze mensen op basis van hun niet welbevinden toegang tot de langdurige zorg. Deze traditionele aanpak is gericht op behandelen en leidt tot een chronische afhankelijkheid van zorg. Dit leidt er

¹ Voor het experiment geldt dat de indicatie gesteld wordt door een onafhankelijke partij.

toe dat deze groep significant meer zorg consumeert. En naar verwachting zal dit alleen maar toenemen.

In dit experiment zal deze doelgroep op een andere manier begeleid gaan worden. Allertzorg heeft de cursus **'de kracht van je leven'** ontwikkeld en deze cursus zal gegeven worden aan ongeveer 30 cliënten met een bestaande indicatie, gevolgd door individuele begeleiding. Deze begeleiding is gericht op zelfredzaamheid en eigen regie. Na 26 weken wordt het beoogde zorgresultaat (dat van tevoren is bepaald) geëvalueerd. De verwachting is dat enerzijds de zorgbehoefte na de 26 weken feitelijk gedaald is (dan wel dat er na 26 weken veel minder zorg nodig is dan vanuit het reguliere proces te verwachten was geweest), en dat anderzijds zowel de tevredenheid van de cliënten als die van medewerkers gestegen is.

Regio Den Haag

In de regio Den Haag gaat Allertzorg 25 cliënten (en hun mantelzorgers) begeleiden in hun laatste levensfase. Ook in dit tweede experiment is vooraf door het zorgkantoor het budget toegekend en hoeft de zorgverlener niet op urenbasis te verantwoorden welke vorm van zorg geleverd is en in welke week. Het belangrijkste doel van dit deelexperiment is aan te tonen dat de cliënten en hun naasten bovengemiddeld tevreden zijn over de begeleiding door Allertzorg wanneer deze helemaal op maat (maar binnen het budget) wordt ingeregeld. De meting van de tevredenheid bij de nabestaanden wordt door een onafhankelijke instelling gedaan aan de hand van vragenlijsten.

Voordelen van een regelarme werkwijze

De deelexperimenten zijn eind januari 2013 begonnen. Daardoor zijn er nog geen 'eindresultaten' (tevredenheidsscores) vanuit de cliënt beschikbaar. De zorgprofessionals, daarentegen, geven al duidelijk aan dat het experiment wat hun betreft veel voordelen kent:

Geen keurslijf binnen een weekritme

Het weekritme dat wordt voorgeschreven werkt voor veel

verzorgenden als een te strak keurslijf: je mag in die week zoveel uren aan die functie en die categorie besteden, niet meer en eigenlijk ook niet minder. In de praktijk varieert echter de zorgbehoefte van week tot week. Vooral bij de PTZ trajecten verschilt de zorgvraag vaak van dag tot dag. Daar is binnen de algemene systematiek dus geen plaats voor. Het grote voordeel van dit experiment is dat de verzorgenden in hun kracht worden gezet om te kijken naar wat er nodig is voor de cliënt en niet hoeven te redeneren en handelen vanuit 'het systeem'.

Klant staat echt centraal

Hetzelfde geldt voor welke zorg een cliënt krijgt. Vooral in de palliatieve zorg varieert de zorgbehoefte sterk gedurende het begeleidingsproces. De regie om te bepalen welke begeleiding de cliënt in welke fase nodig heeft, ligt nu primair bij de zorgprofessional en de cliënt en niet bij het systeem. Zeker in een moeilijke situatie waarin iemand aan het eind van zijn/haar leven is, is het erg waardevol om op maat te kunnen inspelen op dat wat er werkelijk nodig is. Elleke Nagel geeft vanuit Allertzorg invulling aan het PTZ experiment in Den Haag: "Je kan maar één keer afscheid nemen. Dan moet het dus wel goed gaan. Het gaat om het creëren van vertrouwen, juist in zulke moeilijke situaties. En dan helpt het enorm dat je echt die zorg kunt leveren, die nodig is. Dat je niet hoeft te denken in 'die en die' zorgcategorie of functie."

Zorg leveren en organiseren

Uit de gesprekken die de teamleiders van Allertzorg met hun medewerkers voeren in het kader van dit experiment, komt duidelijk naar voren dat zorgprofessionals goed kunnen balanceren tussen zelf de zorg leveren en de zorg organiseren. Vooral de organisatie van de zorg is in dit opzicht erg belangrijk. Door - waar mogelijk samen met de mantelzorgers - de zorg goed te organiseren, kan er meer gerealiseerd worden. De zorgprofessional biedt dan het kader waarbinnen op een veilige en verantwoorde manier meer zorg geleverd kan worden zonder dat het meer geld kost. Bovendien is het voor de cliënt een gevoel van 'vertrouwde handen' en zijn de mantelzorgers op een goede manier betrokken bij het afscheid nemen.

"Thuis komen"

Begin 2013 krijgt Piet te horen dat zijn vrouw terminaal ziek is. Hij zoekt samen met zijn zoons naar een hospice voor de opvang, maar nergens is er passende ruimte. Na alle ellende van het ziekenhuis, wil Piet ook eigenlijk dat zijn vrouw haar laatste maanden thuis doorbrengt. Zijn zoons zijn tegen het plan, want ze zijn ook bekommerd om het welzijn en de gezondheid van hun vader.

Tijdens één van de vele heftige gesprekken aan de keukentafel bij de oudste zoon thuis, wordt besloten om moeder 'ter overbrugging' thuis te laten komen, waarbij er PTZ wordt verleend. Al gelijk voelt het een stuk beter voor zowel Piet als zijn vrouw. Zij is blij om weer in haar eigen

vertrouwde omgeving te liggen en het klikt erg goed met Cora en Jannie, de twee zorgverleners.

Cora en Jannie zijn er dag en nacht, waarbij ook Piet goed wordt verzorgd. Zij nemen Piet de zorg uit handen, tot aan het boodschappenlijstje toe dat Piet mee krijgt. Op hun klokje kijken doen ze niet, want ze hoeven niet hun uren te registreren. Die tijd en dat gevoel van 'er zijn' zonder enig voorbehoud van uren, dat maakt het verschil. Piet: "Het was een ellendige periode, maar zij hebben me er doorheen gesleept. Ik wist niet dat het zo nog kon. Je mag geen cijfer boven de 10 geven, maar anders...", zegt hij met een grote grijns om zijn mond.



Low profile

Het experiment 'Regelarm' is bewust heel laagdrempelig ingestoken. Op werkoverleggen is melding gemaakt van het experiment, zonder de nadruk te leggen op 'het regelarme'. De term 'Regelarm' wekte bij sommigen in eerste instantie juist de verkeerde indruk, namelijk dat alle regels zouden worden afgeschaft. Er is vooral benadrukt dat het voor Allertzorg 'business-as-usual' is, waarbij de zorgprofessional wordt gestimuleerd om meer de regie te nemen bij het organiseren en leveren van zorg waarbij steeds de cliënt centraal staat en niet het systeem.

Een tweede reden om het bewust 'low profile' aan te pakken is objectiviteit. Als je er als organisatie erg veel aandacht aan besteedt, kan een placebo-effect optreden: zowel cliënten als medewerkers kunnen het effect van een dergelijk experiment juist bewust over- of onderschatten. Door er niet te veel 'gedoe' van te maken, krijg je een objectief beeld over hoe de betrokkenen het echt vinden.



“Hoewel er slechts vijf cliënten in zorg zijn, zijn de eerste resultaten positief. Als we kijken naar de factor ‘mens’ dan doen we het erg goed.”

Ralph Zonneveld is manager Business Development en Innovatie, en tevens projectleider Experiment Regelarme Instellingen bij Allertzorg. Als bedrijfseconoom en voormalig hoofd van de (financiële) administratie kent hij de regels binnen en buiten de organisatie door en door. Hij weet ook hoe het systeem werkt en dat voor een succesvol experiment ook de ketenpartners moeten meedoen: “De relatie met het zorgkantoor is goed, maar toch nog redelijk formeel. Allertzorg wil graag in de geest van de Go-brief (brief van VWS met akkoord voor deelname aan het Experiment Regelarme Instellingen) handelen, terwijl het zorgkantoor zich redelijk strikt aan de afspraken houdt.” Toch ziet hij op zorginhoudelijk vlak al kleine successen. “Hoewel er slechts vijf cliënten in zorg zijn, zijn de eerste resultaten positief. Als we kijken naar de factor ‘mens’ dan doen we het erg goed.”

De opstart van het experiment met de Turkse cliënten verloopt langzaam. Ze zijn moeilijk te bereiken en ook de eigen bijdrage vormt mogelijk een bezwaar. In april zijn er extra inspanningen verricht om een groep op te starten, maar dat is tot op heden niet gelukt.

Mentale omslag

Allertzorg is ervan overtuigd dat het anders moet in de zorg. De basishouding van de zorgsector moet veranderen van ‘zorg leveren’ naar ‘zorg organiseren’. Dit is een grote mentale omslag voor de zorgverlener. Binnen Allertzorg is er veel aandacht voor deze transitie, die mede door het experiment versterkt wordt. Het begint dan ook bij het trainen van medewerkers. Vooral de niet-zorginhoudelijke competenties krijgen bij Allertzorg veel aandacht. Via het programma *In voor zorg!* wordt er veel competentieontwikkeling gedaan op hoe je als zorgverlener de zorg kunt organiseren in plaats van telkens zelf de zorg te leveren. Voor sommige medewerkers is dat een moeilijke omslag, omdat hun basisgedachte is: ‘ik moet die zorg leveren aan de cliënt’.

Dat de kwaliteit van zorg door deze mentale omslag en door eigen regie en initiatief verbetert, beaamt Frans Schreuder, kwaliteitscoördinator: “Bij Allertzorg bepaalt de zorgondernemer zelf welke

‘tak van sport’ hij of zij gaat beginnen. Dit kan thuiszorg zijn, kraamzorg, palliatieve zorg. Als je er maar zelf voor kiest. Daarmee borg je de intrinsieke motivatie en wordt kwaliteit iets van jezelf. Dan ben ik ook niet de controleur, maar de ondersteuner in het verbeteren van hún kwaliteit.”

Opleiden mantelzorgers

Dit experiment heeft Allertzorg verder aan het denken gezet. Als je het idee van de transitie van ‘zorg leveren’ naar ‘zorg organiseren’ verder doordenkt en je binnen een indicatie de (relatieve) vrijheid hebt, zou een vervolgstap kunnen zijn om een deel van dat budget in te zetten om mantelzorgers op te leiden om zelf een deel van de zorg te kunnen leveren. De verwachting van Allertzorg is dat een dergelijk initiatief kan bijdragen aan de tevredenheid van de cliënten en van de medewerkers, met verlaging van de kosten. Uiteraard valt dit buiten het huidige experiment, maar het is een goed voorbeeld van hoe een experiment kan resulteren in innovatieve ideeën en verdere bewustwording.

+ Zelf aan de slag

- 1) Kies een experiment dat nauw bij je eigen visie aansluit.
- 2) Start low-profile om geen verkeerde verwachtingen te wekken.
- 3) Bepaal wel duidelijk een te bereiken zorgresultaat en stuur daar op.
- 4) Train medewerkers op ‘zachte competenties’.
- 5) Zet de medewerker in zijn kracht door vrijheid en vertrouwen te geven.

1 Voor het experiment geldt dat de indicatie gesteld wordt door een onafhankelijke partij.



Frans Schreuder

“Ik ben niet de controleur, maar de ondersteuner in het verbeteren van de kwaliteit van de zorgondernemer.”





❧ Vilente ❧

Passende zorg, direct geleverd

Het experiment: zelf indiceren
en de BOPZ toets afnemen



“Het experiment is een beloning voor drie jaar hard werken aan de kwaliteit en competenties van medewerkers.”

In het experiment van Vilente hoeven cliënten maar twee dagen te wachten op uitsluit van de indicatie. En voor een BOPZ-toets die voor 15.00 uur is afgenomen komt dezelfde dag nog de goedkeuring binnen. De eerste ervaringen met deze werkwijze laten zien dat het mogelijk is om de doorlooptijden te verkorten en de administratie te verminderen. Maar daar heeft Vilente wel drie jaar lang ‘noodzakelijk voorwerk’ voor gedaan.

Stichting Vilente is een ouderenzorgorganisatie in de Gelderse Vallei. Vilente biedt thuiszorg, wonen met (complexe) zorg en aanvullende diensten in de gemeenten Ede, Wageningen en Renkum.

Zelf indiceren en toetsen

Wanneer de zorgbehoefte van een cliënt verandert, moet bij het CIZ een ander zorgzwaartepakket (ZZP) of een Extramurale ZorgIndicatie (EMZ) worden aangevraagd. Deze procedure kost veel tijd (tot maximaal zes weken). En de cliënt kan de aangevraagde zorg pas ontvangen nadat de aanvraag is goedgekeurd door het CIZ. In het kader van het Experiment Regelarme Instellingen heeft Vilente gevraagd of er twee ‘regels’ aangepast mochten worden:

1. het zelf (her)indiceren van cliënten (zowel in- als extramurale indicaties);
2. het zelf mogen uitvoeren van de BOPZ toets (Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen).

Het herindiceren van cliënten met dementie met een intramurale indicatie, ouder dan 80 jaar, was al toegestaan in 2011. Vilente

heeft gevraagd om ook hun cliënten jonger dan 80 jaar te mogen (her)indiceren en cliënten met een extramurale indicatie. En omdat een groot deel van hun cliënten dementieert, moet regelmatig een BOPZ toets worden afgenomen. De wet schrijft voor dat het CIZ drie keer bij de dementerende ouderen ‘letterlijk’ toetst of zij zich niet verzetten tegen opname (artikel 60 van de Wet BOPZ). Vilente heeft in het kader van het experiment aan VWS gevraagd of een specialist ouderengeneeskunde, die niet de behandelaar is van de cliënt, van Vilente deze toets mag uitvoeren. Het experiment moet aantonen dat (1) het proces van (her)indicatie en BOPZ toetsing sneller en efficiënter kan; waarbij (2) de kwaliteit van de indicatie of BOPZ toets niet achteruit gaat en (3) dat de kwaliteit van zorgverlening en tevredenheid van zowel medewerkers als cliënten stijgt omdat direct passende zorg geleverd kan worden. Drie vliegen in één klap dus.

Post-fusie perikelen

Om de aanleiding voor het huidige experiment in de juiste context te plaatsen, is de geschiedenis van Vilente belangrijk. Vilente is ontstaan in 2005 na een fusie van vier organisaties met tien verzorgings- en verpleeginstellingen en de thuiszorg in het werkgebied Ede, Wageningen en Renkum. In 2006 sloten nog twee partijen aan. Het resultaat was een ‘lappendeken’ aan culturen, werkwijzen, methodes en systemen. De kwaliteit tussen de locaties was verschillend. En hoe Vilente er financieel precies voor stond was niet inzichtelijk. Dit leidde in 2008 tot negatieve resultaten en in 2009 tot de aanstelling van een nieuwe bestuurder.

Het primaire doel van José van Vliet, de nieuwe bestuurder, was om van Vilente een transparante en open organisatie te maken.



“Soms blijkt de eerste diagnose niet passend. In plaats van zes weken te wachten, kun je nu gelijk alternatieven aanbieden. Dat is meerwaarde.”

Het uitgangspunt daarbij was dat de kwaliteit van zorg overal hoog moest zijn en door elke medewerker op dezelfde manier geleverd moest kunnen worden: elke cliënt is gelijkwaardig en elke medewerker is gelijkwaardig. José geeft aan: “Er was veel ‘achterstallig onderhoud’ op het gebied van openheid en cultuur. Wil je echt goede kwaliteit van zorg leveren, dan moet je er wel op kunnen vertrouwen dat medewerkers elkaar weten te vinden en dat het belang van de cliënt voorop staat. Dat kan alleen maar als medewerkers elkaar vertrouwen en voor elkaar gelijkwaardig zijn. Dat vergt openheid en transparantie. Daar hebben we eerst aan moeten werken.”

Vanuit dit uitgangspunt heeft Vilete veel processen gelijkgetrokken en gelijk goed beschreven. Eén van de kerndoelstellingen was het verbeteren van het (her)indicatieproces van cliënten. Daarvoor is een centrale afdeling ‘Zorgadvies’ opgericht die zich bezig ging houden met het verwerken van de aanvragen voor opname en het regelen van de (her)indicatie en alles wat daarmee samenhangt. Janet Kleis (directeur Kwaliteit en Innovatie) heeft de heftige periode van de fusie ook meegemaakt en is van start gegaan met het nieuwe indicatieproces. In drie jaar tijd is hard gewerkt aan het stroomlijnen van het ‘loket’ en is veel geïnvesteerd in de samenwerking met het CIZ om het (wettelijke) proces kwalitatief zo goed mogelijk in te regelen. De kans om via het Experiment Regelarme Instellingen dit proces nog efficiënter en beter te maken werd door Janet Kleis dan ook met beide handen aangegrepen: “Tijdens het harmonisatie- en verandertraject vanaf 2009 loop je continu aan tegen hoe processen wettelijk of intern geregeld zijn. We wisten al veel te verbeteren, maar wel binnen de gestelde wettelijke kaders. Toen het experiment van start ging, kon ik gelijk aangeven waar wij behoefte aan hadden en waar niet.” Dat daarbij gekozen werd voor het veranderen van ‘slechts’ één aspect is in het licht van de post-fusie periode goed te plaatsen: liever één ding goed implementeren dan tien dingen half. Bovendien moest het vanuit het ‘gelijkheidsprincipe’ in alle locaties tegelijk worden geïmplementeerd.

Succes 1: Zelf (her-)indiceren begint bij de verzorgende

Er zijn drie succesbepalende factoren om zelf een goede (her)indicatie te kunnen maken. De belangrijkste en meest bepalende factor is dat elke verzorgende goed kan signaleren wanneer een cliënt een andere indicatie nodig heeft. In de afgelopen twee jaar heeft Vilete (los van het experiment) veel geïnvesteerd in opleiding van alle medewerkers in hoe je goed kunt herkennen of een cliënt een hogere (of minder hoge) ZZP nodig heeft. De afdeling Kwaliteit en Innovatie heeft samen met de afdeling Zorgadvies een ‘Indicatiegwgijzer’ ontwikkeld waarin per pagina een indicatie staat toegelicht. Onder aan de pagina staan ‘omslagpunten’: wat zijn de grenzen van de indicatie en wat zijn de omslagpunten naar een zwaardere indicatie en hoe herken je deze bij je cliënt? Janet Kleis is trots op het resultaat: “Het is mooi om te zien dat de indicatiegwgijzer op elk bureau staat en gebruikt wordt. We hebben nu een paar keer les gegeven op het ROC aan verzorgenden in opleidingen, gebruikmakend van onze producten. En we krijgen soms van andere instellingen de vraag of zij het ook mogen gebruiken. Dat geeft aan dat wij op de goede weg zijn.”

Elke contactverzorgende heeft een training gekregen en wordt door zijn of haar teamleider gecoached om goed te blijven kijken naar de cliënten. Dit heeft geleid tot goede discussies tussen verzorgenden en medewerkers van de afdeling Zorgadvies over de ondersteuning die de cliënt écht nodig heeft. In die discussies wordt vooral de aandacht gevestigd op wat de cliënt nog wel kan en of een hogere indicatie ook echt nodig is. Dit proces is zeer waardevol omdat hierdoor de kwaliteit van medewerkers sterk verbetert. Je legt de regie bij de verzorgende en zet die in zijn of haar kracht.

Patricia Cromptvoets heeft dagelijks te maken met het experiment, want zij doet nu de (her)indicaties van cliënten op de afdeling Zorgadvies en houdt zich - sinds de oprichting van de afdeling - bezig met de communicatie naar medewerkers: “Het afgelopen jaar hebben we bijna alle medewerkers opgeleid om te werken met de indicatiegwgijzer. We hebben ze uitgelegd waar ze



Janet Kleis

“Het is mooi om te zien dat de indicatiewegwijzer op elk bureau staat en gebruikt wordt.”





“De meerwaarde voor mij is dat de
aangevraagde indicatie direct wordt
afgegeven. Voor de betrokken cliënt/
mantelzorger betekent dit direct
duidelijkheid.”

speciaal op moeten letten en hoe ze zo optimaal mogelijk de juiste herindicatie kunnen voorbereiden. Een standaard vraag bij het MDO is nu ‘Heeft deze cliënt nog wel de goede ZZP?’. Het is echt gaan leven.”

Succes 2: Snel en duidelijk

De tweede succesbepalende factor is snelheid van besluitvorming. Als er na een goede analyse over de noodzaak tot herindicatie zes weken gewacht moet worden voor er een besluit komt, kan er tot die tijd eigenlijk geen passende ondersteuning geboden worden. Door zelf te mogen herindiceren is de reactietijd teruggebracht tot één tot twee dagen. Vooral bij spoedopnames is dit erg prettig. In de afgelopen maanden is het in alle gevallen gelukt om binnen veertien dagen (de officiële termijn van de spoedopname) een passende (her-)indicatie te bepalen. Deze snelheid is niet alleen prettig voor de cliënt zelf (die gelijk de passende zorg krijgt), maar ook voor de mantelzorgers (familie, burens, etc.). Zij hebben snel duidelijkheid over de situatie en kunnen daardoor met meer zekerheid de zorg regelen. Er wordt door de partner of de kinderen van de cliënten erg positief gereageerd op de nieuwe situatie.

Succes 3: Andere bejegening

De derde succesbepalende factor in dit experiment is de manier van bejegenen. De benadering van een Vilente-medewerker is een andere dan de CIZ-medewerker. Voor de mantelzorgers is het CIZ ‘meer afstandelijk’ en ‘meer administratief’ dan het directe contact met bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde. Ook deze laatste moet zich in het kader van de BOPZ-regeling houden aan de wettelijke voorschriften en drie keer letterlijk bij de cliënt toetsen of deze zich niet verzet tegen opname. Maar het verschil zit vooral in de beleving: de manier waarop je iets vraagt. De gesprekken worden in een meer ontspannen sfeer gevoerd, waardoor de cliënt zich op zijn gemak voelt.

Ook de specialisten ouderengeneeskunde hebben aanvullende trainingen en opleidingen gehad. Deze richtten zich vooral op gesprekstechnieken: hoe stel je een vraag zodanig dat je een open gesprek kunt voeren? Het CIZ heeft haar kennis en kunde gedeeld met Vilente om de gesprekken op een zo goed mogelijke manier te kunnen voeren. En in het kader van dit experiment is afgesproken dat als de specialist ouderengeneeskunde een BOPZ verslag vóór 15.00 uur indient, het dezelfde dag door het CIZ wordt goedgekeurd. Dit zorgt ervoor dat het moment van het gesprek volledig wordt benut: als er een goed gesprek is geweest met de cliënt en de mantelzorgers over opname, kan de volgende dag al duidelijkheid geboden worden en kunnen stappen gezet worden om passende zorg te leveren. Een bijkomend voordeel van het uitvoeren van de BOPZ toets door de arts van Vilente, is dat deze in een eerder stadium thuis komt bij de cliënt. Er wordt eerder een vertrouwensband opgebouwd, hetgeen de kwaliteit van zorg ten goede komt. “Vroeger moesten we soms zes weken wachten, nu hebben we het resultaat onmiddellijk. Dit is vooral voor de cliënt een enorme vooruitgang. Bovendien leren we heel veel als we bij de cliënt thuis komen. Dat geeft vaak heel veel informatie over hoe de situatie daar echt is”, vertelt Neske Pels, specialist ouderengeneeskunde.

Voor haar en haar collega's zijn de voordelen van dit experiment overduidelijk. Toch is het voor de specialisten ouderengeneeskunde best even wennen. Zij doen nu in feite een deel van het werk van het CIZ en daarmee komt er werk bij. “Een BOPZ toets kost al gauw twee uur, nog exclusief reistijd. Bovendien moet het vaak op korte termijn ingepland worden en onze agenda is al best vol. We zijn dus nog wel op zoek naar een nieuw evenwicht. Maar ook al is het voor mij meer werk, de kwaliteit gaat omhoog en voor de cliënt is het zichtbaar beter. En daar doe je het toch allemaal voor”, zegt Neske vol trots.

Inmiddels zijn op deze manier de eerste vijftien BOPZ toetsen afgenomen en goedgekeurd. Uit een eerste evaluatie kwam naar voren dat beide partijen bij alle 15 toetsen tot dezelfde conclusie zijn gekomen. Uit de eerste feedback van het CIZ blijkt dat de

“Uit de praktijk...”

Ik begeleid als casemanager een echtpaar waarvan er bij de man sprake was van dementie in een vergevorderd stadium. Een zorgwekkende situatie waarbij de heer zijn zorgmijdende houding vast bleef houden en de partner aan het eind van haar latijn was. Een opname kon niet uitblijven en de voorkeur lag bij een verpleeghuis van Vilente.

Als casemanager heb ik contact gelegd met Vilente Zorgadvies. Deze hebben meteen een indicatie aangevraagd en deze werd ook gelijk afgegeven. Voor het toetsen van de BOPZ werd contact gelegd met de Specialist Oudergenees-

kunde en deze heeft dezelfde week nog het echtpaar bezocht. Voor mevrouw was het een geruststellende gedachte dat er iemand kwam die kennis heeft van dementie en weet hoe haar man te benaderen. Want daar zat een stukje spanning: stel dat hij 'nee' zegt.

De arts straalde rust uit en nam de tijd. Had de juiste toon en woordkeuze in de benadering waardoor zonder problemen de BOPZ toets kon worden afgenomen. Opname kon, door die samenwerking en het benutten van alle mogelijkheden, op een zorgvuldige manier direct in gang worden gezet en gerealiseerd.

specialisten ouderengeneeskunde de toetsen kwalitatief prima invullen. Omdat het voor beide partijen een nieuwe situatie is, is het belangrijk om in dialoog te blijven en van elkaar te leren. Geconstateerd is dat er in de communicatie en administratie nog een aantal puntjes op de i moeten worden gezet, zodat er vanaf mei kan worden gestart met het afgeven van de BOPZ toets door Vilente, zonder controle vooraf door het CIZ. Het CIZ zal de BOPZ toets nog wel achteraf controleren.

Efficiënt en effectief tegelijk

Dat het proces sneller kan is al direct bewezen. De gemiddelde doorlooptijd van een (her)indicatie is teruggebracht van vijf tot zes weken naar één tot twee dagen. De administratieve last die daarbij wordt teruggedrongen bedraagt ongeveer vijftien minuten per dossier. De screening blijft namelijk hetzelfde, alleen hoeft er minder te worden 'geknipt en geplakt' om aan het format van het CIZ te voldoen. In de eerste drie maanden van 2013 betrof het een kleine 100 dossiers, dus de tijdswinst begint te wegen.

Voor de bedrijfsvoering van Vilente is het niet alleen efficiënt, maar vooral effectief: er kan veel sneller en adequater worden bijgestuurd door de verkorting van de procedure. In plaats van vier tot zes weken wachten, kan er nu binnen enkele dagen geschakeld worden. De 'snijverliezen' in leegstand kunnen hierdoor ook aanzienlijk worden teruggebracht. Daarenboven kun je de cliënt gelijk het juiste zorgniveau bieden en de bedrijfsvoering (de bekostiging) daar effectief op afstemmen. Hierdoor wordt een instelling zoals Vilente wendbaarder en krijgt het beter grip op de bedrijfsvoering.

Een concreet voordeel dat Vilente momenteel heeft is de samenwerking tussen de casemanager en de afdeling Zorgadvies. Als de casemanager in contact komt met een oudere, kan Vilente nu binnen een paar dagen uitsluitel geven over de indicatie, iets dat buiten het experiment niet mogelijk is. Hierdoor is het ook voor de casemanager makkelijker om bij de eerste gesprekken duidelijkheid over het proces te geven aan de partner of de mantelzorger.

Onafhankelijkheid en toetsing achteraf

Het zelf mogen indiceren schept ook grote verplichtingen. Vilente wil natuurlijk elke schijn van partijdigheid vermijden. Dit geldt zowel voor de (her)indicatie als voor de BOPZ-toets. De opleiding en training van alle medewerkers heeft gezorgd voor het bewustzijn dat er een duidelijke link is tussen de (her) indicatie, de ZZP en de formatie op de afdeling.

Het CIZ voert achteraf steekproefsgewijs controles uit op de indicaties van de afdeling Zorgadvies. Uit een eerste controle bleek dat slechts 2% van de indicaties administratief niet correct waren ingediend (terwijl er een tolerantie van 10% was afgesproken). In de komende maanden zal het CIZ ook inhoudelijk de dossiers beoordelen. Dat het CIZ achteraf toetst vindt Patricia Crompvoets alleen maar prettig en ze ervaart het helemaal niet als 'controle': "Je gaat toch om met maatschappelijk geld. En je wilt het zo goed mogelijk doen. Ik hoor liever hoe het beter kan. Bovendien willen we echt vermijden dat we achteraf horen dat Vilente zichzelf bevoordeelt. Dus toetsing: graag!"

José van Vliet ziet dat het experiment mede door de rol van VWS een succes wordt: "Draagvlak van VWS voor een dergelijk experiment is cruciaal. Anders hadden we nooit zelf mogen indiceren. De samenwerking met het CIZ is mede hierdoor goed. Daarnaast ben ik blij verrast met het vertrouwen dat we van het zorgkantoor hebben gekregen in de afgelopen jaren. Vertrouwen is wel het kernwoord van dit experiment: vertrouwen in elkaar, in de ketenpartners. Vertrouwen dat we bezig zijn met betere zorg met minder regels."

Terugdraaien wel lastig

De resultaten zijn dermate positief dat de cliënten en medewerkers van Vilente niet meer terug willen naar de oude situatie. Voor medewerkers zou terugdraaien betekenen dat zij weer een flink stuk regie en eigen verantwoordelijkheid gaan





“Maar ook al kost het mij meer werk, de kwaliteit gaat omhoog en voor de cliënt is het zichtbaar beter. En daar doe je het toch allemaal voor.”

inleveren. Ook voor cliënten zou het een achteruitgang van de kwaliteit van zorg betekenen. Het aanvragen van de intramurale indicaties via het experiment verloopt inmiddels naar wens, maar het aanvragen van de extramurale indicaties nog niet. Dit is op dit moment nog zo bewerkelijk dat regelmatig wordt gekozen voor de reguliere methode. De oplossing hiervoor moet worden gevonden in de aanpassing van de systemen van het CIZ.

Vilente wil haar ontwikkelde producten en diensten op het gebied van indicatiestelling graag beschikbaar stellen aan andere organisaties, met name de hulpmiddelen om verzorgenden te ondersteunen bij hun signaalfunctie. De ontwikkelde Indicatiwegwijzer en de daaraan gekoppelde training kan andere organisaties helpen om hun indicatieproces op orde te krijgen.



-Zelf aan de slag-

- 1) Investeer in een duidelijke en aansprekende toolkit voor medewerkers.
- 2) Opleiding van medewerkers is cruciaal.
- 3) Betrek medewerkers er bij en luister naar hun ervaringen.
- 4) Pas het taalgebruik en de werkinstructies aan de verzorgende aan.
- 5) Ga met verzorgenden dossiers bespreken en evalueer de indicatie.



❧ Buurtzorg ❧

Betere en goedkopere thuiszorg als je weet wat werkt en wat niet

Het experiment: minder administratie,
meer inzicht in effectiviteit



“Als het kijken naar interventies en de uitkomsten daarvan landelijke standaard zou worden, dan zou je de opgedane kennis ook kunnen inbrengen in het onderwijs. Dit kan geweldig helpen de zorg te verbeteren en sneller af te bouwen.”

Waarom moet je bij een indicatie-aanvraag precies aangeven hoeveel van welke zorg je gaat leveren, terwijl je de behoefte van de cliënt nog niet eens goed kent? En waarom verantwoorden we in de zorg nog op basis van geleverde producten en uren en niet op basis van bereikte resultaten? Cliënten worden echt beter geholpen als de wijkverpleegkundige binnen een vooraf vastgesteld urenbudget samen met de cliënt bepaalt welke zorg de cliënt krijgt. En de zorg? Die wordt beter en goedkoper als we meer inzicht krijgen in het resultaat van interventies. Althans, dat is de overtuiging van Buurtzorg.

De wijkverpleegkundigen van Buurtzorg merken direct dat de nieuwe manier van aanvragen en registreren tijd scheelt. Maar niet alles loopt vlekkeloos in het experiment.

Minder administratie, meer inzicht in effectiviteit

Buurtzorg Nederland levert zorg thuis in verschillende soorten cliëntsituaties. De organisatie staat bekend om de grote autonomie van de zorgprofessionals en de lage kosten van management en overhead. Ondanks de onstuimige groei die de instelling heeft doorgemaakt, zijn de interne processen nog steeds 'lean' georganiseerd.

Al sinds de start van Buurtzorg, zo'n 6 jaar geleden, wordt er discussie gevoerd met de verschillende instanties over hoe het administratief eenvoudiger en met minder regels kan. Want dat is het voordeel als je een organisatie vanuit 'het niets' start: dan

is geen enkele regel vanzelfsprekend. Toch heeft ook Buurtzorg zich moeten schikken naar de geldende regels. Met name de indicatiestelling, registratie en verantwoording van zorg vindt men bij Buurtzorg gepaard gaan met een hoop onnodig administratief 'gedoe', dat ten koste gaat van de tijd voor de cliënt. En dat terwijl het nauwelijks zinvolle informatie oplevert over kwaliteit of effectiviteit. Daarnaast heeft Buurtzorg de visie dat de zorg van productiegericht naar uitkomstgericht moet groeien. De bekostiging gebeurt nu op basis van uren en tarieven (*input*) en niet op basis van welke interventies er gepleegd worden en wat de uitkomsten voor de cliënt daarvan zijn (*resultaat*). Men is ervan overtuigd dat deze uitkomstgerichte benadering zal leiden tot een steeds effectievere en efficiëntere thuiszorg.

Toen bekend werd dat het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) werd gestart, was de keus bij Buurtzorg dan ook snel gemaakt, namelijk een experiment met de volgende ingrediënten:

1. versimpeling van de indicatiestelling, registratie en verantwoording, o.a. door te werken met één administratief product tegen één standaard tarief;
2. registratie van en rapportage over de ingezette interventies en uitkomsten voor de cliënt.

Buurtzorg wil met dit experiment aantonen dat bovenstaande veranderingen leiden tot minder administratieve lasten, beter zicht op de kwaliteit van zorg, betere uitkomsten van zorg voor de cliënt en betere maatschappelijke uitkomsten, d.w.z. dat cliënten gemiddeld korter in zorg zijn.



“Je moet de cliënt eerst leren kennen en daarna weet je pas in hoeveel uur de werkelijke behoefte aan zorg gegeven kan worden.”

Deelexperiment 1: één product, één tarief, één AGB code, één inkoopformat

Toen Buurtzorg in het kader van het Experiment Regelarme Instellingen ‘out-of-the-box’ ging denken, kwam het al vrij snel op een rigoureuze idee: wat als we voor de indicatiestelling en declaratie zouden kunnen werken met één administratief product en één uurtarief? In feite is het stellen van een diagnose aan het begin van een traject, als je de cliënt nog nauwelijks kent, toch koffiedik kijken. En de ervaring is dat de zorgbehoefte na de start van een traject al snel kan afwijken van de aanvraag: cliënten blijken behoefte te hebben aan meer/minder of aan andere ondersteuning. Dus wat is het nut van het vastleggen van al die deelproducten en de uren die je eraan gaat besteden, als dat toch weer gaat veranderen?

Nienke Klerk is één van de projectleiders van het experiment Regelarm en is er vanaf het begin bij betrokken. Ze heeft de processen in kaart gebracht en deze van begin tot eind doorgelicht en onderschrijft dit: “Nu wordt van te voren een indicatie afgegeven, gespecificeerd naar type zorg en een ureninschatting. Maar eigenlijk weet je nog niet goed wat voor zorg er nodig is. Je moet de cliënt eerst leren kennen en daarna weet je pas in hoeveel uur de werkelijke behoefte aan zorg gegeven kan worden.”

Buurtzorg heeft daarom de ruimte gekregen om tijdens het experiment indicaties aan te vragen op basis van één administratief product tegen één vast uurtarief. Dit betekent onder andere dat de wijkverpleegkundigen van Buurtzorg dagelijks alleen de tijd die ze aan een cliënt besteden hoeven te registreren en geen uitsplitsing hoeven te geven in verzorging, verpleging of begeleiding. Angelique Verlaan werkt op de helpdesk Indicatie en heeft, voordat ze bij Buurtzorg begon, negen jaar bij het CIZ gewerkt. Met deze ervaring kan ze haar collega's goed ondersteunen. Ook zij ziet de positieve effecten van het proces van één administratief product tegen één tarief: “Normaal gesproken voert het CIZ uitgebreide controles uit bij een aanvraag. Eén product vereenvoudigt dit enorm. Je hoeft niet meer uit te splitsen en er hoeft ook geen discussie meer te worden gevoerd over details.”

Ook bij de declaratie van de geleverde zorg kan Buurtzorg volstaan met het aangeven van het totaal aantal geleverde uren per cliënt. Bovendien hoeft Buurtzorg cliënten tijdens het experiment niet meer aan- of af te melden (MAZ, MEZ, MUT meldingen): op het moment dat er wordt gedeclareerd voor een cliënt, dan is de zorg gestart en een cliënt is uit zorg als er niet meer wordt gedeclareerd. Daarnaast mag Buurtzorg tijdens het experiment ook gebruik maken van één AGB-code (Algemeen Gegevens Beheer) per zorgkantoor. Het liefst had men gewerkt met slechts één AGB-code voor Buurtzorg richting alle zorgkantoren, maar het was systeemtechnisch niet mogelijk om dit op korte termijn te implementeren. De verandering betekent toch dat Buurtzorg met 8 AGB-codes kan werken in plaats van voorheen 20 codes en dat scheelt met name op het hoofdkantoor administratief werk. Tot slot mag Buurtzorg in dit experiment werken met één standaard inkoopformat dat door alle zorgkantoren wordt gehanteerd. Dit betekent dat zij in het inkoopproces niet voor ieder zorgkantoor andere rapportages hoeven te maken.

Deelexperiment 2: vastleggen van en rapporteren over interventies en uitkomsten

Geheel in lijn met de eigen visie om meer uitkomstgericht te werken is Buurtzorg een aantal jaren geleden begonnen met de implementatie van het ICT systeem Omaha. Dit is een classificatiesysteem dat zorg- en hulpverleners helpt bij het vastleggen van doelstellingen, interventies en uitkomsten van en voor cliënten. Voor aanvang van het experiment werkte al een aantal teams met het Omaha-systeem en het is de bedoeling om dit aantal tijdens het experiment uit te bouwen.

De bedoeling is dat de wijkverpleegkundigen van Buurtzorg gaan vastleggen welke interventies zij plegen bij cliënten en wat de resultaten daarvan zijn. Dat dient twee doelen: enerzijds wil Buurtzorg daarover als onderdeel van het experiment gaan rapporteren aan de zorgkantoren, als nieuwe vorm van verantwoording (het alternatief voor het rapporteren over geleverde producten en uren). Anderzijds wil Buurtzorg hiervan

“Werk met meer toegevoegde waarde...”

Ina werkt nu drie jaar met veel plezier op de cliëntenadministratie. Net als andere nieuwe collega's moest ze in het begin wennen aan de grote mate van vrijheid en verantwoordelijkheid die je krijgt bij Buurtzorg. Inmiddels is ze er wel aan gewend dat iedereen bij Buurtzorg voortdurend kijkt hoe het simpeler kan. Het experiment is wat dat betreft niet nieuw, maar toch...

“Sinds de start van het experiment zijn er nogal wat regels komen te vervallen. Zo hadden we bijvoorbeeld de regel om binnen drie dagen een cliënt aan te melden en binnen vijf

dagen af te melden. Dit soort regels loslaten voelt heel vreemd in het begin: je denkt ‘ik moet nu iets doen’, maar dat hoeft niet meer. Het voelt alsof je de controle kwijtraakt, alsof je het niet op orde hebt.

Maar door het experiment krijgen we steeds meer tijd om ons te richten op de inhoud van een dossier. We doen dus minder onnodig administratief werk en meer werk met toegevoegde waarde voor onze collega's en cliënten!”, besluit Ina.



leren welke interventies in welke gevallen het meest effectief zijn. Met die kennis kan de zorg steeds verder worden verbeterd.

Jos de Blok, directeur en mede-oprichter van Buurtzorg, stelt hier nog wel een voorwaarde aan: “Voor mij is het belangrijk dat de verpleegkundigen van Buurtzorg het registreren en monitoren van interventies en uitkomsten zien als een aanvulling op hun vak en niet als een extra last.”

Breed experiment met ‘digitale implementatie’

Buurtzorg heeft ervoor gekozen om het experiment in één keer in te voeren bij alle 570 teams. Dit was een bewuste keuze: als je administratieve processen voor een belangrijk deel aanpast, dan is het niet handig om dingen op twee manieren te blijven doen. Zo is er veel geïnvesteerd in het aanpassen van het ICT-systeem en in het omzetten van de AGB-codes. Het experiment uitvoeren in een deel van de teams zou in dit geval alleen maar meer werk opleveren.

Het experiment is niet alleen qua impact op de organisatie groot, maar duurt ook langer dan de meeste andere experimenten.

Voor dit experiment is twee jaar uitgetrokken. De reden hiervoor is dat de effecten van dit experiment niet binnen een jaar zichtbaar te maken zijn. Het kost bijvoorbeeld meer dan een jaar om te kunnen laten zien dat de uitkomsten van zorg voor cliënten verbeterd zijn en hun tevredenheid is gegroeid.

Wat het experiment erg bijzonder maakt, is dat de communicatie volledig via het intranet plaatsvindt. Geheel volgens de filosofie van Buurtzorg zijn er geen medewerkersbijeenkomsten georganiseerd of trainingen gegeven. In aanloop naar het experiment is er uitgebreid gecommuniceerd en gediscussieerd via een online community, die via het intranet voor alle medewerkers toegankelijk is. Het is een goed werkend portaal waar bijvoorbeeld uitkomsten van gesprekken met zorgkantoren worden gedeeld. Ook de instructie van hoe de 570 teams vanaf 1 januari 2013 hun indicaties moesten gaan aanvragen is verspreid via intranet. Bij vragen kan men bellen met het hoofdkantoor. Tijdens het experiment vormt het platform een levendige community waar wijkverpleegkundigen reacties plaatsen of ervaringen delen over het experiment.

Positieve resultaten voor de wijkverpleegkundigen

Het experiment is pas kort geleden gestart, maar de eerste reacties van de wijkverpleegkundigen geven aan dat het goed is geweest om het experiment direct breed in te voeren in de organisatie. Het aanvragen van een indicatie scheelt hen 10 tot 15 minuten per cliënt doordat geen verschillende producten en tarieven hoeven te worden ingevoerd en doordat met een beperkter aantal AGB-codes wordt gewerkt. Daarnaast is het nu mogelijk om met vijf werkdagen terug een indicatie in te dienen. Het mooie daarvan is dat je de cliënt na een aantal dagen beter kent en beter kunt inschatten wat deze nodig heeft.

Maar misschien nog wel belangrijker: de zorgprofessionals geven aan dat zij zich nu beter kunnen richten op wat de cliënt écht nodig heeft in plaats van zoveel mogelijk binnen de lijntjes van de vooraf gestelde indicatie te blijven. De zorg kan steeds



“Onze processen zijn er altijd op gericht om de beste zorg te leveren, zo efficiënt mogelijk.”

optimaal worden afgestemd op de behoeften van de cliënt en bij wijze van spreken dagelijks worden aangepast.

Voor de medewerkers van de cliëntadministratie leverde het experiment in het begin overigens veel extra werk en de nodige chaos op. Zo duurde het twee maanden voordat alle AGB-codes waren omgezet in het systeem. En men moest in het begin erg wennen aan het loslaten van de standaard procedures, zoals het melden van cliënten in en uit zorg, iets dat door het experiment overbodig werd.

Uitzonderingen met vervelende consequenties

Wat niet voorzien was in het experiment, was dat de indicatie-aanvraag op basis van één administratief product niet voor alle meldingen werkt. Het experiment (één administratief product) biedt voor de meeste van alle meldingen goed uitkomst. In een aantal gevallen is de indicatie echter te complex om de aanvraag foutloos te kunnen verwerken in de systemen. De systemen geven vervolgens geen melding van de verkeerde verwerking en deze fouten hebben soms vervelende consequenties. Een voorbeeld is dat een cliënt al zorg ontvangt van een andere instelling en wordt doorverwezen naar Buurtzorg voor aanvullende verpleging. Op het moment dat Buurtzorg de aanvraag in het systeem zet, wordt de aanvraag van de andere instelling overschreven en is deze niet meer terug te vinden in het systeem. De systemen blijken na aanpassing ten behoeve van het experiment niet te zijn ingericht op cliënten die combinaties van zorg ontvangen van meer instellingen dan alleen Buurtzorg. Ook indicaties van cliënten met een PGB worden in bepaalde gevallen uit het systeem verwijderd als Buurtzorg een indicatie voor hen aanvraagt.

De systeemproblemen leveren soms frustraties op bij cliënten en bij de andere instellingen, omdat zij de aanvraag opnieuw moeten invoeren. Voor Buurtzorg levert het ook frustratie op: dat cliënten en andere instellingen last hebben van het experiment is het laatste wat Buurtzorg wil. Gonnie Kronenberg (directeur) stond

samen met Jos de Blok aan de wieg van Buurtzorg en is de grondlegger van de processen binnen Buurtzorg. Zij verwoordt de situatie als volgt: “Onze processen zijn er altijd op gericht geweest om de beste zorg te leveren, zo efficiënt mogelijk. Wij proberen het binnen Buurtzorg ieder jaar beter te doen. Met dit experiment zetten we daar ook weer stappen in. Het is alleen wel erg jammer dat anderen nu last hebben van onze ERAI aanvragen. Ik hoop echt dat de problemen met de indicatie-aanvragen zo snel mogelijk zijn opgelost.”

Er is nu ook afgesproken dat er bij iedere aanvraag eerst wordt gecontroleerd of de cliënt niet al elders zorg ontvangt. Dat is een extra administratieve handeling en bovendien is dat niet gemakkelijk vast te stellen: niet alle cliënten weten altijd of ze elders zorg ontvangen en het is ook niet te doen om alle andere instellingen te raadplegen. Buurtzorg vreest nu dat andere instellingen door dit euvel minder geneigd zullen zijn om cliënten naar hen door te verwijzen.

Natuurlijk, het is een flinke tegenvaller als er dingen mis gaan. Maar het is een groot experiment met veel betrokkenen. Dan is het logisch dat niet alles vlekkeloos verloopt. Dat zijn ook de leerervaringen van het Experiment Regelarme Instellingen. Je kunt tenslotte niet alles vooraf aan de tekentafel voorzien zo blijkt. En het laat ook zien hoe de dingen in het systeem met elkaar samenhangen.

Een kwestie van vertrouwen

In eerste instantie was een aantal zorgkantoren bang om de controle te verliezen. Dat is ook logisch, want ze krijgen de informatie niet meer die ze gewend waren. Dus hun eerste reflex was om met aanvullende afspraken te proberen de controle terug te krijgen. Inmiddels zijn de meeste zorgkantoren veel positiever, ze zoeken actief mee naar oplossingen en mogelijkheden om Buurtzorg goed te ondersteunen.

Ten aanzien van de indicatiestelling stellen de ketenpartners zich achterdochtig op. Ze zijn bang dat het aantal indicaties en de



Ard Leferink

“Door de vele regels is er op dit moment niemand die het volledige overzicht op de keten heeft.”

omvang sterk zal groeien door het experiment. Er vinden regelmatig gesprekken plaats om waargenomen trends te bespreken. Er is bijvoorbeeld een groei te zien in het aantal indicaties ten opzichte van begin vorig jaar. Dit is echter te verklaren door de groei die Buurtzorg het afgelopen jaar heeft doorgemaakt.

Ard Leferink is samen met Nienke Klerk projectleider voor het experiment. Hij voert gesprekken met de zorgkantoren en andere betrokkenen en brengt deze kennis in de organisatie in. Hij is groot voorstander van het versimpelen van regels en benadrukt het belang van samenwerken met de regelgevende instanties: “Door de vele regels is er op dit moment niemand die het volledige overzicht op de keten heeft. Daar kunnen we alleen gezamenlijk verandering in brengen.”

De conclusie is dat alle partijen nog moeten wennen aan het experiment en de nieuwe manier van werken. Het positieve is dat er middels het experiment een platform is gecreëerd waardoor partijen het gesprek met elkaar aangaan. VWS speelt hierin een bindende rol en de partijen leren met elkaar steeds beter hoe de keten in elkaar zit en waar dingen beter kunnen.

De thuiszorg effectiever maken

Het experiment duurt twee jaar en die tijd is hard nodig om de beoogde resultaten te kunnen behalen. De prioriteit ligt nu bij het oplossen van de knelpunten in de indicering.

Tegelijkertijd is Buurtzorg in gesprek met de zorgkantoren over de informatie die zij willen ontvangen als alternatief voor de geleverde producten en uren. De zorgkantoren hebben hier nog geen vast omliggende ideeën over. Voor hen is het ook wennen om te denken vanuit resultaten in plaats van input. Buurtzorg brengt momenteel verschillende vormen van informatie in kaart, die input vormen voor de gesprekken.

Bij Buurtzorg zullen veel medewerkers teleurgesteld zijn als het experiment na afloop wordt teruggedraaid. Nienke Klerk is hier

duidelijk over: “Dan ga ik in een andere sector werken! Nee grapje. Maar we steken hier nu onze ziel en zaligheid in. We hebben natuurlijk wel gesproken over een exit strategie. Maar we hopen eigenlijk dat we binnen de periode van het experiment zelfs kunnen opschalen, zodat we voorwerk kunnen doen vooruitlopend op de wijzigingen in het zorgstelsel.”

Het is niet motiverend als je onnodig allerlei administratieve handelingen moet verrichten, zoals een uitgebreide indicatie aanvragen, cliënten in en uit zorg melden en weer werken met meer AGB-codes. En het is zonde als je met elkaar niet de nodige kennis opbouwt over de effectiviteit van interventies. Daar gaat Buurtzorg dan ook zonder meer mee door. Jos de Blok hoopt dat het experiment straks landelijk wordt ingevoerd. Dat zou betekenen dat de sector nog sneller leert wat werkt en wat niet. En hij heeft nog meer ideeën: “Als het kijken naar interventies en de uitkomsten daarvan de landelijke standaard zou worden, dan zou je de opgedane kennis ook kunnen inbrengen in het onderwijs. Dan leren verpleegkundigen in hun opleiding al welke interventies in welke gevallen het meest effectief zijn. Dit kan geweldig helpen om de zorg aan cliënten te verbeteren en sneller af te bouwen.”

+ – Zelf aan de slag

- 1) Stel een hoger doel en accepteer dat dit niet snel gerealiseerd zal zijn.
- 2) Durf je eigen manier van werken volledig ter discussie te stellen.
- 3) Zorg voor flexibele ICT systemen.
- 4) Lever je over aan de chaos in het begin, accepteer het (tijdelijke) verlies aan controle.
- 5) Durf kritisch te zijn richting zorgkantoren en CIZ, anders verandert er niets.

A photograph of three people sitting around a wooden table in a home environment. In the center, a woman with brown hair and glasses is looking down at something in her hands. To her left, an older woman with white hair is also looking down. To her right, an older man with white hair and a purple shirt is looking down. The background features a large wooden cabinet filled with books and decorative items, a lamp on the left, and a television on the right. The scene is overlaid with a semi-transparent orange rectangle containing text.

Herbergier Thuis

Langer thuis wonen tegen lagere kosten

Het experiment: volledig Pakket Thuis leveren
aan mensen met dementie

Annemieke Bambach



“Als maatschappij moeten wij het zorgaanbod afstemmen op de zorgvrager, in plaats van te verlangen dat de zorgvrager past in het aanbod, het systeem.”

Welke keuze heeft iemand met beginnende dementie? Thuis blijven wonen of naar een instelling? En als daar geen plaats is of als dat eigenlijk nog helemaal niet past voor de persoon of zijn partner? De alternatieven lijken vaak zwart-wit. Daar probeert De Drie Notenboomen met De Herbergier Thuis formule verandering in te brengen: een concept waarbij mensen met beginnende dementie langer thuis kunnen blijven wonen én waarbij de zorg bovendien goedkoper uitvalt. Maar dit concept in de huidige systematiek van de ABWZ inpassen valt vies tegen. Het systeem blijkt toch nog erg star en werkt letterlijk kosten in de hand.

ZIN bij Herbergier Thuis

Herbergier Thuis is een nieuwe vorm van aan-huis-zorg, speciaal bedoeld voor mensen met (beginnende) dementie. Die zorg is erop gericht om het veilige en vertrouwde thuis wonen zo lang mogelijk in stand te houden. Elke klant krijgt een persoonlijke assistent, die zich inzet om het normale leven thuis zo goed mogelijk in stand te houden. Zij biedt zelf de nodige thuiszorg, zij houdt afspraken met zorgverleners bij en bewaakt de sociale contacten. Deze formule is voortgekomen uit De Herbergier formule, voor ouderen met dementie die niet meer zelfstandig kunnen wonen.

Annemieke Bambach: “Een paar jaar geleden kreeg mijn moeder Alzheimer. Dan ontdek je dat je iets voor haar wilt organiseren dat er niet is. Ik heb haar enorm achteruit zien gaan op het moment dat haar sociale netwerk werd doorbroken. Ze was altijd heel actief, politiek geïnteresseerd, bridgede drie keer in de

week. Toen haar bridgepartner wegviel, kon ze geen nieuwe partner vinden en sloeg Alzheimer sneller toe.”

Het is het persoonlijke relaas van Annemieke Bambach, algemeen directeur bij De Drie Notenboomen en initiatiefneemster van dit experiment. Het experiment is voor haar gestart uit nood: de vraag naar woonplekken in een Herbergier was hoger dan het aanbod, de wachtlijsten waren lang. Daarbij kwam dat in de Herbergiers bleek dat mensen met dementie, indien ze goed begeleid worden, vaak nog heel zelfstandig kunnen functioneren. Dit bracht De Drie Notenboomen op het idee de begeleiding die ze in De Herbergier bieden (vaste gezichten, onderhoud sociale contacten), ook bij mensen thuis te gaan bieden. Met de Herbergier Thuis formule wil De Drie Notenboomen aantonen dat ouderen met een (beginnende) dementie langer thuis kunnen blijven wonen. Daarnaast wil de instelling aantonen dat deze vorm van zorg goedkoper is en het welzijn van de klant verhoogt, omdat ze langer in hun eigen vertrouwde omgeving kunnen blijven leven. Twee duidelijke doelstellingen die, als het experiment slaagt, als voorbeeld kunnen dienen van hoe je regelarm kunt zijn met verbeterde kwaliteit voor de cliënt.

Herbergier: hoge tevredenheid, lage kosten

De bestaande Herbergier-formule is van zichzelf zeer regelarm. Zo zijn de gasten niet gebonden aan het dagritme of de roosters van zorgverleners. Ieder doet zoveel mogelijk naar eigen kunnen en in eigen tempo: opstaan, lichaamsverzorging, wandelen of bezoek ontvangen. Wie dat wil en kan, helpt mee met koken of boodschappen doen. Medewerkers hebben ook oog voor de

"Hier is één uur zorg ook echt één uur zorg."



persoonlijke interesses van de gasten. Zwemmen, theaterbezoek, of samen naar een discussieprogramma op TV kijken – het kan allemaal. De Herbergier richt zich zoveel mogelijk op wat iemand nog wel kan. Elke klantovereenkomst is maatwerk. Er wordt een transparante offerte opgesteld voor de te leveren zorg en de klantovereenkomst wordt per kwartaal geëvalueerd met de gast en zijn netwerk. Er wordt daarmee alleen zorg geleverd die ook nodig is. De kosten van zorg worden betaald uit het PGB. De kosten zijn mede door de manier van organiseren (de hele lage overhead) zeer laag.

Elke Herbergier wordt geleid door twee zorgondernemers die zelf ook in de Herbergier wonen. Zij hebben steun van een vast team medewerkers, die 95% van hun werktijd daadwerkelijk met de gasten doorbrengen. Het uitgangspunt bij het leveren van de zorg is de zorgvraag van de klant. Deze ligt vast in de 'klantovereenkomst'. Uit onderzoek van ARGO blijkt dat de kwaliteit bij de Herbergier gemiddeld als zeer hoog wordt ervaren (in 2012 was het gemiddelde rapportcijfer van de Herbergier een 8,7). Er is waardering voor de verzorging en de bewoners vinden dat ze worden gestimuleerd in hun zelfstandigheid.

Herbergier Thuis: een P.A. voor Ma

Herbergier Thuis borduurt voort op de bestaande Herbergier formule: mensen met een beginnende dementie blijven zo lang mogelijk thuis wonen, en krijgen daarbij begeleiding van een Persoonlijk Assistent (P.A.). Bianca van Duijvenvoorde is de eerste P.A. die via de Herbergier Thuis formule werkt. Ze vond de werkdruk van de reguliere thuiszorg niet leuk meer. De versnipperde zorg en het grote aantal mensen ontnam haar het plezier in het werk: "Hier is één uur zorg ook echt één uur zorg. Je hebt veel meer tijd voor klanten en kan ze echt persoonlijke aandacht geven. Dit geeft zichtbaar meer rust en ruimte bij onze klanten. Ze mogen me altijd bellen, ook 's avonds. Je bouwt namelijk een echte band op met de oudere en de mantelzorgers. Het geeft veel voldoening om te zien dat beiden meer rust en welzijn ervaren."

Het concept van de P.A. is simpel, maar erg effectief. Vooral voor mensen die gebaat zijn bij structuur en regelmaat, past het idee van één gezicht, één aanspreekpunt erg goed. Ellen van Alphen is coördinator Herbergier Thuis in Delft. Ze kwam vanuit de reguliere thuiszorg solliciteren bij Herbergier Thuis. Het eerste wat haar opviel is dat de lucht anders (schoner) rook dan wat ze gewend was. Ook vindt ze het erg fijn dat er meer tijd en ruimte is voor de oudere: "Eén P.A. koppelen aan een oudere is een gouden greep. Het geeft herkenning en rust bij iemand die toch al moeite heeft om gezichten te herkennen."

Het experiment is eind 2012 begonnen en inmiddels krijgen ruim tien klanten (ZZP 4 en 5 indicatie) zorg in natura via de Herbergier Thuis formule. Het eerste dat opvalt is dat de feitelijke behoefte van deze klanten minder is dan het hele Volledig Pakket Thuis (VPT). Het blijkt dat het netwerk van de oudere nog veel zelf kan (blijven) doen als de oudere thuis blijft wonen. Het betrekken van de vertrouwde omgeving (kinderen, burens, vrienden, etc.) bij de begeleiding, stimuleert iedereen om zich in te zetten en daarmee de zorgvraag tot een noodzakelijk minimum te beperken. Als je het VPT centraal stelt, wordt de zorgvraag onnodig opgeschroefd en ontstaat de neiging om zorg te leveren die ook door mantelzorgers geleverd kan worden.

Clasien Schakenraad is manager filiaalbedrijf bij De Drie Notenboomen en mede-initiatiefnemer van de formule Herbergier Thuis. Zij constateert dat het voor ouderen beter is én goedkoper voor het systeem om ze zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te laten leven: "Ik ben ervan overtuigd dat de zorg op deze manier niet alleen beter maar ook goedkoper kan. Door onze persoonlijke assistenten met zo min mogelijk regelgeving te belasten en door het al bestaande netwerk van klanten te gebruiken. Zo wordt de zorg ook weer een stuk leuker. Voor iedereen."

Systeem niet op maat

De huidige Herbergier formule is alleen PGB-gefinancierd en is in de ogen van De Drie Notenboomen al bijzonder regelarm. In





“Er bestaat geen standaard klant. Je hebt alleen maar ‘anderssoortige’ klanten.”

overleg met het ministerie is er bewust voor gekozen om de zorg van de Herbergier Thuis formule niet via het PGB te bekostigen, maar via Zorg In Natura (ZIN). In dit experiment wordt dus bekeken hoe een *maatwerk-oplossing*, zoals Herbergier Thuis, past binnen de bestaande (financierings)systematiek: kan ZIN ook regelarm geleverd worden zonder een kostenopdrijvend effect?

Voor één locatie (locatie Delft) is afgesproken dat er voor 50 klanten met ZZP 4 of 5 het Volledig Pakket Thuis (VPT) geleverd wordt. Er is gekozen voor deze kleinschalige aanpak omdat De Drie Notenboomen nog niet ‘in het systeem’ zit. Wel is afgesproken dat zij via de AZR bepaalde registraties doen en dat de inning van de eigen bijdrage door het CAK volgens de geldende spelregels gebeurt. Ook zijn er met de IGZ afspraken gemaakt over de toetsing van de kwaliteit en de mate van transparantie over geleverde zorg conform afspraken.

Hoe klein het experiment ook: het toont gelijk aan waar de beperkingen van de huidige systematiek zitten. Het blijkt dat voor de klanten de verplichte eigen bijdrage voor het VPT hoger ligt dan als ze op maat via het PGB een eigen bijdrage zouden moeten betalen. De zorg wordt daardoor voor hen intrinsiek duurder en is op sommige onderdelen veel meer dan noodzakelijk. Bij de bestaande Herbergier formule wordt juist intensief met de klant en zijn verwanten gesproken over hoe er zo goed mogelijke zorg geleverd kan worden tegen een minimale eigen bijdrage. Met een PGB zijn ouderen met beginnende dementie flexibeler in het bepalen wat ze écht nodig hebben en betalen daar op maat voor. Bij ZIN in de huidige systematiek blijkt die flexibiliteit veel lastiger: het systeem (VPT) staat centraal en de klant krijgt waar hij/zij volgens het systeem ‘recht op heeft’.

In de praktijk blijkt dat transparantie van de zorgkosten een groot effect heeft op de zorgvraag. In de ‘traditionele systematiek’ betaalt de klant ‘alleen’ zijn eigen bijdrage en heeft verder geen inzicht in de kosten van de zorg. Bij het PGB is men zich zeer bewust van de relatie tussen geleverde zorg en de kosten daarvan. Dit leidt in veel gevallen tot een ander evenwicht en een lagere zorgvraag. Dit geldt in het bijzonder voor de doelgroep

waar Herbergier Thuis zich op richt: mensen met dementie die ook nog een goed netwerk (partner, kinderen) hebben. Ook Ellen van Alphen ervaart dagelijks dat de huidige systematiek nog niet klaar is voor deze manier van zorg leveren. Ze heeft regelmatig discussies met verschillende instanties over de afstemming en de manier van verantwoorden. “Er bestaat geen standaard klant. Je hebt alleen maar ‘anderssoortige’ klanten. Wij spreken dan ook liever over een Persoons Volgend Budget dan een Persoons Gebonden Budget. Ik hoop echt dat het systeem meer gaat kijken naar de klant en niet andersom. Vooral aan de achterkant moet het echt nog veel regelarmer”, aldus Ellen.

Cultuur shock en dialoog

De focus van de gesprekken met het zorgkantoor, het CAK, de IGZ en het ministerie ligt tijdens de besprekingen over dit experiment bij de mogelijkheden én de beperkingen van het huidige systeem van AWBZ financiering. De overgang van ‘buiten het systeem’ naar ‘binnen het systeem’ is voor alle partijen een nieuw gegeven en het leren van elkaar in dit experiment staat in die zin voorop. Juist vanuit VWS kwam de wens om te experimenteren met ‘toetreding’, omdat je vanuit je eigen systeem niet goed kunt zien waar de knelpunten liggen, terwijl een ‘nieuwe toetredende’ dat juist wel kan.

Annemieke Bambach is zelf nauw betrokken bij het experiment en merkt bijna dagelijks hoe moeilijk het is om in het systeem de zorg regelarm te houden of te krijgen: “Het voelt alsof we in het systeem gezogen zijn, met alle regelbrij die daar bij hoort. Je voelt hoe de manier van financiering een impact heeft op de zorg die je levert. Het gaat veel meer om wat het systeem van je vraagt dan om wat de klant van je vraagt.”

Toetreding tot het systeem door De Drie Notenboomen was voor alle partijen (De Drie Notenboomen, het zorgkantoor, het CIZ, en de IGZ) een grote ‘cultuur shock’. Er zijn vele administratieve regeltjes waaraan moet worden voldaan. Het experiment maakt inzichtelijk welke zaken binnen de bestaande Herbergier-formule als vanzelf werden opgelost en tegen welke regels

“Een goed medicijn”

De eerste oudere (88 jaar) die gebruik maakt van de Herbergier Thuis formule is erg tevreden met haar ondersteuning. Haar dochter vertelt: “Mijn moeder was in een kliniek ter observatie vanwege beginnende dementie. We zagen direct dat ze daar niet beter van werd, integendeel.”

Via een advertentie kwam haar dochter in contact met de Herbergier Thuis en het klikte meteen. “Wat me meteen opviel is dat ze de tijd namen om te luisteren naar mijn situatie en niet met hun eigen standaarden aan kwamen zetten. Ook het idee van maar één verzorgende sprak me erg aan.”

Na een aantal maanden ervaring blijkt dat er rust en structuur geboden wordt die zorgt voor een ontspannen sfeer thuis bij de oude mevrouw. Persoonlijk assistent Bianca is uitgegroeid tot een vertrouwenspersoon voor zowel de oudere als voor haar dochter. “We kunnen haar altijd bellen. Ook drink ik regelmatig een kopje koffie op kantoor en bespreek de situatie van mijn moeder.”

Er is begonnen met 14 uur zorg per week. Inmiddels loopt het zo goed dat het aantal uren is teruggebracht tot 10 uur. Bianca kreeg een SMS-je “Moeders is blij met je. Je geeft haar niet alleen haar medicijnen, jij zelf bent een goed medicijn.”

Herbergier Thuis nu aanloopt. Voor de mensen van De Drie Notenboomen is het erg wennen: ze zijn ondernemend ingesteld en moeten nu meer overleggen. Zij zijn gewend om eerst de problemen op te lossen en achteraf te evalueren. En nu moeten ze vaak eerst toestemming vooraf vragen. Voor hen is het dus eerder een ‘regelrijk experiment’. Voor de IGZ en het zorgkantoor is het ook wennen: zij krijgen te maken met een organisatie die gewend is alles zeer pragmatisch en klantgericht op te lossen, zonder daarbij te worden ‘gehinderd’ door het systeem.

Het is een confrontatie tussen twee werelden, waarbij beide werelden zich verwonderen over de ‘andere’ wereld. Maar het experiment toont aan dat de verwondering aanzet tot dialoog. De dialoog gaat echt over de vraag hoe de zorg simpeler kan, minder versnipperd kan worden geleverd en hoe het systeem dienend kan zijn aan de klant en niet andersom. Met het zorgkantoor en met VWS worden goede gesprekken gevoerd over de grenzen van het huidige systeem en hoe de zorg meer op maat kan worden geboden. Daarbij is het vertrekpunt dat de klant zelf de juiste keuze kan maken en dat de instelling geen ‘eigenaar’ is van de klant.

Start met zelfvertrouwen

Eén van de succesfactoren van de Herbergierformule is de strenge selectie en de intensieve begeleiding van de zorgondernemers en hun medewerkers. Zorgondernemers worden alleen gekozen als ze bereid zijn om zelf in een Herbergier te wonen. Ze volgen een opleidingscurriculum en lopen stage. In deze periode worden ze intensief begeleid en wordt zelfvertrouwen gekweekt om het zelfstandig te doen. Er wordt heel veel aandacht besteed aan de cultuur: handen-uit-de-mouwen en de klant centraal.

Ook bij de werving en selectie van zorgmedewerkers wordt er sterk gekeken naar het ondernemend vermogen. Het aannemen doen de zorgondernemers zelf, omdat zij het beste weten wat de klanten nodig hebben en welke mensen het best bij de cultuur van die Herbergier passen. Daarbij hebben medewerkers ‘van buiten het systeem’ soms een voordeel: zij hebben minder last van

aangeleerde regels en structuren. Het afleren van gedrag blijkt namelijk veel moeilijker dan het aanleren van nieuw gewenst gedrag. Door constant de nadruk te leggen op eigen verantwoordelijkheid en het belang van de klant, groeit het zelfvertrouwen van de zorgverleners en daarmee de kwaliteit van de geleverde zorg.

Vertrouwen is de basis tussen de zorgondernemer en de zorgverleners. Ook in de gesprekken met de IGZ vormt vertrouwen de basis van het gesprek. Bij mensen met dementie komt onvermijdelijk een grens in beeld waarop zelfstandig wonen niet meer mogelijk is. De eerste vraag daarbij is niet: ‘is deze klant over de grens gegaan (de overtreding)?’, maar: ‘waar ligt de grens in dit geval? En hoe bepalen we in gezamenlijkheid dat een klant niet de grens overschrijdt?’ Dus geen wantrouwen en controle achteraf, maar vertrouwen en dialoog over gezamenlijke verantwoordelijkheden. Dit kan alleen als er openheid en transparantie heerst, en dat kan alleen als er (zelf) vertrouwen is.

De klant moet centraal staan, niet het systeem

De constatering is inmiddels dat een maatwerk aanpak in combinatie met ZIN niet goed werkt. De regels en afspraken die nodig zijn om financiering via de AWBZ rond te krijgen, brengen hogere administratieve lasten met zich mee en zorgen voor een hogere zorgconsumptie. Wel heeft het experiment geleid tot een goede dialoog met VWS en DSW, het betrokken zorgkantoor, over de (on)mogelijkheden van de aanpak. In alle openheid en vertrouwen wordt samengewerkt om de pilot tot een succes te maken. Voor Clasiën is het experiment al zeer geslaagd, omdat door het vergelijken van de werkwijzen van ZIN en PGB veel meer inzicht komt in waar zorg efficiënter en dus beter en goedkoper geregeld kan worden. VWS ziet dit als een kans om zaken te veranderen. Naar de toekomst toe betekent dat meer lucht en ruimte. Dit alleen al maakt het pionieren meer dan de moeite waard. “We zitten nu regelmatig met de IGZ om tafel en dat gaat in bijzonder goede dialoog. Je merkt dat het vertrouwen in elkaar





“Ik ben ervan overtuigd dat de zorg op deze manier niet alleen beter maar ook goedkoper kan.”

groeit en dat je daarmee samen bewust de keuze maakt wanneer het verantwoord is om ouderen nog thuis te laten wonen en niet”, besluit Clasien.

Voor Annemieke Bambach blijft toch nog de grote vraag waarom het systeem leidend is, terwijl velen er inmiddels van overtuigd zijn dat het anders moet: “In de toekomst zal er meer en meer een beroep worden gedaan op private middelen. Het huidige systeem is op den duur onbetaalbaar. Dus focus je op wat de oudere nog wel kan en vervang de mantelzorg niet onnodig door formele zorg. Voorkom verspilling door een standaard aanpak en zet echt de klant centraal en niet het systeem.”

Langer thuis wonen?

Het experiment is net gestart. De vraag of deze klanten langer thuis kunnen wonen, is nog niet te beantwoorden. Dat kan pas

over 1-2 jaar. Maar de vraag of goede zorg en regelarm in praktijk samen gaan durft men bij De Drie Notenboomen al wel te beantwoorden, ook al zijn hier nog geen harde bewijzen voor. En ook of de zorg goedkoper kan. Alles wijst erop dat beide vragen positief zijn te beantwoorden!

– Zelf aan de slag

- 1) Selecteer medewerkers op hun ondernemende competenties.
- 2) Stel de wensen en mogelijkheden van de klant centraal (en niet het systeem).
- 3) Leg de verantwoordelijkheid direct bij de zorgondernemer.
- 4) Wees transparant over successen maar ook over problemen.
- 5) Vertrouwen, vertrouwen, vertrouwen.



JP van den Bent Stichting

Meer zelfreflectie door minder regels

Het experiment: afschaffen diverse vormen
van overbodige rapportages en controles

Gerjanne Kleen



“De grootste winst voor onze organisatie zit in het reflecterend vermogen. Dat is misschien nog wel belangrijker dan regelarmer worden.”

Als je het systeem als uitgangspunt neemt, moet je verplicht jaarlijks indiceren, verplichte rapportages maken die passen in het systeem en moet je je aan elk zorgkantoor aanpassen. Als je de cliënt als uitgangspunt neemt, kan het opeens heel anders! De JP van den Bent Stichting werkt vanuit de centrale gedachte dat het primaire zorgproces leidend moet zijn en niet de administratieve verplichtingen er om heen. Verantwoording afleggen aan de cliënt, dat is het idee. En volgens de JP van den Bent Stichting komen dan al gauw een paar interessante experimenten opborrelen.

Cliëntgericht DNA

De JP van den Bent Stichting (JPvdB) helpt mensen met een verstandelijke beperking. Dit kan een lichte beperking zijn, maar ook een meervoudig complexe beperking. Mensen van alle leeftijden zijn welkom en er wordt ondersteuning geboden op het gebied van o.a. wonen, logeren en (crisis)opvang en dagactiviteiten. Daarbij is er geen selectie aan de poort: iedereen is welkom.

JPvdB is sinds 1998 een zelfstandige stichting. Eén van de redenen voor de verzelfstandiging was een andere visie op hoe je zorg moest leveren: niet denken vanuit het aanbod, maar denken vanuit de vraag. Deze visie werd geïnspireerd door vragen van ouders, zoals ‘Waarom moet mijn kind in een huis in het bos wonen?’. JPvdB heeft daar op ingespeeld door vraaggericht te gaan werken. Ruud Klarenbeek is al geruime tijd de bestuurder van JPvdB: “In de jaren 90 is de organisatie al vraaggericht gaan werken. Dit betekent dat we niks doen als we de klant niet kennen. Dus eerst vragen wat men verwacht en dan in actie komen.”

De eerste weekend- en logeerhuizen werden in gebruik genomen. Voor het bouw- en locatiebeleid heeft dat betekend dat er niet gebouwd werd in de hoop dat een huis wel vol zou komen, maar dat er eerst werd gekeken naar welke behoeften er lagen. Een van de eerste initiatieven waren 4 woningen in Oldenzaal waar 17 cliënten met verschillende beperkingen bij elkaar woonden. Dit was voor de ‘buitenwereld’ ondenkbaar, want dat kon toch niet uit? Toch lukt het JPvdB om goede en betaalbare zorg te leveren door medewerkers de ruimte te geven om zelf hun werk te organiseren.

Gerjanne Kleen, clustermanager Friesland, kan zich soms moeilijk voorstellen hoe andere zorginstellingen het systeem leidend maken en niet de cliënt: “Laatst hoorde ik van een stel met het syndroom van Down. De man begon te dementeren en de zorginstelling waar het stel verzorgd wordt, gaf aan dat het niet langer past binnen de indicatie en in het dienstenpakket van de instelling. Dus kan de cliënt niet langer geholpen worden. Dit is voor JP de wereld op z’n kop. Hoe JP hiermee om zou gaan? De vraag beantwoorden: hoe kunnen we dit passend maken?”

Drie experimenten die onnodige administratie verminderen

Tanja Scholten, coördinator cliëntenzaken bij JPvdB, is vanuit het centraal bureau constant bezig om te kijken waar het beter kan en met minder regels. Toen het experiment startte, was ze gelijk enthousiast en werd ze projectleider van het ERAI-project. “We doen het niet om nog meer interne regels te saneren, want wij zijn van nature al zeer regelarm. Maar het systeem nog niet! We willen de pijn aantonen van dit huidige systeem. En we willen

“We willen de pijn aantonen van dit huidige systeem.”



graag onze manier van werken delen met de rest, om te laten zien dat het echt anders kan. Dat is onze overtuiging!”

Bezien vanuit de bril van de cliënt én de medewerkers, werden bestaande regels tegen het licht gehouden. Er werden al snel drie administratieve handelingen ontdekt die anders kunnen. Deze handelingen zijn momenteel het gevolg van regels en procedures die door ketenpartners aan JPvdB zijn opgelegd. Om deze, in de ogen van JPvdB, onnodige regels af te schaffen, zijn drie experimenten bij VWS ingediend:

1. versimpeling van het proces van herindicatie;
2. vereenvoudigen van de meldingen naar de IGZ;
3. vereenvoudigen van de verantwoording van het zorg-inkoopproces.

Experiment 1: Simpeler proces van herindicatie

Waarom elke keer verplicht herindiceren? De cliënten van JPvdB zijn immers door hun verstandelijke beperking langdurig aangewezen op de zorg. De verplichte herindicatie leidt niet alleen tot een administratieve last, maar vooral tot irritatie, omdat het voor veel medewerkers logisch is dat de indicatie moet worden verlengd. Medewerkers zagen op tegen de (in hun ogen) onnodige administratieve handelingen en ook tegen de gesprekken met diverse betrokkenen.

Vanuit de positie van de medewerker is het eerste deelexperiment dan volstrekt logisch: je hoeft alleen een herindicatie in te dienen als er een verandering optreedt in de ondersteuningsvraag. In overleg met het CIZ is gekomen tot een ‘indicatie voor onbepaalde tijd’. In praktijk komt dit neer op een indicatie voor 15 jaar (omdat het systeem een ‘onbeperkte looptijd’ niet aankan). Wijzigingen in de indicatie worden vastgelegd in het ondersteuningsplan. Dat is de plek waar alles rondom de cliënt wordt vastgelegd. Een logische plek dus. Dit experiment is, zoals viel te verwachten, met veel enthousiasme bij medewerkers ontvangen. Ze zien nu al dat deze regelarme

werkwijze echt werkt: het levert in praktijk minder werk op en ook minder stress.

Experiment 2: Alternatieve melding naar IGZ

Het tweede experiment heeft betrekking op de meldingen naar de IGZ. Het registreren van meldingen van ongewenste gebeurtenissen gebeurt bij JPvdB primair in het ondersteuningsplan in een eigen format. Om de meldingen naar de IGZ te doen, moeten de meldingen ‘overgeschreven worden’ in het format van de IGZ. Dat kost extra tijd en het voegt niets toe aan de inhoud van de melding. Bovendien gaat het format van de IGZ in de ogen van JPvdB te veel uit van een gemedicaliseerde manier van zorg leveren. Daarmee moeten er nog extra gegevens worden ingevuld, die voor de cliënt minder relevant zijn.

In het experiment komt de nadruk te liggen op de verbeteracties en de reflectie op de gebeurtenis en niet op de administratieve vastlegging ervan. Er is afgesproken om een incident direct te melden en de verbeteracties vast te leggen in het ondersteuningsplan, waarbij de IGZ volledige inzage heeft in de dossiers. Regelmatig worden er reflectie-sessies georganiseerd met professionals, waarbij meerdere incidenten en verbeteracties gezamenlijk worden geanalyseerd. Daarbij wordt gekeken naar mogelijke patronen (oorzaken) en welke verbeteracties nu werkelijk tot resultaat hebben geleid. Deze kunnen dan breder in de organisatie worden toegepast. Eens per kwartaal worden de resultaten van de reflectiesessies opgestuurd naar de IGZ, en later in 2013 zullen deze ook worden besproken met de IGZ.

Deze manier van werken heeft niet zozeer geleid tot heel veel minder administratie, maar vooral tot meer diepgang. Desiree Gertsen is clustermanager in Deventer. Over het meedoen aan het experiment is Desiree tevreden, al dekt de naam ‘Regelarm’ wat haar betreft niet de lading: “Het werkt als een kwaliteitsimpuls. We dwingen onszelf om nog scherper te zijn op onze lopende processen en om deze waar nodig te verbeteren. Daarbij blijft het ondersteuningsplan altijd leidend.” Natuurlijk zijn de mede-



Desiree Gertsen

“We dwingen onszelf om nog scherper te zijn op onze lopende processen en om deze waar nodig te verbeteren.”

werkers blij dat ze niet alles meer hoeven ‘om te werken’ naar een ander format, maar ze vooral blij met de professionele onderlinge reflectie. “De gesprekken gaan niet meer ‘van incident naar incident’, maar de incidenten worden in samenhang bekeken en besproken”, vervolgt Desiree. In deze sessies wordt meer een beroep gedaan op de professionele kennis én het gedrag van professionals en ze worden uitgedaagd om te zoeken naar nieuwe, breed inzetbare, verbeterideeën. Medewerkers ervaren deze reflectie als een belangrijke meerwaarde, zeker tegenover de situatie van het invullen van een standaardrapport.

Om op deze manier te kunnen werken is vertrouwen het sleutelwoord in de relatie tussen de IGZ en JPvdB. De medewerkers leggen alles vast in het ondersteuningsplan. Dit is, in lijn met de visie van klantgericht werken, voor JPvdB hét document waarin alles wordt geregistreerd. De IGZ heeft de mogelijkheid om op elk moment de dossiers in te kijken of via steekproeven te beoordelen hoe er wordt vastgelegd. Eens per kwartaal wordt er één integrale rapportage gemaakt en kunnen de IGZ en JPvdB de kwaliteit evalueren en bijsturen.

Om te onderstrepen dat deze basishouding tot minder regels leidt, haalt Desiree Gertsen nog een voorval aan waarbij ze betrokken raakte bij de bouw van een nieuwe locatie: “Eén van de onderwerpen waar van tevoren officieel over nagedacht moest worden, was: ‘Wat moeten we doen als er ratten in het nieuwe pand komen?’. Wat een vraag! Iets wat er nu totaal niet toe doet, daar moeten we nu geen energie in steken, dat lossen we wel op als het ooit zover komt.”

Experiment 3: versimpelen controles zorg-inkoopproces

Het derde experiment is een ‘back-office’ experiment: het vereenvoudigen en waar mogelijk afschaffen van de dubbele rapportages naar zorgverzekeraars over de verantwoording van het zorg-inkoopproces en de productieverantwoording. Dit experiment raakt alleen het Centraal Bureau van JPvdB. De impact van dit experiment op de hele organisatie is daarmee beperkt, maar het is wel representatief voor de manier waarop JPvdB streeft naar minimale regels. In overleg met vier zorgkantoren zijn afspraken gemaakt over hoe de verantwoording

Basishouding: Hoe zou je het thuis oplossen?

JPvdB telt inmiddels meer dan 2000 medewerkers die zorg en ondersteuning bieden op meer dan 150 locaties. De locaties hebben allemaal een leidinggevende die integraal verantwoordelijk is. Op het Centraal Bureau wordt alleen datgene ondersteund wat écht noodzakelijk is, bijvoorbeeld de P&O ondersteuning en de financiële administratie. Er is geen centrale inkoop, ICT of marketingafdeling. JPvdB is van mening dat alles op de markt te krijgen is en dat dergelijke expertise op ieder gewenst moment, indien noodzakelijk, kan worden ingekocht. Maar bij een probleem moet de basisvraag van elke medewerker eerst zijn: ‘Hoe zou ik het thuis zelf oplossen?’. Er liggen geen ‘blauwdrukken’ of ‘standaard

formats’. Zelfredzaamheid en eigen creativiteit zijn de beste remedie tegen de laagste kosten. Niet denken ‘dat doet een ander wel’ of ‘daar hebben we centraal een afdeling voor’, maar eigen handen uit de mouwen. “Vanzelfsprekend is dat de kwaliteit van dienstverlening aan de cliënt altijd hoog moet zijn. Om dit te bereiken is er echt geen aparte kwaliteitsafdeling nodig. We hebben 2000 kwaliteits-medewerkers, namelijk al onze zorgprofessionals. Dat is ook een belangrijke reden waarom we geen ISO proces nodig hebben”, verklaart Tanja Scholten. Zij is er van overtuigd dat de basishouding ‘hoe zou je het thuis oplossen?’ zorgt voor hoge kwaliteit en zo min mogelijk overhead.

“Keep it simple”

Een locatiemanager van de JP van den Bent Stichting was betrokken bij een lokaal initiatief om het welzijn van cliënten te vergroten. Bij dit initiatief waren diverse zorgaanbieders betrokken en het werd gecoördineerd door een landelijke instelling.

Eén van de ideeën was om een groepje van 10 cliënten met een verstandelijke beperking samen te laten koken. De projectgroep kwam bij elkaar en begon te vergaderen over de aanpak. Er kwamen vragen aan bod zoals ‘Welke wijkvoorzieningen zijn geschikt om dit te faciliteren?’, ‘Wie gaat dat begeleiden?’, ‘Welk menu kunnen we aanbieden?’

Na enige tijd vroeg de locatiemanager met verbazing:

“Maar als we het nu eens gewoon dóén? Er zijn twee cliënten die graag koken. We organiseren het waar zij wonen. Hun begeleiders zorgen voor een interne ruimte. De begeleiders van de andere cliënten komen mee en iedereen helpt mee met de voorbereiding. Twee koken en de andere acht zijn medekoks en gast. Gewoon doen!”

Ze merkte weerstand bij de andere betrokken partijen aan de tafel. Die waren niet gewend om zo praktisch aan de slag te gaan, maar eerst overal over te vergaderen. Uiteindelijk hebben ze het ‘gewoon gedaan’ en het werd een groot succes.

over het zorg-inkoopproces op uniforme wijze gebeurt. Daarbij wordt niet gefocused op de hoeveelheid zorg, maar op de prijs. Als je echt klantgericht werkt, lever je de zorg die nodig is. De enige variabele is dan de prijs. JPvdB heeft voorgesteld om voor alle zorgverzekeraars dezelfde methodiek te gebruiken voor het bepalen van de prijs. Deze methodiek gaat uit van een basisprijs en een opslag op basis van geleverde kwaliteit. Deze kwaliteit wordt gemeten door ‘directe’ metingen van kwaliteit en welzijn van cliënten en betrokkenheid en tevredenheid van de zorgprofessional. Het gemeenschappelijke kenmerk van al deze indicatoren is dat JPvdB deze informatie al meet, omdat dit informatie uit het primaire proces is. Er hoeft dus geen aanvullend, administratief dubbel werk gedaan te worden. Door deze versimpeling en uniformering kan een hoop werk bespaard worden.

Drie jaar geleden is JPvdB ‘gestopt met begroten’, zowel op stichtingsniveau als op locatie-niveau. De centrale vraag is immers: ‘Wat is nodig voor deze cliënt?’, en niet ‘Hoeveel geld krijgen we voor deze cliënt?’. Zonder constant naar het budget te kijken, blijkt vaak dat er voldoende zorg geleverd kan worden, binnen de norm van ZZP. Een resultaat boven de 10% is daardoor geen uitzondering. Bovendien is de managementinformatie zo ingeregeld dat er een voortschrijdend inzicht is per locatie. Iedere 15e van de maand zijn resultaten beschikbaar. Het is zover doorgevoerd, dat medewerkers en leidinggevenden er met elkaar over praten (ook tussen locaties) en het triggert leidinggevenden om te sturen. Als je buiten de bandbreedte komt dan wordt dat direct besproken.

Experiment 4: een brug te ver

JPvdB heeft ook een vierde voorstel gedaan, namelijk om de inning van de eigen bijdrage niet via het CAK te laten verlopen, maar via JPvdB zelf. Het idee hierachter is dat diegene die de zorg ook echt levert beter kan uitleggen waarom een eigen bijdrage gerechtvaardigd is. Ook zal de cliënt eerder akkoord gaan met de eigen bijdrage als deze direct gekoppeld is aan de factuur van de zorgverlener. JPvdB zou ook het debiteurenrisico

willen dragen, in de overtuiging dat dit in de gewijzigde opzet erg laag zou zijn. Helaas heeft VWS geen wettelijke mogelijkheden om dit binnen het experiment toe te staan en daarmee is dit deelexperiment niet doorgegaan.

Iedereen doet mee

Medewerkers, leidinggevenden en clustermanagers zijn bekend met de deelname aan het Experiment Regelarme Instellingen. In aanloop naar het experiment is er tijdens de maandelijkse overleggen regelmatig over gesproken. Het plan van aanpak is in clusteroverleggen gedeeld en eveneens besproken met de cliëntenraad. Voor velen is de inhoud van de deelexperimenten niet nieuw. Veel van de dingen doen ze al op een regelarme manier. De experimenten worden voornamelijk gebruikt om de huidige werkwijze verder aan te scherpen. Voor Ruud Klarenbeek was meedoen aan het experiment niet alleen vanzelfsprekend, maar ook strikt noodzakelijk: “We zien dat we hiermee openingen kunnen creëren bij diverse stakeholders. Het ministerie is enthousiast over onze aanpak. Wij geloven in onze aanpak en willen dit delen met Nederland.”

Het ondersteuningsplan wordt nog niet door alle medewerkers als een hulpmiddel ervaren. Het is dan ook belangrijk om steeds te blijven uitleggen waarom je alle afspraken en situaties in het ondersteuningsplan moet vastleggen. Niet omdat het moet vanuit de regels, maar vanuit het belang van de cliënt en de kwaliteit van zorgverlening. De nieuwe manier van registratie van incidenten helpt daarbij: het niet vastleggen om de IGZ te plezieren, maar het vastleggen om het er met elkaar over te hebben, te kijken naar de verbetermogelijkheden voor de cliënt en de leerervaring voor de medewerker.

Selectie aan de poort

De cultuur bij JPvdB kenmerkt zich door ‘keep it simple’ en ‘los het zelf op’. Dit stelt duidelijke eisen aan de karaktereigenschappen van de medewerkers. Van hen wordt verwacht dat ze ondernemend zijn, creatief en verantwoordelijkheid durven



“Iedere zorgvraag moet worden beantwoord. Alles is zuiver individueel (maatwerk). Geloof in dit concept en daarover vertellen maakt het succes.”

nemen. Er is een natuurlijke selectie aan de poort: binnen enkele weken is het duidelijk of een medewerker past binnen de JPvdB cultuur of niet. Medewerkers werken er dan ook heel kort of heel lang. Als de cultuur je past, voel je je als een vis in het water. Maar sommige mensen kunnen niet tegen deze vorm van vrijheid en flexibiliteit. Die blijven dan ook niet zo lang verbonden aan JPvdB. Gerjanne Kleen, (sinds 1993! bij JPvdB) heeft vanuit haar functie al vele medewerkers aangenomen en begeleid: “Wanneer iemand niet past, dan komt dat snel genoeg tot uiting. Verschuilen gaat hier niet en dat komt mede door de openheid van communiceren en de verwachting dat je de ruimte die je geboden wordt, naar eigen verantwoordelijkheid en inzicht benut. Als iemand niet past, dan moet je daar afscheid van nemen. Een peer wordt immers nooit een appel.” Amkje Nijboer (leidinggevende locatie Heerenveen en pas kort werkzaam bij JPvdB) werd onlangs door een instelling benaderd die mensen begeleidt bij het vinden van een baan. De vraag was of er vacatures van JPvdB mochten worden verspreid onder de werkzoekenden in hun bestand. “Dit voelde niet goed. Zelfredzaamheid is bij ons essentieel. Dat moet beginnen bij werkzoekenden die zelf het initiatief nemen en niet wachten totdat ze een oplossing krijgen voorgeschoteld”, aldus Amkje.

Het behouden van deze cultuur is één van de succesfactoren van JPvdB. Hierdoor kunnen ze nog steeds zonder blauwdrukken, standaarden en andere vormen van centrale regels en kunnen ze de overhead tot een minimum beperken. Het ontbreken van blauwdrukken betekent overigens zeker niet dat iedereen kan doen wat hij of zij wil. De visie en basishouding zijn heilig. Zodra je als medewerker de cliënt niet meer centraal stelt, word je daar wel op aangesproken.

Regelarme cultuur

JPvdB denkt dat vooral dit cultuuraspect de zorg echt regelarmer kan maken. Door het geven van vertrouwen en consequent de vraag te stellen hoe je het zelf zou oplossen, vermijd je overbodige regels, formats en rapportages.

Op de vraag wat voor Ruud Klarenbeek de belangrijkste les is om met elkaar te delen, is het antwoord simpel: “Iedere zorgvraag moet worden beantwoord. Alles is zuiver individueel (maatwerk). Geloof in dit concept en daarover vertellen maakt het succes.” Het is voor veel medewerkers een bevestiging van een regelarme werkwijze en een ‘doe-cultuur’ waar al jaren geleden voor is gekozen en die consequent wordt toegepast.

+ – Zelf aan de slag –

- 1) Zet de cliënt centraal: kijk niet naar de indicatie, maar wat er echt nodig is.
- 2) Zet de medewerker in zijn kracht: regel niets wat ze zelf kunnen regelen.
- 3) Geef ze vrijheid en vertrouwen: hoe zou je het zelf thuis oplossen?
- 4) Doe geen concessies aan cultuur.
- 5) Geef zelf altijd het goede voorbeeld.



De Hoven

Vergroot het welbevinden van bewoners en medewerkers

Het experiment: Zorg Zonder Regels

Foto: Geert Job Sevink

André Enter



“Niet op de automatische piloot,
maar bedenken ‘Wat wil die
bewoner?’”

Waarom zou je je eigen leven als oudere helemaal moeten aanpassen als je naar een instelling verhuist? Wie is er nu voor wie? Het moet toch mogelijk zijn om je dagelijkse ritme te kunnen voortzetten en ‘gewoon’ doorgaan met je leven, zoals je dat altijd al gewend was? Dat vinden ze bij De Hoven ook. Ouderen moeten zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven kunnen houden en invloed hebben op het beleid dat de zorgorganisatie voert.

Met het project Zorg Zonder Regels heeft De Hoven aangetoond dat een andere manier van werken het welbevinden van bewoners verbetert. Wanneer het werken vanuit regelsystemen wordt losgelaten kan de energie en focus weer helemaal komen te liggen op de zeggenschap van bewoners, op het directe en dagelijkse contact met de bewoners en op de professionaliteit van het team. Bovendien vermindert het de kwetsbaarheid van bewoners en ervaren zij de zorg te krijgen waar zij behoefte aan hebben. Dat is de rijke opbrengst van dit experiment.

Zorg Zonder Regels

De Hoven helpt ouderen hun eigen leven om hun beperkingen heen te organiseren. Niet die beperkingen, maar het leefplezier staat centraal. In de loop van de afgelopen decennia is de organisatie van de ouderenzorg in ons land steeds verder af komen te staan van het principe dat het leefplezier en het welzijn van de cliënt voorop moet staan. Meer en meer zijn beleid en regels gericht op het voorkomen van incidenten in instellingen. De aard van deze regels lijkt vooral gebaseerd op wantrouwen en risico's. Wantrouwen, omdat passie en vakkennis zijn vervangen door

voorgeschreven processen en procedures. Risico's, omdat regels, in plaats van adequaat optreden, problemen moesten voorkomen. Dit heeft uiteindelijk een ontmoedigende uitwerking gehad op zorgverleners. Ze moeten voldoen aan regels die vaak haaks staan op hun eigen professionele inzicht en inschatting. Het effect daarvan slaat terug op bewoners: er is minder tijd voor bewoners, omdat die tijd in bureaucratie gaat zitten én omdat door de regels er minder aandacht is voor écht contact. Bovendien worden veel regels door bewoners zelf als belemmerend, betuttelend of zelfs respectloos ervaren.

Eind 2010 ontstonden bij De Hoven de eerste ideeën voor een experiment waarbij overbodige regels zouden worden afgeschaft en regie zou worden teruggegeven aan bewoners. In gesprekken met bewoners en de cliëntenraad, maar ook met medewerkers, hoorden de directie en leidinggevenden dat bepaalde regels de kwaliteit van leven van de bewoners niet bevorderden, maar juist verminderden. Jannie Nijlunsing (directeur/bestuurder De Hoven): “Als directie hebben we ons nadrukkelijk de vraag gesteld of het mogelijk was om negatieve invloeden op het welbevinden van ouderen en werkplezier van medewerkers te kunnen veranderen.”

Als antwoord daarop zijn, na overleg met het ministerie, de volgende regels opgenomen in het experiment:

- Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ)
- Customer Quality Index (CQ-index)
- Meetweek en Vroegsignalering
- Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP)

Met het project Zorg Zonder Regels wil De Hoven werken aan meer welbevinden voor bewoners en werkplezier voor

medewerkers. Die ambitie is uitgewerkt in vier concrete doelen: (1) verbeteren van het welbevinden van de bewoners, (2) meer zeggenschap voor de bewoners, (3) vergroten van het werkplezier van medewerkers en (4) ontwikkeling van de kwaliteit van medewerkers.

Het project Zorg Zonder Regels realiseerde deze doelen door op een andere manier te werken. De dwingende werking van regels is stopgezet. Er wordt niet langer gedacht vanuit risico's, standaardisering en voorspelbaarheid, maar vanuit welbevinden. De nadruk ligt op de 'vraag achter de vraag' en op mogelijkheden van bewoners in plaats van hun beperkingen. Voor medewerkers ligt de nadruk op vertrouwen en ruimte geven.

Zoek en vervang

Voor de vier bestaande vormen van regelgeving zijn 'regelarme alternatieven' bedacht. In plaats van de HKZ beoordeling is er gekeken naar de door bewoners ervaren kwaliteit. Volgens De Hoven heeft het meten van de CQ-index nauwelijks nut, omdat de situatie van de doelgroep in twee jaar zo sterk verandert dat vergelijking geen informatie oplevert. In plaats van de CQ-metingen is gewerkt met een vragenlijst die meer inzicht geeft in het welbevinden van de cliënt als maat voor kwaliteit van zorg.

De administratieve lasten in het kader van de vroegsignalering zijn vervangen door het beoordelingsvermogen van de medewerkers. Bovendien legt de vroegsignalering sterk de nadruk op de risico's en op de (aankomende) beperkingen van een bewoner, in plaats van op zijn welbevinden. De kwetsbaarheid wordt nu nog steeds bekeken, maar niet vanuit een standaard lijst. En de verplichte HACCP meting is vervangen door het beoordelingsvermogen van de koks en de smaakbeleving van de bewoners. Er wordt echt gekeken naar wat bewoners lekker vinden, ook al betekent dat, dat er bijvoorbeeld minder vitamines in het eten zitten.

Vrijwillige en wetenschappelijke aanpak

Als je uitgangspunten 'vertrouwen' en 'ruimte geven' zijn, moet dat vanzelfsprekend ook gevolgen hebben voor de opzet van het project. Daarom zijn geen afdelingen aangewezen, maar zijn alle afdelingen van De Hoven uitgenodigd mee te doen. Zij zijn gevraagd uit te leggen waarom ze mee zouden willen doen en waarom ze dachten mee te kunnen doen. Op die oproep reageerden de afdeling De Kwelder van Verpleeghuis Vliethoven, de begane grond van verzorgingshuis Winkheem en de gehele locatie Viskenij. In totaal 56 bewoners. Op drie heel verschillende manieren lieten zij zien waarom zij zich met meer vertrouwen en ruimte meer konden richten op het welbevinden van bewoners.

Al heel snel na de eerste ideeën over Zorg Zonder Regels heeft De Hoven contact gezocht met het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en met de Rijksuniversiteit Groningen (RuG). Het project Zorg Zonder Regels is mede gebaseerd op de visie van professor Slaets, dat de energie in de ouderenzorg meer gericht zou moeten zijn op leefplezier, op positief welbevinden. De aandacht voor positief welbevinden kan leiden tot minder beroep op zorg en minder noodzaak tot het wegnemen van negatieve ervaringen. Er zijn speciale vragenlijsten ontwikkeld om te meten wat de effecten zijn op welbevinden. In samenwerking met VWS zijn goede afspraken gemaakt met het zorgkantoor over de consequenties van het (tijdelijk) afschaffen van de regels. Ook heeft het zorgkantoor subsidie verstrekt om de extra capaciteit voor dit project mogelijk te maken.

Onwennig

De medewerkers van de verpleegafdeling voor mensen met het syndroom van Korsakov zagen in het project Zorg Zonder Regels mogelijkheden om bewoners meer vrijheden en veiligheid te bieden. Daarvoor heeft het afdelingshoofd de medewerkers moeten ondersteunen om ze het vertrouwen te geven dat ze ook



Foto: Geert Job Sevink

“Zorg zonder regels”

— ervaringen van bewoners —

“Ik hoef niet te wachten hoe het gaat, ik heb er invloed op.”

“Zorg Zonder Regels is dat ik mijn leven kan invullen zoals ik zelf wil.”

“Ik sta niet op voor half negen. Verzorgenden komen niet voor die tijd, dat heb ik ze wel afgeleerd.”

“Het is net alsof het veel leuker geworden is allemaal.”

“Misschien is er wel verandering. Ik geloof het wel ja. Maar niet minder. Beter. Toch wel beter.”

— ervaringen van medewerkers —

“Ik vind dat je zelf steeds vindingrijker wordt.”

“Het heeft me zelfvertrouwen gegeven en mijn eigen visie staat steviger.”

“Je geeft de bewoners vertrouwen en dat krijg je ook terug. De regels deden precies het tegenovergestelde.”

“Wij waren altijd gelijk aan het invullen, nu laat je de bewoner in zijn waarde.”

“Zorg zonder regels is voor ons: werken met gezond verstand, dicht bij de cliënt.”

zonder regels de goede beslissingen nemen: “Zonder regels vertrouwen medewerkers meer op hun eigen beoordelingsvermogen. Omdat de bewoner op de eerste plaats staat, voelen medewerkers sneller aan hoe het met hem of haar gaat. Daardoor vinden minder incidenten plaats.”

Alle drie de teams hebben zo’n onzekere periode meegemaakt. Het besef ontstond dat werken in de ouderenzorg betekent dat er dagelijks dilemma’s zijn. Vaak gaan die dilemma’s over de spanning tussen autonomie en zeggenschap enerzijds en mogelijke risico’s anderzijds. Door hier regelmatig met elkaar over te praten, werden de dilemma’s hanteerbaar en ontstonden oplossingen. Medewerkers durfden weer te twijfelen en vragen te stellen zonder dat het antwoord vast stond. Dat leidde tot meer aandacht en nieuwe oplossingen.

Een essentieel thema in dit verband is communicatie en daarmee samenhangend, vertrouwen en samenwerking. Communicatie is de belangrijkste kwaliteit die de afdelingen in het project Zorg Zonder Regels verder hebben ontwikkeld. Door meer tijd te nemen en door ook te oefenen met het voeren van gesprekken, kon echt contact met bewoners ontstaan. Zo hoorden medewerkers ook de vraag achter de vraag en kregen ze inzicht in de échte wensen van bewoners, hoewel die in eerste instantie misschien niet uitgesproken werden. Door te werken aan het geven van feedback en communiceren met elkaar, werd het makkelijk om op elkaar te vertrouwen en samen te werken aan beter welbevinden voor bewoners. Een medewerker van De Kwelder: “Ik neem nu gewoon de tijd om te luisteren: wat zeggen ze nou? En wat willen ze nou precies? In het verleden was ik meer gewend om dingen te bepalen voor bewoners. Nu doe ik alles in overleg.”

Goede resultaten

De doelstellingen waren helder, de aanpak was wetenschappelijk onderbouwd en de medewerkers waren intrinsiek gemotiveerd om mee te doen. Dan zou je goede resultaten verwachten. En gelukkig is dat ook zo! De Hoven heeft door dit experiment de volgende successen geboekt:

Resultaat 1: Verbeteren van het welbevinden van bewoners

Voor het meten van welbevinden gebruikt De Hoven de Groninger Wellbeing Indicator. Het welbevinden van de bewoners is in het onderzoeksjaar verbeterd, (gemeten op een schaal van 0 tot 1), van 0,73 naar 0,83. Naast de verbetering van het welbevinden zijn de bewoners nu weerbaarder, minder kwetsbaar en vinden ze dat de zorg beter aansluit op hun behoefte.

Resultaat 2: Meer zeggenschap voor bewoners

Door de RuG is onderzoek gedaan naar de mate waarin bewoners in staat zijn hun eigen positieve vragen te formuleren en oplossingen aan te dragen en vervolgens naar de mate waarin Zorg Zonder Regels deze zeggenschap stimuleert. De conclusie is dat volgens bewoners zelf de zeggenschap en eigen regie is vergroot. Bewoners ervaren dat er minder betutteling is vanuit regels waar ze zelf niet om gevraagd hebben. In plaats daarvan is er beter contact met de medewerkers en ervaren bewoners dat er écht geluisterd wordt naar hun wensen en behoeften.

Resultaat 3: Vergroten van het werkplezier van medewerkers

De Hoven heeft meegedaan aan de benchmark van brancheorganisatie Actiz, uitgevoerd door PWC. In alle negen onderzochte gebieden van medewerkerstevredenheid scoren de afdelingen die meedoen aan Zorg Zonder Regels beduidend hoger dan het landelijk gemiddelde. Ook uit het onderzoek dat uitgevoerd is door de Rijksuniversiteit Groningen (RuG) komt naar voren dat medewerkers meer ruimte ervaren, het werk aantrekkelijker vinden en er meer voldoening uit halen.

Resultaat 4: Ontwikkeling van kwaliteit van medewerkers

Zorg Zonder Regels heeft een omslag in denken en werken gestimuleerd bij medewerkers. Het stoppen met werken vanuit regels geeft veel ruimte en die ruimte wordt ingevuld door grotere betrokkenheid bij bewoners, versterking van de onderlinge communicatie en praten met elkaar over dilemma’s. Niet iedereen volgt hetzelfde tempo in deze verandering. Dat vraagt om ondersteuning in de vorm van coaching en training. Eén van de medewerkers verwoordde heel treffend het resultaat van Zorg Zonder Regels: “Ik zag het eerst niet zitten, maar ik heb mijzelf veranderd.”

Deze resultaten overziend, mag worden geconcludeerd dat het project Zorg Zonder Regels een groot succes is. Zowel het welzijn van de bewoners is vergroot, als de tevredenheid van medewerkers. En dit zonder toegenomen kosten! De onderzoekers concludeerden: "Tijdens het project is gewerkt aan de autonomie van de bewoners, omdat dit tot meer welbevinden zou leiden. Door de medewerkers worden zelfredzaamheid en actief zijn als belangrijke componenten van welbevinden gezien. Uit ons onderzoek blijkt, dat de autonomie en de zelfredzaamheid van de bewoners zijn vergroot, maar ook dat de bewoners soms anders dachten dan de medewerkers over het vergroten van hun autonomie, zelfredzaamheid en actief zijn. Er zijn bewoners die niet zelfredzaam willen zijn en die liever verzorgd worden. Kunnen de medewerkers dan van deze bewoners verwachten dat zij toch meer zelf doen? Wat is de zeggenschap van de bewoners hierin? Dit voorbeeld toont wederom aan hoe belangrijk het is om te proberen de vraag achter de vraag te ontdekken."

Verantwoording moet nog wel anders

Om door te gaan met de werkwijze Zorg Zonder Regels is een andere verantwoording-systematiek nodig. Deze systematiek is er nog niet. De Groninger Wellbeing Indicator is een goed instrument gebleken om de subjectieve beleving van bewoners te meten. Wellicht is welbevinden een betere indicator voor de kwaliteit van zorg dan het meten van de kwaliteit van processen. Stakeholders hebben aangegeven deze richting te ondersteunen, maar hebben tegelijkertijd behoefte aan indicatoren die aangeven hoe De Hoven de nieuwe manier van werken borgt en hoe risico's worden gemedend. Die verantwoordingsystematiek moet nog worden ontwikkeld.

Overigens heeft De Hoven binnen het project Zorg Zonder Regels wel een aantal reguliere meldingen bijgehouden, zoals de Meldingen Incidenten Cliënten. Dit zijn meldingen van medicatiefouten of valincidenten. Daarbij is op de afdelingen veel gesproken over hoe om te gaan met het risico op incidenten.

André Enter (regiodirecteur Oost) is als projectleider van het project Zorg Zonder Regels vanaf dag één betrokken bij het bedenken en het implementeren van een manier van werken bij De Hoven die vaak ingaat tegen de gevestigde manier van denken en handelen. En dan ben je niet alleen en heb je de ketenpartners echt nodig om de verandering te realiseren. "Wat gaandeweg het experiment duidelijk werd, was dat we niet alleen staan in het zetten van stappen. Met name Menzis, VWS en Haagse politici hebben Zorg Zonder Regels omarmd en gesteund." De resultaten van het project tonen duidelijk aan dat het niet alleen anders moet, maar dat het ook anders kán. Hij is er trots op dat De Hoven op een 'on-Groningse' wijze toch de eerste stappen heeft durven zetten: "Voor mij als projectleider, maar vooral als betrokken mens, betekent Zorg Zonder Regels behalve al het bovenstaande een enorme inspiratie om verder te gaan en er aan te werken dat het nóg beter wordt in de ouderenzorg."



Zelf aan de slag

- 1) Geloof in je eigen visie.
- 2) Bepaal een duidelijk doel en resultaat.
- 3) Geef ruimte aan afdelingen.
- 4) Schrik niet van eerste tegenslagen.
- 5) Met elkaar delen van positieve ervaringen.



Interview
Wendy van der Kraan, ministerie van VWS





“Wij gaan uit van de kracht van de cliënt. Elk individu kan iets, heeft kennis en vaardigheden. Ook al ben je ziek, dan heb je nog steeds een idee hoe je jouw leven wilt leiden.”

Wendy van der Kraan is beleidsmedewerker bij het ministerie van VWS. Zij is ook ‘buddy’, want ze begeleidt de Groningse zorginstelling Stichting De Hoven bij het Experiment Regelarme Instellingen. Van dichtbij ziet zij welke regels werken en welke niet.

Wat doet u precies?

Wendy van der Kraan: “Ik zet me ervoor in dat de positie van de cliënt in de zorg wordt versterkt. Zodat mensen hun wensen en behoeften kenbaar kunnen maken en er zorg op maat wordt geleverd. Als buddy begeleid ik De Hoven bij hun experiment ‘Zorg zonder regels.’ En soms ben ik een soort smeerolie tussen de zorginstelling en bijvoorbeeld het zorgkantoor.”

Wat is uw doel?

“Zorgen dat iemand krachtig blijft, ook al heeft die persoon een aandoening, is hij tijdelijk of langere tijd ziek. Hoe houdt hij zoveel mogelijk zelf de regie, zodat er wordt ingegaan op wat hij zelf nog kan. Wat pakt hij op, waarvoor gaat ie wel naar de dokter?”

“Wij gaan uit van de kracht van de cliënt. Elk individu kan iets, heeft kennis en vaardigheden. Ook al ben je ziek, dan heb je nog steeds een idee hoe je jouw leven wilt leiden.”

“Iedere burger moet goed nadenken en zijn eigen rol invullen. Wij verschuiven hem heus niet als een schaakstuk op een bord. We leren hem op te letten hoe hij zijn stukken zó neerzet dat hij zoveel mogelijk zijn eigen rol blijft vasthouden.”

Verdwijnen er echt zoveel regels?

“Mensen worden rustiger als er minder beklemmende regels zijn. Ze voelen zich prettiger als ze niet meer standaard elke dag worden gewogen. Dan worden ze minder geconfronteerd met hun beperkingen.”

“Bij De Hoven staat het subjectieve welbevinden van bewoners centraal. Dat gebeurt aan de hand van het welbevindinstrument van Joris Slaets, een hoogleraar in Groningen. De Hoven heeft

onder meer de CQ-index afgeschaft. En ze willen de medewerkers meer ruimte geven om bij de richtlijnen van de Voedsel- en Warenautoriteit naar hun eigen professionele inzicht te werken.”

Hoe pakt dat uit?

“Het welbevinden gaat vooruit. Dat zit hem in kleine dingen. Mensen zijn er van huis uit aan gewend bepaalde dingen wel of niet te eten. Als iemand voor het slapen gaan een appeltje naast zijn bed legt en er 's nachts af en toe een hapje van eet, dan wordt dat appeltje niet meer weggegooid. En bij bewoners met dementie wordt de familie erbij betrokken.”

Waar let u verder op?

“Participatie is voor iedereen anders. Dat kun je niet afdwingen. Maar met ons beleid kunnen we wel beïnvloeden dat individuele mensen geprikkeld worden om hun leven zinvol in te vullen.”

“Een medewerker moet de moeite nemen even stil te staan bij wat iemand belangrijk vindt. Leer te luisteren naar wat mensen willen. Kijk goed hoe je iemand zoveel mogelijk kunt stimuleren. En houd dit vast zonder daarna in oude patronen te vervallen.”

Kunt u een voorbeeld geven?

“Een oude vrouw komt bij de gemeente, ze voelt zich eenzaam. Vaak eindigt zo'n contact ermee dat ze huishoudelijke hulp krijgt of dat haar ramen worden gelapt. Maar ze wil slechts naar haar dochter kunnen gaan. Als je dan niet goed luistert naar wat die persoon nodig heeft om aan de samenleving te blijven deelnemen, dan neem je een verkeerd besluit. Dat kan duur uitpakken.”

Voor wie doet u dit?

“Voor de cliënt, voor de burgers. We moeten kritisch blijven kijken naar de regels die vanuit Den Haag en door de instellingen zelf zijn opgelegd. Zo houden we ons steeds een spiegel voor.”

Waar leidt dit experiment toe?

“Betere en passender zorg. Meer op maat. Daar gaat het om.”

Meer informatie en deelnemers aan het Experiment Regelarme Instellingen 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, Decido BV | Willem Wansink (Interview Anja Jonkers en Wendy van der Kraan)

Redactie: *In voor zorg!*

Grafisch ontwerp: FIRM Creatieve Communicatie

Druk: Grafisch Bedrijf Crezée

Philadelphia

IJsselheem
THUIS EN ZORG EN WONEN

ALLE[®]ZORG

Vilente

BUURTZORG

herbergierthuis

JP van den Bent
stichting



De Hoven

VAN REGELS NAAR MENSEN

Mensen die in de zorg werken, willen in de eerste plaats zorg verlenen, geen formulieren invullen. Toch gaat te veel van hun tijd op aan administratieve handelingen en blijft er te weinig tijd over voor de cliënt. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) helpt bij het terugdringen van de administratieve lasten in de langdurige zorg. In het Experiment regelarme instellingen hebben 25 organisaties het initiatief genomen om praktischer en beter te werken. In deze eerste publicatie leest u over acht van deze praktijkvoorbeelden. Over welke regels zij hebben afgeschaft. En wat dat betekent voor medewerkers en cliënten.

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

In voor zorg! is een initiatief van
het ministerie van VWS en Vilans



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

