

VAN REGELS NAAR MENSEN

Deel 2

Experiment Regelarme Instellingen
in de langdurige zorg



In voor zorg!

INHOUD

VOORWOORD	2
PALET Buurtvrouwen slaan Handen Ineen	4
SURPLUS Van individueel indiceren naar wijkgericht arrangeren	10
INTERVIEW OEBELE HERDER, GEMEENTE LEEUWARDEN	16
OPELLA Vertrouwen geven, winnen en behouden	18
MIDDIN Van controle naar vertrouwen	24
CORDAAN Optimale kwaliteit voor de cliënt door maximale eenvoud	30
KWADRANTGROEP Indiceren kun je zelf	36
GGZ FRIESLAND SIP maakt onze mensen vrolijk	42
ICARE Loskomen van geprogrammeerd denken	48
INTERVIEW VICTORIA VAN DER MEULEN, ACHMEA	54
COLOFON	56

Martijn Verbeek, waarnemend directeur ministerie van VWS



VOORWOORD

Het Experiment Regelarme Instellingen is in volle gang. Hoewel de experimenten allemaal anders zijn, streven alle deelnemers een gezamenlijk doel na: meer ruimte voor professionals. Professionals die zich meer kunnen bezighouden met goede zorg voor hun cliënten.

Na bijna een jaar kunnen we stellen dat de experimenten veel weg hebben van innovaties. Bij innovaties draait het vaak om het combineren van bestaande producten en diensten om de kwaliteit ervan te vergroten. En dat is ook wat we bij de verschillende experimenten zien. De experimenten zijn gestart vanuit de behoefte om de administratieve lasten in de langdurige zorg aan te pakken. Wat we nu zien is dat veel administratieve lasten niet zijn ontstaan door overheidsregels, maar door eigen interne werkprocessen van de zorgaanbieder of in de samenwerking met de partners. Het aanpakken van de interne processen is niet altijd even makkelijk. Soms zijn er ingesloten patronen die doorbroken moeten worden, ook gaat het soms over zekerheden die mensen in hun werk moeten loslaten. Soms vraagt het ook om tijdelijke oplossingen. Experimenteren is hard werken, bij deelnemende zorgaanbieders en de landelijke organisaties om de ruimte te creëren. Graag wil ik iedereen daarvoor bedanken! We zien bij de medewerkers uit de experimenten dat zij de ruimte pakken. En deze ruimte vertaalt zich naar meer aandacht voor de cliënt,

maatwerk, gerichte service en dienstverlening. Kortom, meer kwaliteit. Daar gaat het uiteindelijk om.

De hervorming van de langdurige zorg vraagt een cultuuromslag bij cliënten en professionals in de keten. In het Experiment Regelarme Instellingen zien we op onderdelen al voortekenen hoe dit zou kunnen gaan werken. Soms gaat het om het elkaar vinden door buiten de strikte indeling van verantwoordelijkheden te treden. En soms gaat het om maatwerk naar de cliënt.

Voor beleidsmakers gaat het erom de innovatie vorm te geven in hun beleid. De ervaringen uit het Experiment Regelarme Instellingen gebruiken we voor het ontwikkelen van nieuw beleid. Voor de zorgaanbieders gaat het erom hun ervaringen breed te delen met anderen. Zodat ook anderen kunnen innoveren.

De ervaring met innovatie is dat het even duurt voordat het zich verspreid. Zou het mogelijk zijn om in de langdurige zorg de Experiment Regelarme Instellingen ervaringen sneller te verspreiden? Wij doen er in ieder geval alles aan!

Deze publicatie is het vervolg op deel 1. Ook hierin leest u de verhalen van acht deelnemers, het zorgkantoor Achmea en Gemeente Leeuwarden. Niet alleen de ervaringen van de projectleiders, maar ook de ervaringen van klanten en medewerkers. Ik wens u veel leesplezier.

Martijn Verbeek, waarnemend directeur ministerie van VWS



A photograph of three women standing outdoors at night, engaged in conversation. The woman on the left has short brown hair and wears glasses and a grey jacket. The woman in the middle has short grey hair and wears a grey jacket with a black scarf. The woman on the right has short white hair and wears a dark vest over a blue patterned shirt. They are standing in front of a background of green plants. An orange semi-transparent banner is overlaid on the middle of the image, containing the title and subtitle.

Palet

Buurtvrouwen slaan Handen Ineen

Het experiment: integrale zorg met één wijkbudget en meerdere aanbieders.

Roeli Mossel, directeur Palet



“Is dat wat wij doen in de intramurale ouderenzorg, wel wat burgers fijn vinden of vinden zij iets anders fijner?”

Als de cliënt écht centraal zou staan, zou hij geen last moeten hebben van wie de benodigde zorg betaalt: de gemeente (via de Wmo) of het rijk (via de AWBZ). Integrale zorg zonder financieringsschotten is het droombeeld bij het vormgeven van een optimale zorginfrastructuur. Met de buurvrouw als centraal aanspreekpunt in wijken in Leeuwarden, komt die droom een stuk dichterbij...

De Vosseparkwijk, De MTV wijk en het Valeriuskwartier zijn vooroorlogse wijken gelegen in het oude westen van Leeuwarden. Uit onderzoek is gebleken dat de ouderen met veel plezier in hun wijk wonen en hier graag willen blijven tot aan hun dood. Om hun wensen mogelijk te maken, denkt Palet al langer na over een 'optimale zorginfrastructuur'. Roeli Mossel, directeur Palet, geeft aan dat al in 2001 binnen Palet gedachten op gingen zoals 'Is dat wat wij doen in de intramurale ouderenzorg, wel wat burgers fijn vinden of vinden zij iets anders fijner?'. Niemand wil namelijk graag naar een verzorg- of verpleeghuis, maar zo lang mogelijk zelfstandig wonen in zijn eigen omgeving. "Wij zijn toen al gestart met wijkgericht denken en zijn we van zes vestigingen naar zeventien vestigingen gegaan."

Suboptimalisatie in de wijk

De noodzaak om samen te werken met andere zorgaanbieders binnen de wijk en met de gemeente is ontstaan in 2006 toen het gebruik van dagcentra is onderzocht. De uitkomsten waren duidelijk: door onderlinge concurrentie en verschotting van financiering werden cliënten, die én behoefte én recht hadden op dagopvang, toch niet goed doorverwezen. Roeli Mossel: "Het was duidelijk suboptimaal. Toen zijn we contacten gaan leggen met de andere zorgaanbieders en met de gemeente."

In de periode 2006-2010 werd de visie 'terug naar de kracht van de mens en gemeenschap' steeds duidelijker. De eerder ontstane

contacten met de andere aanbieders Noorderbreedte, Thuiszorg Het Friese Land (TFL), Zorgkompas en Stichting Welzijn Centraal werden aangehaald en overige partijen binnen Leeuwarden werden betrokken. Samen hebben ze nagedacht over hoe de cliënt optimaal bediend kon worden als er geen knelpunten zouden bestaan. Naar aanleiding hiervan zijn de eerste contacten met het ministerie van VWS ontstaan, omdat duidelijk werd dat bij deze grote mate van samenwerking, vrijstellingen van sommige wet- en regelgeving benodigd waren. Ministerie van VWS heeft deze vraag aangegrepen om het project 'Handen Ineen' binnen het Experiment Regelarme Instellingen een plek te geven. Samen hebben de partijen 2012 gebruikt om de contouren van het plan vorm te geven, zodat in 2013 gestart kon worden.

Eén wijkbudget, gezamenlijke ontschotte financiering

Binnen het project is een model ontwikkeld dat in hoofdlijnen het volgende omvat: de gemeente en het zorgkantoor besteden gezamenlijk de wijk Leeuwarden West als kavel aan op basis van criteria die door burgers (gebruikers) zijn opgesteld. Zorg, diensten en welzijnsactiviteiten worden integraal aangeboden binnen een wijk door één nieuw wijkteam, waarbij medewerkers van verschillende zorgaanbieders werkzaam zijn. Integraal betekent: één medewerker zal bij een groep cliënten zowel verantwoordelijk én uitvoerend zijn voor zorgactiviteiten ('s ochtends), voor dienstverlening (aan het eind van de ochtend) en voor welzijnsactiviteiten ('s middags). Tevens worden nieuwe diensten ontwikkeld waarbij de nadruk ligt op het versterken en vergroten van netwerken, waardoor de beweging op gang komt om naar meer informele zorg te gaan.

Om dit te bereiken moet er het nodige op zijn kop gezet worden: aanbieders moeten integraal kunnen leveren zonder geremd te worden door de schotten tussen de AWBZ en de Wmo. Met de start van het experiment 'Handen Ineen' is voor de hele wijk Leeuwarden West één wijkbudget ter beschikking gesteld,



“De rol van aanbieder moet worden vervangen door een rol als facilitator.”

waaruit de aanbieders gezamenlijk de totale hulpvraag bij ouderen vanuit de wijk moeten bedienen. Dus zowel ondersteuning in het kader van de Wmo als zorg en begeleiding uit de AWBZ kwam hiermee op één grote hoop. Met deze beslissing was het eerste knelpunt opgelost: de ontschotting is, gedurende het experiment, een feit.

Een grote nieuwe uitdaging

Eén budget voor integrale hulpvragen klinkt prachtig, maar vraagt tegelijkertijd om grote en ingrijpende veranderingen in leveren van de zorg: niet elke instelling voor zich bepaalt en levert de zorgbehoefte, maar er moet expliciet worden samengewerkt met andere zorgaanbieders. Roeli Mossel: “We moesten van concurrenten naar samenwerkingspartners, waarbij geld en bevoegdheden in een ander perspectief moesten worden geplaatst.” Het begint natuurlijk al bij de vraag wie het aanspreekpunt wordt voor de cliënt, want de cliënt moet juist voordeel ervaren en niet met elke afzonderlijke partij een apart zorg- of ondersteuningsplan maken. De buurtverpleegkundigen (de ‘buurtvrouwen’) zijn verantwoordelijk voor het opstellen van de indicatie en het bijbehorende plan. Op basis van dit plan worden zorgarrangementen opgesteld, waarbij de cliënt kan kiezen voor een zorgaanbieder. Palet treedt, als initiatiefnemer, binnen dit experiment op als ‘penningmeester’ voor de overige zorgaanbieders binnen het samenwerkingsverband.

Aanvragen en gelijk loslaten

De spil in het samenwerkingsverband is het team van de vier buurtvrouwen. Zij hebben de verantwoordelijkheid en de competentie om te bepalen welke zorgbehoefte een cliënt werkelijk heeft. In het experiment is overeengekomen dat zij zelf de indicatie mogen vaststellen in plaats van het CIZ. Net als bij andere experimenten (waaronder die van de Kwadrantgroep) blijkt dat dit tijd bespaart én dat veel sneller de juiste zorg geleverd wordt.

Het klinkt tegenstrijdig, maar de zelf aangevraagde indicatie wordt bij het bepalen van het zorgarrangement direct weer losgelaten. “Door het loslaten van de indicatie is de mogelijkheid om van mens tot mens te kijken naar hun situatie, dus niet te vertellen wat goed is, maar te vragen naar wat wil je, wat kun je

zelf nog en wat is nodig”, zegt Hendrikje Waterlander, één van de vier buurtvrouwen binnen het experiment ‘Handen Ineen’. Het loslaten van de indicatie scheelt ook weer tijd. Regien Kuipers, verzorgende thuiszorg en persoonlijk begeleider Leeuwarden West: “In het verleden waren indicaties lastig. Bij de aanvraag had je nog te weinig kennis over de nieuwe cliënt en over de benodigdheden. Hierdoor waren de indicaties niet accuraat of moesten ze snel gewijzigd worden en dan zat ik wel eens 45 minuten aan de telefoon met het CIZ over een indicatieaanvraag.” Dat de indicaties worden losgelaten bij het bepalen van de te bieden zorg, maakt dat aanvullende indicaties ook niet worden aangevraagd. “Alles bij elkaar scheelt het mij de helft van de tijd die ik voor het experiment bezig was met indicaties aanvragen of laten wijzigen.”

Mooier en leuker

De eerste reacties op het bieden van zorg aan de hand van een zorgleefplan in plaats van de strakke indicaties zijn positief. Alette Oosterbaan, leidinggevende thuiszorg en dagactiviteiten Leeuwarden West: “Het is voor de medewerkers veel leuker. In het begin bedenk je je steeds ‘dit kan niet, oh ja wel’ of ‘oh, ik had misschien even de zoon moeten bellen’. Je bent in staat meer te bieden en je krijgt veel meer waardering terug van cliënten.” “Een voorbeeld hiervan is dat ik nu soms bij een cliënt een patatje kan regelen als avondeten. Eerst kon dit niet, want het was officieel niet mijn werk. Nu kan het wel en hebben we zelfs met de cafetaria in de wijk afspraken over voorrang van onze bestellingen. Het scheelt mij ook nog eens tijd in de zorgverlening, want ik hoef niet de tafel te dekken, af te ruimen, et cetera, wat officieel wel mijn werk was. En het belangrijkste nog, mijn cliënt is er zo blij mee.”, zegt Regien Kuipers.

Dat de zorg vanuit één wijkbudget wordt gefinancierd maakt dat er écht gekeken kan worden naar de werkelijke behoefte van de cliënt, hetgeen eigenlijk altijd maatwerk is. “De zorg is verschillend per persoon, medewerkers hebben de vrijheid in hun hoofd nodig om dit toe te laten. Regelarm werken draagt bij aan die vrijheid.”, zegt Han Morshuis, manager binnen Palet. “Dat er geen schot meer bestaat tussen AWBZ en Wmo maakt dat mevrouw Jansen op een verdrietige dag, bijvoorbeeld één jaar na het overlijden van haar man, naar het dagcentrum kan gaan, zonder indicatie, gewoon omdat dat op dat moment is waar zij behoefte aan heeft.”

“Handen Ineen is minder rekenschap met de regels, echt luisteren naar de cliënt, kijken waarmee je hem kan helpen.”

Buurtvrouw als spil van de wijk

Het inzetten van de buurtvrouwen als onafhankelijk contactpersoon voor de indicatie en zorgplannen is al een grote winst. Maar nog veel belangrijker is hun netwerk: zij weten als geen ander om de gevraagde hulp en ondersteuning te regelen. Zij kennen verschillende (soorten) hulpverleners, vrijwilligers, et cetera, die aangesproken kunnen worden om de specifieke hulpvraag van een cliënt te beantwoorden.

Alette Oosterbaan: “De buurtvrouw is de sleutel om de vraag bij de cliënt te laten en de eigen regie door de cliënt te stimuleren.” De buurtvrouw is niet alleen vanuit de deelnemende aanbieders te benaderen. Ze is er juist ook voor burgers uit de wijk, of voor andere hulp- en zorgverlenende partijen, zoals huisartsen en dergelijke. En voor meer dan alleen direct zorggerelateerde vragen. Han Morshuis: “De buurtvrouw is de sleutel om de vraag bij de cliënt te laten en zij kan de regie door de cliënt stimuleren. Zij heeft een zoveel groter spectrum aan oplossingen te bieden om over mee te denken. Daarbij is de cliënt aan zet. Hij maakt de keuze. De buurtvrouw heeft geen belang bij de ene of de andere oplossing, anders dan dat het de beste voor de cliënt moet zijn.”

Faciliteren en stimuleren van zelfredzaamheid

De buurtvrouw kan dus helpen daar waar zorgverlening (nog) niet de oplossing is. Dit is wat Klaas de Jong, projectleider ‘Handen Ineen’ bij Palet, de tweede grote uitdaging noemt: de fundamentele veranderende rol van de zorgaanbieder. “De rol van aanbieder moet worden vervangen door een rol als facilitator. We moeten leren denken vanuit ‘hoe kunnen we de wijk, het leefgebied, helpen met wat de inwoners hiervan willen. Op deze manier kan meer hulp geboden worden. De buurtvrouw is zo belangrijk, zij is echt een vooruitgeschoven post.”

Stimuleren van zelfredzaamheid start in de visie van Palet bij de buurtvrouw. Zij begint met het ‘afpellen’ van de totale hulpvraag, vanuit het belang van de cliënt. Bij het opstellen van het zorgleefplan wordt eerst gekeken naar wat de cliënt nog zelf kan. Daarna wordt gekeken hoe hulp geboden kan worden vanuit het eigen netwerk van de cliënt. Als derde wordt gekeken naar de wijk:

waar kunnen eventueel vrijwilligers ingezet worden en mensen met elkaar ‘verbonden worden’. Pas als laatste komt de vraag wat er vanuit de zorgverlening geleverd dient te worden. De buurtvrouw is als geen ander in staat om het maximale uit die eerste drie lagen te halen. Hiermee wordt voorkomen dat cliënten ‘te vroeg in het zorgsysteem gezogen worden’. Regien Kuipers: “Handen Ineen is minder rekenschap met de regels, echt luisteren naar de cliënt, kijken waarmee je hem kan helpen zonder gelijk terug te vallen op de standaard zorgpakketten.”

Door het aanbrengen en stimuleren van deze gelaagdheid, groeit niet alleen de zelfredzaamheid (en hiermee het zelfvertrouwen) van de cliënt, maar ook het (zelf) vertrouwen van de sociale kring rondom een cliënt. Dit is waar het in de toekomst meer en meer naar toe moet gaan, aldus Klaas de Jong: “Ontzorgen is het verschil tussen ‘U heeft een probleem, oké, wij lossen het voor u op?’ én ‘U heeft een probleem, oké, wat jammer, hoe wilt u het oplossen en zullen we samen zoeken naar oplossingsmogelijkheden.”

Logische weerstand bij cliënten én medewerkers

Deze manier van voldoen aan de hulpvraag van cliënten leidt ook wel eens tot weerstand. Cliënten laten nog wel eens horen ‘maar ik heb toch recht op zorg’. “Maar dit wordt wel minder”, zegt Hendrikje Waterlander, “Soms is het wel lastig om hierover in gesprek te gaan en blijven met cliënten. Gelukkig kan ik ‘spelenderwijs’ nog wel eens het inzicht bereiken, cliënten zeggen dan ineens: ‘oh ja, vroeger bedacht ik dat ook zelf, dat kan ik nu natuurlijk ook.’” Regien Kuipers: “Ik ben al blij als ‘recht hebben op’ verschuift naar ‘het is leuker om gebruik te maken van mijn netwerk’. Het is niet zorg ontnemen, maar je hoopt dat iets anders ook mogelijk is en dat ze dat willen proberen te bereiken. Als dat niet lukt, dan is het binnen ‘Handen Ineen’ heel fijn dat de zorg zo snel geboden kan worden.”

De eerste resultaten van 2013 laten een daling zien in zowel het aantal indicaties als de zorgconsumptie. Dit lijkt te bevestigen dat goede integrale zorg en stimulering van zelfredzaamheid leidt tot minder zorgconsumptie. “Nu doen we alleen wat nodig is, en niet meer altijd de drie uur thuiszorg die we vanuit de indicatie mogen leveren. Alleen dat wat echt nodig is”, zegt Regien Kuipers.

“Voor en door burgers in de wijk”

Dat de buurtvrouw via haar netwerk waarde toevoegt door alternatieve wegen te bewandelen, blijkt uit het volgende voorbeeld.

Zo hadden we laatst een mevrouw die eigenlijk niet meer haar eigen hondje kon uitlaten. Soms deed haar zoon het, maar die kon dat ook niet elke dag doen. Eigenlijk was de onvermijdelijke conclusie dat het hondje weg moest bij haar baasje.

Toen is de buurtvrouw ingeschakeld. Zij heeft uiteindelijk in haar grote netwerk een autistische jongen gevonden die begeleid woonde in dezelfde wijk. Deze jongen wilde al jaren dolgraag een eigen hondje hebben, maar dat niet mocht in het huis waar hij woont. Nu laat hij dagelijks het hondje uit en zijn beide dolgelukkig!”

Roeli Mossel: “Op dit moment zien we overigens juist een stagnatie in het ontzorgen ontstaan. Waarschijnlijk komt dit door het bewustzijn bij onze medewerkers dat het ontzorgen hun werk doet verminderen, dan wel op termijn doet verdwijnen.” Han Morshuis vult aan: “De verzorgende met een flexibel contract, denkt aan het eind van de maand minder salaris over te houden als ze mevrouw Jansen leert om het ‘weer zelf te doen’.” Bovenstaande signaleringen zijn deels te ontkrachten door het bestaan van het wijkbudget en door te wijzen dat er juist meer mensen geholpen kunnen worden in dezelfde tijd. Anderzijds is het een reëel gevolg, wat niet door de zorgaanbieder alleen opgelost kan worden. “Wij zijn hierover in gesprek om te kijken hoe we dit breder, bijvoorbeeld zelfs op provincieniveau kunnen oplossen.”, zegt Roeli Mossel. “We hebben namelijk de verwachting dat over een aantal jaren iedereen weer nodig is.”

Minder registratie bij verantwoording

Voor de verantwoording van het wijkbudget is afgesproken dat planning gelijk is aan realisatie. Daarmee is de registratie en bewijslast sterk verminderd. Palet levert zorgarrangementen, die een afgeleide zijn van de zorgleefplannen, die vertaald zijn naar aantal minuten zorg. De zorgarrangementen moeten vanwege de eigen bijdrages nog wel geregistreerd worden. “Het zorgarrangement registreren is alleen maar nodig in verband met de eigen bijdrage, anders zouden we dat ook niet meer doen.”, zegt Alette Oosterbaan. De registratie van de zorgarrangementen is wel een heel stuk minder dan de registratie hiervoor. “Vanaf 1 februari 2013 registreren we niet meer op basis van minutenregistratie, dat scheelt in controlefunctie als leidinggevende veel tijd.”

Overigens is volledige ontschotting niet mogelijk door het bestaan van de eigen bijdrage. Het CAK wil namelijk wel informatie hierover ontvangen. Het zorgarrangement wordt ingedeeld naar of AWBZ of Wmo aan de hand van de kern van het zorgaanbod. Deze administratieve last is dus niet optimaal verminderd. Wel is het AZR-berichten verminderd. Ook het zorgkantoor vindt het eng om los te laten en geen AW319 berichten meer te ontvangen. Han Morshuis: “Net als voor zorgaanbieders is het voor het zorgkantoor ook zoeken naar een nieuwe manier van verantwoorden.”

Afleren van oud gedrag

Het afschaffen van minutenregistratie en het bepalen van het zorgarrangement leidden in het begin wel tot onzekerheid bij de medewerkers. “‘Hoeveel tijd moet ik inschatten voor welke activiteit?’, ‘Is mijn tijd wel reëel voor iedereen of doen mijn collega’s het sneller of langzamer?’, dat zijn wel vragen die ik mijzelf vaak heb gesteld in het begin.”, geeft Regien Kuipers aan. De ingeschatte tijd wordt vanaf de start van de zorgverlening gemonitord, hoeveel is gepland en hoeveel wordt werkelijk besteed, wordt vergeleken. Als het afwijkt dan wordt dit besproken met de persoonlijk begeleider en wordt eventueel het zorgarrangement aangepast.

Deze onzekerheid stuitte niet echt op weerstand, want er kwam veel vrijheid voor terug. Het afleren van jarenlang gedrag bleek moeilijker te managen. Klaas de Jong: “De grootste moeilijkheid is het oude gedrag en het oude denken. De valkuil van nieuw gedrag koppelen aan oude regels, zoals marktwerking, concurrentie en productie, is aanwezig.” Hiermee zijn we terug bij de eerste grote uitdaging: de samenwerking met andere zorgaanbieders. Het loslaten van ‘wij-zij’ denken is in praktijk erg moeilijk. Dit is tot op de dag van vandaag nog steeds een valkuil waar de samenwerkingspartners in kunnen stappen. Han Morshuis: “Samenwerken is een grote en moeilijke stap, maar wel de beste stap.”

Van experimenteren naar ‘wijkleren’

Kijkend naar de medewerkers en de cliënten kunnen we er niet omheen dat het project veel positieve gevolgen heeft voor hen allen. Het is weer mensenwerk geworden. Cliënten, medewerkers, vrijwilligers, netwerk, allemaal mensen. Die allemaal hun zingeving bereiken door de rol die zij vervullen in dit sociale geheel. Het is niet meer de zorgvraag en de zorg waar iemand recht op heeft.

Bij medewerkers is enthousiasme te zien, aanstekelijk enthousiasme zelfs, want het straalt af op de collega’s die niet binnen het experiment werkzaam zijn, maar wel nieuwsgierig geworden zijn. Ook is te zien dat de rol van de leidinggevende is veranderd in een meer coachende rol. De veiligheid van de regels is met de regels zelf ook verdwenen namelijk. Dit maakt dat het

echt niet slechts het afschaffen van regels is, het is een verandering van de hele organisatie. Een verandering die de vrijheid bij medewerkers moet creëren om flexibel te zijn om vanuit de behoefte van de cliënten hulp- en / of zorgverlening te bieden.

Het enthousiasme dat bestaat bij de medewerkers en de mooie kampvuurverhalen die het project in de afgelopen korte periode dat het experiment actief is al oplevert, vraagt om voortzetting in de toekomst. "Het verhaal van de cliënte met het hondje en de autistische jongen die het hondje nu uitlaat, laat zien dat de wijkgerichte kijk een enorm krachtige is.", aldus Roeli Mossel. Het samenbrengen van meerdere hulp- en zorgbehoevende groepen in de wijk, die voor elkaar kunnen zorgen, gaat waarschijnlijk meer vorm krijgen in een wijkleerbedrijf. In het wijkleerbedrijf kunnen zorggerelateerde opleidingen gevolgd worden, waarbij de praktijkontwikkeling opgedaan wordt bij de zorgbehoevende ouderen in de wijk met een kleine, kwetsbare omgeving. Met dit initiatief wordt vanuit de participatiegedachte, die ook aan de basis staat van 'Handen Ineen', breder gekeken naar de mogelijkheden voor burgers. De hoop bestaat dat een structuur ontstaat waarin mensen elkaar weer willen helpen.

Kijkend naar deze initiatieven, die door de gemeente Leeuwarden enthousiast worden ontvangen, is het niet mogelijk dat de in gang gezette verandering nog teruggedraaid wordt. Enerzijds zal

dit niet meer geaccepteerd worden door de cliënten, die de regie in eigen handen willen houden en anderzijds kan het ook niet om in de toekomst de zorgvraag nog ingevuld te krijgen.

Een kanttekening hierbij is wel dat deze nieuwe situatie ook vraagt om een nieuw sturingsmechanisme. Roeli Mossel: "Je kan niet hervormen met dezelfde parameters. Er moeten afspraken gemaakt worden over het nieuwe te behalen resultaat."

Praktijktip

Intervisie

Tijdens het project hebben de buurtvrouwen onderling casus-besprekingen en intervisiebijeenkomsten. Tijdens deze bijeenkomsten bespreken ze successen en knelpunten. Hierdoor leren ze over en weer van elkaar en elkaars oplossingen. Deze ervaringen delen zij met hun achterban, zowel het wijkteam, als de vrijwilligers en andere partners in het netwerk. Zo halen ze het maximale uit de gezamenlijke leerervaring. De belangrijkste voorwaarde voor een goede intervisie is dat de anderen alleen maar vragen mogen stellen of ideeën genereren. Ze mogen in eerste rondes niet reageren met 'dat lukt toch nooit' of 'zou je het niet beter zo en zo doen'. Ook bestaat er tijdens intervisie geen hiërarchie, maar worden ideeën en verbeteringen op basis van gelijkwaardigheid uitgewisseld.





Surplus

Van individueel indiceren naar wijkgericht arrangeren

Het experiment: een (keten-)programma voor
de transitie AWBZ-begeleiding naar Wmo.

Anton van Mansum, bestuurder Surplus

“Hoe voorkomen we dat na de transitie er veel te veel regels voor de keten bijkomen?”



‘Voordat het je overkomt, kun je er maar beter klaar voor zijn’ moet het motto zijn geweest van Anton van Mansum, bestuurder van Surplus, toen hij het ministerie van VWS benaderde met zijn ideeën om de transitie naar de Wmo regelarm aan te pakken. Niet nadenken over ‘welke regels schaffen we nu af voor Surplus?’, maar ‘Hoe voorkomen we dat na de transitie er veel te veel regels voor de keten bijkomen?’. Een complexe vraagstelling onder het adagium ‘voorkomen is beter dan genezen’.

Een mogelijk horrorscenario?

Als gesprekspartner voor het ministerie van VWS over hoe de bureaucratie in de zorg te verminderen, was het voor Surplus gelijk duidelijk dat zij zich in zou schrijven voor het Experiment Regelarme Instellingen. Voor Anton van Mansum was het ook duidelijk dat het niet moest gaan om afschaffen van bestaande regels binnen Surplus. De transitie van AWBZ-begeleiding naar Wmo vraagt om een bredere en andere kijk. Een kijk op een regelarme keten na de transitie. “Ik kan, als zorginstelling, wel drie à vier procent besparen door regelarm te werken, maar dan komt er straks twintig procent kosten bij door de totale transitie naar de gemeenten. Dan hebben we helemaal niet het gewenste resultaat. Ik heb nu één FTE om met alle gemeenten te communiceren. Dat worden er, als we niks doen, straks waarschijnlijk drie FTE. En dan heb ik het alleen nog maar over de communicatie over de huishoudelijke zorg.”

Surplus nam het initiatief om het vraagstuk ketenbreed aan te pakken en vond het ministerie van VWS bereid om via het experiment ruimte te bieden aan verkenningen hoe het systeem regelarmer kon worden opgezet. Gelet op de grote verandering en de rol van de gemeenten hierin, kwam het experiment op het perfecte moment. Eigenlijk is het een totaal ander experiment dan alle anderen. Het gaat hier namelijk niet om het afschaffen

van bestaande regels en procedures, maar om een schets van een nog niet bestaande situatie. Dé kans om vooraf te bedenken hoe het beter kan. En dat is beter dan achteraf repareren. “Nu is het moment om te kijken naar hoe we minder geld hoeven te besteden aan bureaucratie, met de overgang naar de 408 gemeenten in Nederland. Anders, als je het niet nu doet, ontwikkelen de kosten zich misschien wel kwadratisch.”

Samen ontdekken wat regelarm kan

Het systeem herinrichten doe je niet alleen. Vanaf het eerste moment heeft Surplus zich dat gerealiseerd. Gemeenten, zorgkantoor, zorgverzekeraar en andere zorg- en welzijns-aanbieders zijn cruciaal als je écht iets wilt veranderen. En hoe ziet dan het gewenste resultaat eruit? Daar moeten alle partijen het ook wel min of meer over eens zijn. Of, op zijn minst over de visie achter de herinrichting.

Als eerste heeft Surplus, vooral actief in West-Brabant, samenwerking gezocht met de belangrijkste stakeholders uit haar regio. Het zorgkantoor (CZ) wordt vertegenwoordigd door Angela Bras, manager afdeling verpleging en verzorging. De achttien gemeenten worden vertegenwoordigd door Mark van Oosterhout, wethouder in Drimmelen, en John van Hal, wethouder in Rucphen. Directeur van Zorgbelang Brabant, Cock Vermolen, vertegenwoordigt de zorgconsumenten. De veertig zorg- en welzijnsaanbieders worden vertegenwoordigd door Surplus, in de persoon van Anton van Mansum, en Erik Sloot, GGZ bestuurder. Deze zes personen zijn onderdeel van de kerngroep van dit experiment, dat begeleid wordt door twee In voor zorg-coaches, Marjolein Lotsy en Annemiek Janzen.

Gezamenlijk zijn deze ketenpartners op zoek naar de systemische randvoorwaarden en antwoorden op vragen als ‘Hoe regel je de toegang?’, ‘Waar verantwoord je op?’ en ‘Hoe maximaliseer je flexibiliteit?’. Angela Bras: “Het is een uniek

“De essentie is klein beginnen. Leer eerst elkaars wereld eens kennen en ga samen ontdekken. Stapje voor stapje tot elkaar komen.”



experiment, project, omdat het niet maar bij één instelling gebeurt. Het is een samenwerking met alle verantwoordelijke partijen. En het is niet gericht op een vooraf bedacht plaatje, maar het is een ontdekkingsreis vanuit het gezamenlijk verlangen om de bureaucratie en regels stevig te verminderen.”

Wijkgerichte, ontschotte, aanpak

Natuurlijk ligt er wel een visie ten grondslag aan de ontdekkingsreis. Die visie is dat na de transitie een wijkgerichte aanpak gevolgd gaat worden om gecombineerde zorg te bieden. Met gecombineerde zorg bedoelt de kerngroep een mix van collectieve zorg en individuele zorg, die zowel in tijd als in financiering naast elkaar bestaan en waartussen makkelijk gewisseld kan worden. “Een mooi voorbeeld van een wijkgerichte aanpak, met gecombineerde zorg en de mogelijkheid tot een snelle switch is de dagbesteding. De dagbesteding kun je organiseren voor de hele wijk. Misschien zelfs door en voor verschillende zorgbehoevende doelgroepen. Een GGZ patiënt kan wellicht heel goed bijdragen aan de dagbesteding voor de ouderen in de wijk. Maar een GGZ patiënt moet soms wel even snel individuele zorg krijgen. Dat ‘even snel’ kan alleen als het regelarm is. De zorgverlening gaat dan over de huidige schotten heen.”, zegt Mark van Oosterhout.

Collectieve zorg als het kan en individuele zorg als het moet. Met de wijkzuster als centrale spil. Als het aan de ketenpartners ligt, komt de wijkzuster weer terug de wijken in. Zij moet vanuit de specifieke vraag van de cliënten voor iedere cliënt de passende hulp en zorg kunnen combineren. Deze combinatie kan voor één cliënt op verschillende momenten anders zijn. Anton van Mansum: “Om hierop maximaal in te kunnen spelen en de beschikbare middelen zo efficiënt en effectief mogelijk in te kunnen zetten, heeft de wijkzuster vertrouwen, maar vooral regelruimte nodig.” Met regelruimte wordt hier onder andere bedoeld: de mogelijkheid om snel een switch te maken of ongehinderd te zijn door indicaties om een combinatie te kunnen maken tussen Wmo en AWBZ gefinancierde hulp en zorg. “De wijkzuster moet dus niet indiceren, dat is het maken van een foto, maar moet regelruimte en vertrouwen krijgen om te kunnen arrangeren, dat is het maken van een film.”, zegt Anton van Mansum.

Arrangeur en regisseur

Een tweede pijler van de visie, naast arrangeren binnen de wijk, is het regisseren door de cliënt zelf. “De cliënt staat niet centraal. Dat zou suggereren dat de cliënt passief in het middelpunt staat, met een hoop hulp- en zorgverlening eromheen. Nee, zij komt in de regie, door haar een plek te geven náast de behandelaars. Zij wordt als het ware mede-behandelaar. Zij moet meebeslissen en is weer eigenaar van haar probleem, haar vraag.”, zegt Cock Vermolen. De combinatie van wijkgericht werken en denken in termen van gemeenschappelijke belangen, zorgt dat er oplossingen bedacht worden op basis van gelijkwaardigheid. Zo kunnen combinaties ontstaan die niet alleen kostenbesparend zijn, maar ook meer kwaliteit leveren. Het kunnen combineren van Wmo- en AWBZ-financiering en het terugplaatsen van de cliënt in eigen regie, maakt dat de zorgverlening op lange termijn veel duurzamer wordt en houdbaarder voor de Nederlandse economie.

Vijftien experimenten met één gezamenlijke wens

Om het eindplaatje onderbouwd vorm te kunnen geven, vinden binnen de regio West-Brabant vijftien losse experimenten plaats. Deze experimenten zijn in te delen in de volgende thema's:

- sociale wijkteams;
- sociaal netwerk;
- integrale dagbesteding;
- toegang (indicatiestelling);
- informatievoorziening; en
- gekantelde financiering.

Elk van deze experimenten is een proeftuin om een (deel van de) mogelijke toekomstige situatie uit te testen. “Soms is het veiliger om een steentje op te pakken in plaats van een heel gebouw.”, zegt Marjolein Lotsy, coach vanuit *In voor zorg!* Hieruit komen al mooie ervaringen naar voren. Bijvoorbeeld in Bergen op Zoom waar een collectieve dagopvang is gestart, waarbij GGZ patiënten ouderen begeleiden. Dat gaat goed! Maar ook in Oosterhout, waar door het sociaal wijkteam de integratie tussen welzijn en zorg wordt gezocht binnen een wijkgerichte aanpak. Hieruit blijkt dat je hiervoor moet kunnen coördineren en uiteindelijk één wijkbudget nodig hebt.



Cock Vermolen, directeur Zorgbelang Brabant

“Het is tijd voor herbezinning en nieuwe verhoudingen.”

Anders denken door iedereen, ook de cliënt

Het is erg belangrijk dat Zorgbelang Brabant aangesloten is bij het experiment. Mensen, de cliënten, moeten meer zelf gaan doen, niet alle hulpvragen zullen en kunnen vanuit de zorgverlening beantwoord worden na de transitie. De rol van Zorgbelang Brabant is om over deze paradigmashift in gesprek te gaan met de achterban en de bewustwording teweeg te brengen dat deze shift noodzakelijk is. “Het is onze taak om mensen anders te laten denken over bijvoorbeeld herstel, participeren en het krijgen van een actieve rol als cliënt. Vanuit Zorgbelang kun je makkelijker communiceren over hoe de wereld er straks uit gaat zien voor de zorgconsument. Een mooi voorbeeld is: ‘Een patiënt wilde een nieuw medicijn niet, omdat het een andere kleur had. Ik kan dan als patiëntenorganisatie makkelijker zeggen, ‘niet zeuren, we moeten allemaal bijdragen’. Natuurlijk zeg ik dan ook richting artsen dat zij meer voorbereidende communicatie moeten verzorgen over de nieuwe medicijnen en eventuele bijwerkingen.”, aldus Cock Vermolen.

De regionale keten

Ondanks dat in de visie van het experiment de wijkgerichte aanpak centraal staat, is bewust gekozen voor een regionale samenwerking. Angela Bras: “Het experiment is erop gericht om richting de toekomst integrale zorgoplossingen over financieringsstromen heen te kunnen bieden. Maar dat is niet het enige integrale. Integraal is ook over gemeenten en zorg- en welzijnsaanbieders heen. En dan is het mooi dat we een regionale samenwerking zijn aangegaan, want we kunnen na de transitie niet individueel per gemeente een aanpak bepalen. Anderzijds kunnen we nu ook ondervinden wat je wel of niet met achttien gemeenten samen regelt en wat je wel of niet per subregio kan doen. Of wat doe je als iemand niet mee wilt doen. We moeten ook niet vergeten dat regelarm niet alleen voor zorgaanbieders voordelen heeft, ook voor het zorgkantoor is dat het geval.”, zegt Angela Bras.

Reis zonder exacte eindbestemming

Buiten de ontdekkingen die gedaan kunnen worden over een regionale aanpak en samenwerking, is dit experiment ook een ontdekkingsreis naar hoe de relaties tussen de ketenpartners

gaan en moeten veranderen met de transitie op komst. Cock Vermolen: “Het is tijd voor herbezinning en nieuwe verhoudingen.” Vanuit het collectieve belang is het belangrijk dat alle partners een stem hebben, maar ook meegenomen worden in de vorderingen van het experiment.

De achttien gemeenten binnen de regio West-Brabant worden stap voor stap meegenomen in de ontwikkelingen. Hierdoor worden zij straks niet ‘overvallen’ met het definitieve eindplaatje. Mark van Oosterhout: “De essentie is klein beginnen. Leer eerst elkaars wereld eens kennen en ga samen ontdekken. Stapje voor stapje dus tot elkaar komen. Tot nu toe zijn alle achttien gemeenten met alle voorgaande stappen akkoord.” “Daarbij is het een voordeel dat de gemeenten van West-Brabant al langere tijd goed samenwerken op diverse terreinen. En toch moeten we iedereen voldoende comfort geven.”, aldus Mark van Oosterhout.

Paradigmashift

Zijn de veertig zorg- en welzijnsaanbieders nu wel of geen concurrenten van elkaar? “Wel als je er vanuit het oude paradigma naar kijkt. Maar we gaan nu juist (weer terug) naar een gezamenlijk (collectief) belang. Alle veertig zorg- en welzijnsaanbieders erkennen dat we in een onderzoeksfase, een paradigmashift, zitten.”, zegt Cock Vermolen. Anton van Mansum: “Natuurlijk is er ook soms wantrouwen over en weer. Maar dit hebben we erkend en vooral ook uitgesproken. Overigens geldt dit niet alleen voor zorg- en welzijnsaanbieders onderling, die zich allemaal bewust zijn dat er een zakelijk moment gaat komen, maar ook tussen de ketenpartners. De aanbieders kijken naar gemeenten als het standaard ambtelijk apparaat. En gemeenten kijken naar zorginstellingen als grote organisaties waar bestuurders grootverdieners zijn.” Juist de stapsgewijze aanpak en de ruimte tijdens de ontdekkingsreis moet er voor zorgen dat ze elkaar niet als concurrent, maar als partner gaan zien. “Dit andere denken is de kritieke succesfactor en is niet alleen iets dat bij de ketenpartners in concept doorleefd moet worden. Ook in de praktijk moet door uitvoerders en inwoners de denkverandering gevoeld gaan worden.”, aldus Mark van Oosterhout.

Binnen de kerngroep heerst het besef dat continu de soortgelijke organisaties binnen de regio geïnformeerd en meegenomen

“Arrangeren en regisseren zonder schotten”

Regie bij de wijkzuster, die zorg arrangeert over de schotten van de financiering heen. Dat is één van de onderdelen van het experiment van Surplus. De voordelen liggen in principe voor het grijpen...

Neem het voorbeeld van een echtpaar op hogere leeftijd. De man kon na een beroerte zichzelf niet meer goed verzorgen. Op basis van de indicatie heeft hij recht op een zorgarrangement met persoonlijke verzorging. De kosten hiervan bedragen gemiddeld 400 euro per week. Zijn vrouw had aangegeven wel voor haar man te willen zorgen ('niemand vindt het prettig als een vreemde je billen wast').

Maar aangezien zij ook op leeftijd is, wordt de combinatie van zorg voor haar man en de zorg voor het huishouden (de boodschappen, de schoonmaak etc) haar eigenlijk te veel. Een huishulp van drie uur (voor nog geen 100 euro per week) was de ideale uitkomst. Helaas had de vrouw geen recht op huishoudelijke hulp, want haar (individuele) fysieke conditie was op zich goed genoeg.

Met de huidige schotten in de financiering kost dit de BV Nederland dus 300 euro per week en is niemand tevreden. Ontschotting levert niet alleen financieel voordeel op, maar laat mensen meer in hun waarde. Geef de wijkzuster de ruimte om het te regelen en iedereen vaart er wel bij....

moeten worden. Hiervoor worden geregeld bijeenkomsten gehouden. Het creëren van gezamenlijk belang is om verschillende redenen belangrijk voor het succes van het experiment. Het bevordert de duurzaamheid van de uitkomsten van het experiment. “En we moeten echt naar een long term, high impact uitkomst toe.”, zegt Anton van Mansum. “Een gezamenlijk belang hebben, gaat in de hulp- en zorgverlening zorgen voor de mogelijkheid tot snelle interventies.”, geeft Mark van Oosterhout aan.

“We proberen een win-win-win-situatie te bereiken om uiteindelijk te voorkomen dat een mogelijk conflict tussen partijen in de wijk komt te liggen.”, zegt Angela Bras. “Hiervoor is de systeem-interventie nodig die we nu aan het uitwerken zijn met zijn allen.”, vult Anton van Mansum aan. Dit toont aan hoe complex het experiment is en welke potentiële impact het experiment heeft. Richting de toekomst zijn nog heel wat aspecten uit te denken, waaronder het bekostigingssysteem. In het huidige bekostigingssysteem zitten verkeerde prikkels, bij alle ketenpartners. We willen slimme oplossingen bedenken voor ‘shared savings’, waarbij iedereen deelt in de opbrengsten van een oplossing en niet de ene partij voor de kosten opdraait, terwijl de andere partij met de winst ervandoor gaat. Mijn persoonlijke ultieme streefbeeld van dit experiment is dan ook ‘geef het budget integraal aan de wijk en laat het daar arrangeren door de wijkzuster’.”, zegt Mark van Oosterhout.

Top down en bottom up

Vanuit *In voor zorg!* wordt het experimentenprogramma en de kerngroep ondersteund door twee coaches, Marjolein Lotsy en Annemiek Janzen. Annemiek Janzen: “Wij zijn de pendelaars tussen Regio West-Brabant (de gemeenten), CZ, West-Brabants Overleg Zorgaanbieders, welzijnsorganisaties en Zorgbelang Brabant, want er speelt natuurlijk meer dan wat al met elkaar wordt besproken. Ook pendelen wij tussen de losse experimenten en de kerngroep.” Marjolein Lotsy: “Wij snorkelen in de organisatie, zitten vooral in de onderstroom en proberen die een stem te geven.”

Gezamenlijk moeten de ervaringen van deze experimenten een totaalbeeld gaan vormen van de bestemming van de begonnen ontdekkingsreis. Uit elk experiment komen voorbeelden van regels die belemmerend werken of praktijkverhalen hoe het

anders zou moeten. De start van de experimenten is de toekomstige lokale, regionale, aanpak. Vanuit deze nieuwe praktijk komen de systemische onderdelen in zicht die in de lokale, regionale besturing vorm gegeven moeten worden. De keuze voor de organisatie en vorm van financiering, toegang en verantwoording zijn bepalend voor de nieuwe regelarme inrichting die ontwikkeld wordt. “De afgelopen periode zijn de lokale samenwerkingen op gang gekomen en worden door lokale partners de lokaal passende vormen van wijkteams, sociale netwerken et cetera in de praktijk uitgeprobeerd. Nu gebeurt de vertaling naar het bestuurlijke niveau, waar de ontwikkeling van oplossingen voor regelarme organisatievormen van financiering, verantwoording en toegang op de agenda staan.”, aldus Marjolein Lotsy. Annemiek Janzen: “Wij proberen het systemische, waar de kerngroep druk mee is, en de lokale experimenten elkaar te laten voeden. Lokaal en regionaal is één grote puzzel, die waarschijnlijk nooit helemaal opgelost kan worden.”

De kracht van de combinatie tussen bestuurlijke en lokale experimenten wordt duidelijk. Kleine (lokale) oplossingen worden bedacht en naar een hoger niveau getild. Alle lagen (van de zorgprofessional tot aan de bestuurders en wethouders) zijn met elkaar in dialoog. Marijke Riksen, programmamanager zorg, welzijn en onderwijs vanuit de Regio West-Brabant: “De hiërarchische relaties veranderen, de lijntjes worden veel korter, er ontstaan andere werkvormen en samenwerkingsverbanden.” Ook wordt steeds meer onderbouwd dat regelarm geen kwestie is van het afschaffen van regels, het is een verandering van denken, een paradigmashift. “De losse experimenten laten allemaal zien dat je elkaar nodig hebt, je kan het niet alleen, dat geldt voor alle ketenpartners. Dat is een mooie leerervaring.”

Op naar een landelijke regelarme transitie

Samenwerking is dus de norm. “Het is nodig”, zegt Cock Vermolen, “want de kostenontwikkeling in de zorg móet worden omgebogen.” Daarbij weet de kerngroep zich duidelijk verzekerd van de steun van het ministerie van VWS. “Het ministerie van VWS zit in de randvoorwaarden sfeer.”, aldus Anton van Mansum. “Als we er echt niet uitkomen, dan gaan we even langs. Ook vice versa is dat het geval. Staatssecretaris Martin van Rijn is al langs geweest in West-Brabant. Van Rijn zei zich geïnspireerd en



Angela Bras, manager zorgkantoor

“We proberen een win-win-win-situatie te bereiken om uiteindelijk te voorkomen dat een mogelijk conflict tussen partijen in de wijk komt te liggen.”

gesteund te voelen door wat in de regio West-Brabant met vallen en opstaan al gerealiseerd wordt. “Dit kan een voorbeeld zijn voor hoe we de zaken landelijk moeten aanpakken”, zei hij. “De aanpak die hier wordt gekozen, laat zien dat het niet alleen om een bezuiniging gaat, maar vooral ook om de houdbaarheid van de langdurige zorg en jeugdzorg en van onze maatschappij zelf. Het gaat kort en goed om de discussie in wat voor land wij willen leven. Daarin moeten we een goede balans vinden en de partijen in deze regio laten zien hoe goed ze daar al mee bezig zijn.”

Praktijktip

Met zijn allen klein beginnen

Hét risico van zo'n groot en omvangrijk programma met vele verschillende partijen en belangen is dat het breekt en uiteenvalt. Samenwerking en vertrouwen blijven daarbij de kernbegrippen. Om een breuk te vermijden, is het op kleine schaal experimenteren in gebiedsgerichte deelexperimenten zeer waardevol. Hierdoor kun je in het klein situaties uitproberen, waarbij het afbreukrisico beperkt blijft, maar ook spreiding van risico's plaatsvindt. Belangrijk is dat in deze gebiedsgerichte deelexperimenten ook alle partijen, zoals in de kerngroep, deelnemen. Hierdoor ontstaat aansluiting tussen al deze partijen op alle niveaus. De samenwerking maakt verschillen en overeenkomsten tussen de partijen expliciet. Door het expliciet worden, ontstaat de mogelijkheid om het bespreekbaar te maken en tot consensus te komen. Door de aanwezigheid van verschillende belangen is het raadzaam om een onafhankelijke partij, die geen direct belang heeft bij één van de actieve partijen, te betrekken bij dit proces.





Interview

Leeuwarden: Graag maatschappelijke
aanbesteding voor zorg en welzijn op
wijkniveau.



Oebele Herder, strategisch adviseur welzijn

“We willen een ontwikkeling bewerkstelligen naar andere vormen van zorg in de wijk, in afstemming met welzijn.”



De gemeente Leeuwarden is mede-initiatiefnemer geweest van het project 'Handen Ineen', één van de experimenten van het Experiment Regelarme Instellingen. “We willen een ontwikkeling bewerkstelligen naar andere vormen van zorg in de wijk, in afstemming met welzijn”, zegt strategisch adviseur welzijn Oebele Herder. “Regelarm kunnen werken speelt hierbij een belangrijke rol omdat een nieuwe samenhang creëren tussen inzet van de burger met zijn sociale omgeving, welzijn, zorg en hulp in de huishouding vraagt om nieuwe arrangementen en daarbij kun je geen knellende regels gebruiken. We kennen allemaal het voorbeeld van de man die tegen beperkende regelgeving aanliep toen hij zei dat hij zelf zijn gehandicapte vrouw wil helpen met douchen en dus liever hulp in de huishouding heeft dan zorg. De regel stelde dat hulp in de huishouding niet geïndiceerd is als er een volwassene in huis is die dit zelf kan doen. Dan zitten regels alleen maar in de weg.”

De gemeente is samen met het zorgkantoor de opdrachtgever voor de samenwerkende instellingen en heeft in het kader van het project 'Handen Ineen' de budgetten voor hulp in de huishouding en AWBZ op één hoop gegooid voor de deelnemende instellingen Palet, Thuiszorg het Friese Land, Noorderbreedte en Zorgkompas. “We zijn nu driekwart jaar bezig”, vertelt Herder, “en we zien dat het een kansrijk concept is dat toch wel wat afstemming vraagt tussen de aanbieders. Wil je bijvoorbeeld in de wijk gezamenlijke nachtdiensten regelen, dan moet je ook andere zaken binnen de organisaties daarop afstemmen en misschien wel een beetje in eigen vlees snijden. Bovendien is een

cultuurverandering nodig, want het uitvoerend personeel is heel sterk gericht op zorgen voor mensen. En als je van hen vraagt om te ontzorgen, kan dit voor mensen met een flexcontract ook financiële consequenties hebben. Maar de winst die hier tegenover staat, is heel groot. Zo heeft Palet voor haar 133 cliënten in de wijk per cliënt een half uur minder administratie per week en zien we een daling van de gemiddelde zorgconsumptie per cliënt.”

De gemeente en het zorgkantoor willen 2014 gebruiken om te onderzoeken of het mogelijk is om tot een bestek te komen voor maatschappelijke aanbesteding voor een wijk, voor zorg én welzijn. Herder: “De sociale wijkteams en de wijkthuiszorgteams aan elkaar koppelen dus, en ook de huisartsen erbij betrekken, om tot een optimale dienstverlening aan burgers te komen op basis van concreet inzicht in wat zij zelf via het informele circuit kunnen regelen. Dat is een ambitieus traject, maar we zitten wel duidelijk op één lijn met het zorgkantoor. We hebben een convenant gesloten om elkaar te versterken in plaats van zaken naar elkaar door te schuiven. Ook als besloten wordt de persoonlijke verzorging onder de Zorgverzekeringswet te laten vallen, zullen we ernaar streven hierin samen een balans te vinden.”



Opella

Vertrouwen geven, winnen en behouden

Het experiment: regelarm werken bij Opella.



Kars Hazelaar, bestuurder Opella



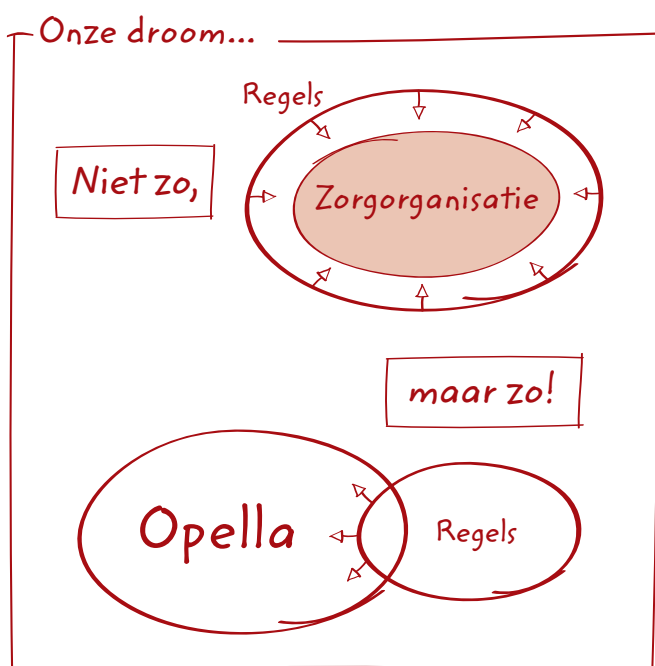
“We hebben kwaliteit van zorg vertaald naar een systeem van regels en verantwoording en de essentie is uit zicht geraakt.”

Opella werkt toe naar een regelarme organisatie. Zij noemt haar aanpak ‘De keuze is aan u: klantvolgende bekostiging’. Met klantvolgende bekostiging wil Opella de klant letterlijk de keuze voor de zorg- en dienstverlening geven. De klant wordt gevraagd aan welke zorg en dienstverlening zij behoefte heeft, waarna er gekeken wordt naar de mogelijke financieringsvormen. Niet de financieringsvorm, maar de klantvraag is leidend in de zorg- en dienstverlening. Om op de plaats waar de klant woont en leeft en de professional werkt optimaal de ruimte te geven voor het samen optrekken, zijn goed georganiseerde randvoorwaarden nodig. De organisatie moet immers niet de klanten en medewerkers in de weg zitten, maar helpen en ondersteunen.

Gedrevenheid bestuurder

Het streven naar een omgeving waarin de werkelijke wens van de klant leidend is en regels alleen ondersteunen is voor bestuurder Kars Hazelaar een ambitie die voor hem al veel langer geldt. Ook in zijn vorige baan als bestuurder bij Rivas streefde hij naar klantgerichtheid en minder regels die het daadwerkelijk klantgericht kunnen werken belemmerden. De mogelijkheid om deel te nemen aan het Experiment Regelarme Instellingen van het ministerie van VWS biedt Opella de mogelijkheid om daadwerkelijk aan de slag te gaan.

Zijn diagnose van de bestaande situatie in de ouderenzorg legt hij graag uit aan de hand van een metafoor. “De situatie in de ouderenzorg zoals deze geregeld is probeer ik vaak te duiden door een vergelijking te maken met het kopen van een brood bij de bakker. Iedere dag ga je als klant naar de bakker om een brood te kopen. Bij de bakker heb je vervolgens de keuze uit één enkel soort brood. Die koop je dan maar, de bakker haalt vervolgens jouw portemonnee uit zijn eigen zak, haalt er een onbekende hoeveelheid geld uit en steekt vervolgens jouw portemonnee weer terug in zijn zak en jij vertrekt. Eenmaal thuis kom je er achter dat het brood niet naar wens is. Klagen helpt vervolgens niet en telefoonnummers blijken onbereikbaar. Natuurlijk is dit wat overdreven neergezet, maar het systeem werkt wel zo. Er is nauwelijks echte keuzevrijheid, je hebt geen zicht op wat het kost en je hebt geen invloed op de kwaliteit. Dit wil ik echt veranderen. Eén van mijn eerste baantjes in de zorg toen ik een jaar of zestien was, was in een verpleeghuis. De ervaring die ik daar heb opgedaan is, achteraf gezien, mede bepalend geweest voor mijn beeld van de kwaliteit van zorg. Mij werd gevraagd om te ondersteunen bij het wassen van een aantal mensen die op een zaal lagen. De waskommen stonden al een tijdje klaar bij de bedden en bij het eerste bed trok de zuster vervolgens zonder overleg met de cliënt die in het bed lag het laken weg. De vrouw die in het bed lag was naakt, haar was niet gevraagd of ze door mij



gewassen wilde worden. Ik vond dit zo mensonterend. En dan hebben we het heel basaal over respect. Het is natuurlijk goed geweest dat er kwaliteitsnormen zijn opgesteld en deze gecontroleerd worden, maar de laatste jaren is het doorgeslagen. We hebben kwaliteit van zorg vertaald naar een systeem van regels en verantwoording en de essentie is uit zicht geraakt. Kwaliteit gaat over de relatie met de klant en zijn of haar keuzen in alle kwetsbaarheid.”

Lange adem nodig

Om de verandering door te zetten is een lange adem nodig. Het is een kwestie van doorzetten, de boodschap blijven herhalen. Het vraagt meer dan alleen een paar regels schrappen, het gaat om een totale verandering van visie op zorg en de manier waarop er wordt gestuurd. Op alle fronten is Opella bezig met deze verandering.

Uitgangspunt is en blijft de wens van de klant en hoe de medewerkers van Opella hier een antwoord op bieden. Dit betekent dat de manier waarop medewerkers met klanten omgaan anders moet. Er moeten andere vragen gesteld worden aan klanten en er moeten arrangementen worden samengesteld op basis van de wens en de behoefte van de klant, niet op basis van wat de medewerker goed vindt. Hazelaar: “Niet alle medewerkers kunnen helaas mee in deze beweging. Opella zoekt dan ook uit in hoeverre het mogelijk is om op een goede manier afscheid te nemen van medewerkers die niet mee kunnen of willen in deze beweging. Dat doet altijd pijn, maar medewerkers zijn cruciaal in deze verandering.”

Cultuurverandering

Opella werkt in toenemende mate met minder management en geeft medewerkers op de werkvloer meer verantwoordelijkheden en biedt hen nog meer opleidingen. “Als medewerkers afhankelijk zijn van hun manager kijken ze naar boven voor het oplossen van hun probleem. Als je medewerkers goed (en soms hoger) opleidt, ze voldoende bevoegdheden geeft en ze voldoende steunt, dan kunnen ze heel veel zelf. Het geld wordt verdiend op de werkvloer, dus als ze daar weten hoe het zit, dan komt het helemaal goed.”, aldus Kars Hazelaar.

Opella heeft binnen haar afdeling Innovatie eigen opleiders in dienst. Deze geven interne trainingen over bijvoorbeeld het Elektronisch Dossier en Bedrijfs hulpverlening. Voor externe trainingen werkt Opella samen met de Christelijke Hoge School Ede [CHE], RijnIJssel in Arnhem en het Hoornbeek College. Verder heeft Opella een contract getekend met beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) omdat ze wil dat eind 2013 alle medewerkers in het register ingeschreven staan. Hierdoor maakt zij het mogelijk dat haar medewerkers blijvend werken aan de kwaliteit van zorg die zij bieden. Kars Hazelaar: “De kwaliteit die onze medewerkers bieden, is immers de kwaliteit die Opella biedt. Deze willen we borgen en continu verbeteren. Medewerkers moeten goed opgeleid zijn, én blijven.”

Belangrijke rol voor Fundum

Opella maakt sinds 2009 gebruik van Fundum, een met Pluriform en AdapCare ontwikkeld zorgondersteunend softwaresysteem in plaats van een primair bedrijfs ondersteunend systeem. Fundum ondersteunt de zorgverleners bij de uitvoering van het dagelijkse werkproces, procedures en protocollen. Het bevat een elektronisch cliëntendossier met een zorgplan, cliëntagenda en uitvoeringsafspraken. Bij Opella wordt de klantgeoriënteerde administratie (zoals van de zorgzwaartepakketten en de cliëntagenda) gevuld door de zorgverleners zelf. Dat doen zij met behulp van Fundum. Er wordt digitaal gerapporteerd. Met Fundum is het mogelijk gemaakt dat zorgmedewerkers van Opella uiteindelijk niet meer dan zo'n vijftien minuten per dag besteden aan administratief werk.

Fundum speelt een belangrijke rol bij de realisatie van de regelarme experimenten van Opella. Een groot deel van de experimenten wordt mede mogelijk gemaakt door de inzet van Fundum. Eén van de onderdelen van het experiment is dat er gewerkt wordt aan de indicatiestelling. De indicatiestelling heeft plaatsgemaakt voor één integrale offerte, waarin alle financieringsmogelijkheden een plaats hebben. Een professional stelt deze offerte vast, ondersteund door de BackOffice organisatie. Ina Roelofsen, medewerker Servicepunt: “Voor het vaststellen van het aantal uren maken we gebruik van een rekenmodule van het CIZ. Eigenlijk vinden we de rekenmodule van het CIZ te lang en willen we gaan werken aan een veel kortere eigen versie. Vervolgens stellen we samen met de klant vast welk arrangement gewenst is. Alle afspraken worden in Fundum vastgelegd.”



Minder benaderd door het CIZ

Voor de klant is een belangrijk voordeel dat deze aanzienlijk minder benaderd wordt door het CIZ. Als het CIZ zelf indiceert, worden klanten en familieleden meerdere keren benaderd door medewerkers met diverse vragen om de indicatie te toetsen. "Bij ons wordt er een gesprek gevoerd en daarna start de zorgverlening. Van klanten krijg ik vaak terug dat ze nu eindelijk rust ervaren nu ze bijna niet meer gebeld worden door het CIZ. Klanten werden soms wel acht keer gebeld door verschillende medewerkers.", geeft Alma van de Vliert, EVV-er in de thuiszorg in Ede-Veldhuizen, aan. "Daarnaast kan de zorg direct aanvangen en de indicatie komt hier dan achter aan. Dit in plaats van de twee weken die het CIZ meestal nodig heeft om de indicatie te verwerken.", vult haar collega Ina aan.

Vertrouwen geven, winnen en behouden

Alma is zeer enthousiast over de deelname aan het experiment. In de thuiszorg indiceert Opella zelf op basis van de CIZ-uitgangspunten voor het bepalen van de zorg. "Voor het aanvragen van een indicatie voor een thuiszorgklant moet ik vaak echt onderhandelen met het Servicepunt. Zij denken heel kritisch met

me mee en het komt voor dat ik echt mijn best moet doen om Ina te overtuigen van het aantal uur dat er voor de klant nodig is. "Het komt ook voor dat ik aangeef dat er naar mijn idee meer uren nodig zijn, het werkt beide kanten op", vult Ina aan. "Het scheelt denk ik wel dat ik zelf jarenlang in de praktijk heb gewerkt, dit maakt het makkelijker om inzicht te krijgen.", geeft Ina aan. Het is duidelijk te merken dat er echt onderhandeld moet worden voor een indicatie. Door vertrouwen te geven, gaan medewerkers er alles aan doen om het vertrouwen te behouden.

Een ander voordeel van Fundum is dat het mogelijk is om de AW319 fors te vereenvoudigen. Het inlezen van indicaties en het MAZ/MUT verkeer vindt namelijk standaard plaats in Fundum en de geleverde zorg wordt automatisch gedeclareerd aan het zorgkantoor. "Doordat de productieregistratie is geïntegreerd in Fundum, hoeft er geen aparte productieregistratie te worden ingevuld naar het zorgkantoor. Dit scheelt veel tijd en we zijn er maar op één punt mee bezig in de organisatie.", volgens Liesbeth Werther-Voorrecht.

Kwaliteitsmetingen zijn ook in Fundum ondergebracht, zodat er niet eenmaal per jaar, maar op ieder gewenst moment kwaliteitsmetingen gegenereerd worden. Laatst is het formulier

“Zorg zonder schotten”

Mevrouw Struik woont in Bennekom. Dit jaar heeft zij korte tijd in het ziekenhuis gelegen en bij thuiskomst bleek dat ze nog lang niet in staat was om zelfstandig thuis te kunnen wonen, ook niet met ondersteuning van haar man. Met één telefoontje naar een klantadviseur van Opella kon mevrouw Struik worden opgenomen in Het Baken, een revalidatieafdeling van Opella. Gedurende de revalidatie in Het Baken was mevrouw Struik bezorgd over haar man die alleen thuis was. Er werd een partnerindicatie aangevraagd voor haar man, die vrijwel direct bij haar kon wonen in Het Baken. Dit gaf mevrouw Struik rust en kracht om te revalideren.

Niet lang nadat de man van mevrouw Struik bij haar was komen wonen in Het Baken is hij ziek geworden en overleden. Een moeilijke periode voor mevrouw Struik en haar familie.

Maar het personeel van Het Baken heeft met veel respect en aandacht voor haar man gezorgd en voor een waardig afscheid gezorgd volgens mevrouw Struik.

Na de revalidatie wilde mevrouw Struik per se weer terug naar huis, om weer zo zelfstandig mogelijk te kunnen leven. Na thuiskomst hoefde mevrouw Struik niet te wachten tot de thuiszorg geregeld was, want die was al geregeld. Op de vraag of mevrouw Struik en haar dochter nog formulieren hebben moeten invullen voor de start van de thuiszorg moeten zij lang nadenken. “De enige formulieren die wij hebben moeten invullen zijn voor het CAK, en dat waren er behoorlijk wat”, volgens de dochter van mevrouw Struik. Zij waren niet benaderd door het CIZ met vragen, want de zorg en ondersteuning was snel gestart.

Melding Incidenten Cliënten (MIC) gedigitaliseerd. Hierdoor kan men sneller actie ondernemen en vergroot daarmee de veiligheid op de plaats waar wordt gewerkt.

“De klanttevredenheid willen we gaan toetsen met behulp van Zorgkaart Nederland.” geeft Liesbeth aan. “Hier kan iedereen een cijfer geven aan een zorgorganisatie inclusief toelichting. We willen dan ook direct reageren op beoordelingen van klanten. Zorgkaart Nederland bestaat al langer. Er zijn een aantal klanten geweest die Opella al hebben beoordeeld. Het rapportcijfer van Opella staat nu op een 7.4. In Fundum gaan we ook een gaan we ook een evaluatie inbouwen aan de hand van de vragen van Zorgkaart Nederland.”

Uitgaan van zelfredzaamheid, niet van rechten

Een ander project binnen het experiment is dat de Voorzieningenwet/Groene lijst (waar heeft een cliënt recht op in de AWBZ?) geïntegreerd wordt in de offerte aan de klant. “Het gaat ons er om dat de klant naar zijn wensen en behoeften kijkt. Het kan goed zijn dat zijn wensen buiten de aanspraken vallen, maar dat doet er in principe niet toe. Het gaat om wat de klant nodig heeft.”, aldus Nellie Pels. Een voorbeeld hiervan is een meneer die woont op de locatie Walraven. Hier wonen in twaalf woningen op de begane grond steeds zes mensen met dementie samen. Zij voeren met hun begeleiders een zo zelfstandig mogelijk huishouden. Een van de bewoners wil graag dagelijks meehelpen met het rondbrengen van de post. Hierover maken we dan een afspraak met de ondersteunende dienst en we leggen het vast in Fundum.

Aanpassen zeggenschap

Een onderdeel van het experiment dat nog niet volledig is doorgevoerd, is de aanpassing van de zeggenschap. Het is de bedoeling dat de toepassing van de WMCZ en de WOR worden beperkt tot beleid op hoofdlijnen en kritisch toezicht op de zorg en het werk. De klant van Opella heeft namelijk zelf optimaal invloed op de service, zorg en diensten die worden geboden. Ook de professional

zelf heeft optimaal invloed op het eigen werk. De Centrale Cliëntenraad en de centrale ondernemingsraad zien toe op het functioneren hiervan en hebben – indien nodig – o.a. de WOR en de WMCZ als toets voor de naleving. Er is binnen Opella een werkgroep gevormd met vertegenwoordigers van de Centrale Cliëntenraad (CCR), ondernemingsraad (OR), en de bestuurssecretaris. Deze werkgroep draagt zorg voor het opstellen van een samenhangende visie voor de zorg. Deze wordt in 2014 verder ingevoerd. Uitgangspunt is daarbij de zeggenschap van de individuele klant.

We willen niet meer terug

“De uitvoering van de projecten verloopt goed en het nieuwe regelarme werken bevalt zo goed, dat het grootste risico binnen dit traject is dat we weer terug zouden moeten naar de oorspronkelijke situatie. Dit willen we niet meer.”, geven Liesbeth en Nellie beide aan. Zij ervaren het als een uitkomst om weer echt met de vraag van de klant bezig te zijn.

Praktijktip

- 1) Uit de tussentijdse evaluatie blijkt dat het wegnemen van de administratieve lasten ook de cultuur betreft. In het verleden heeft Opella risico's gereduceerd door ook zelf regels en administratieve procedures in te stellen. Het geven van ruimte aan professionals betekent ook het accepteren van enige risico's.
- 2) Optimaliseer als organisatie de eigen werkprocessen. Pas al een proces optimaal loopt, worden de hinderlijke regels duidelijk. Dan weet je welke hinderlijke wetten en regels er geschrapt moeten worden.
- 3) Communiceer goed met medewerkers die in de directe zorgverlening werken. Zij hebben kennis van de regels die hun belemmeren om hun werk te doen.

Liesbeth Werther-Voorrecht, bestuurssecretaris

**“De klanttevredenheid willen we gaan
toetsen met behulp van Zorgkaart
Nederland.”**





❧ Middin ❧

Van controle naar vertrouwen

Het experiment: stoppen met tijdregistratie
van geleverde zorg.



Nettie de Jong, directeur servicebedrijf en extern projectleider



“Al snel was duidelijk dat vooral de arbeidsintensieve tijdsregistratie afgeschaft moest worden, want daar wordt de klant niet beter van.”

Het van minuut tot minuut registreren van geleverde zorg levert alleen maar meer behoefte tot controle op en draagt niet bij aan betere zorg. Na een moeizame start over de voorwaarden van het experiment, stopte Middin met de tijdsregistratie en kreeg vooral meer regelruimte die direct ten goede kwam aan de cliënt. Nu zijn zowel de cliënten als medewerkers van Middin blij dat ze hebben doorgezet en zou het nog wel meer mogen, want er kan nog zo veel meer...

Middin zet zich dagelijks met 2.950 medewerkers in voor hun 4.000 cliënten met een verstandelijke, lichamelijke of meervoudige beperking en mensen met niet-aangeboren hersenletsel of een beperking door ouderdom. Actief in de provincie Zuid-Holland levert Middin aan haar cliënten ambulante zorg, wonen en dagbesteding.

Veel te veel 'op de klok'

Toen Middin via het ministerie van VWS de vraag kreeg van welke regels in de zorg je als zorgorganisatie last hebt, waren er wel een paar te bedenken. Maar regels afschaffen zonder duidelijk kader vond Middin niet verstandig. Hoe leg je uit welke regels wel en welke regels niet moeten worden afgeschaft? Werken vanuit een visie paste Middin beter. En die visie had betrekking op het - gezamenlijk met de cliënt - maken van duidelijke afspraken over de zorg en ondersteuning. Nettie de Jong, directeur servicebedrijf en extern projectleider, “Al snel was duidelijk dat vooral de arbeidsintensieve tijdsregistratie afgeschaft moest worden, want daar wordt de klant niet beter van en het zegt niks over de zorg die een cliënt echt nodig heeft.” Sterker nog, de eisen die gesteld worden aan de registratie staan vaak haaks op wat een zorgverlener in de dagelijkse praktijk nodig heeft: de flexibiliteit om in te spelen op dat waar de cliënt om vraagt.

Zorgmanager ambulante zorg en intern projectleider Mariëtte Lorié zag tegelijkertijd bij ambulante zorg dat cliënten en hun netwerk

het prettig vonden om ‘zakelijk’ samen te zitten en duidelijke afspraken te maken. In plaats van in algemene termen te spreken over ‘de client heeft recht op zoveel minuten ondersteuning en zoveel minuten verzorging’, merkte Lorié dat ze veel meer geïnteresseerd waren in de vraag wat ze met die begeleiding konden bereiken. Wat gaan we dan doen in die tijd? En moet dat elke dag precies hetzelfde zijn?

Hiermee is de kern van het experiment duidelijk: de productie-registratie van de geleverde zorg is bij alle drie de producten van Middin, ambulante zorg, wonen en dagbesteding, afgeschaft én de zorg aan de cliënten is explicieter gebaseerd op afspraken met hen. Het experiment heeft intern de afkorting RAZ (Regelarme Zorg) gekregen.

Concrete afspraken

In de ambulante zorg is het experiment als eerste gestart. Eigenlijk was het team van Mariëtte Lorié al eerder bezig om te kijken hoe de afspraken met de cliënten zakelijker en korter konden. Voor iedere client wordt een ondersteuningsplan opgesteld en ingevuld. Dat waren vaak dikke plannen, waar jaarlijks per cliënt tachtig à negentig pagina's ingevuld worden. Een groot deel van dat ondersteuningsplan wordt niet met de cliënt besproken. Niet qua hoeveelheid en ook niet omdat de inhoud niet vertaald wordt in heldere afspraken met de client. Mariëtte Lorié is samen met een paar begeleiders aan de slag gegaan om het ondersteuningsplan simpeler, korter en meer cliëntgericht te maken. En met succes, want de belangrijkste zakelijke afspraken passen nu op vijf pagina's. Die vijf pagina's gaan nu ook veel meer over wat de cliënt zelf aangeeft belangrijk te vinden. Dit afsprakenformulier is het centrale document, ook voor de te leveren zorg.

José Kroezen, begeleider niveau vijf woongroep Eliasdreef Poeldijk: “Voorheen was de indicatietijd de basis voor het dikke



“We moeten echt naar ‘high trust’, alleen dan kunnen we echt met minder regels en meer tijd voor zorg vrijmaken.”

ondersteuningsplan. Nu is de indicatietijd de start, maar wordt gekeken wat werkelijk nodig is en dan ontstaat een gemiddelde. Het wordt inzichtelijker. Nu kan ik simpel uitleggen waarom die ene cliënt meer krijgt dan de andere. Cliënten praten hier nu onderling ook over.”

Het gaat nog verder: met het duidelijke afsprakenformulier, kunnen (sommige) cliënten de afspraken over welke soort begeleiding ze krijgen zelf opschrijven. Dit heeft twee positieve effecten. Ten eerste is de cliënt veel meer betrokken bij zijn of haar afspraken met de begeleider. Ten tweede maak je heel duidelijk dat de cliënt hier eigenaar van is. Hierdoor zet je de cliënt meer in zijn kracht en geef je de regie terug.

‘Met de cliënt’ heeft een dus andere invulling gekregen tijdens het experiment dan hiervoor. “In de situatie waarin die tachtig pagina’s over de cliënt ingevuld moesten worden, maakten wij als begeleiders al een selectie wat te bespreken met de cliënt, wat wij belangrijk vonden.”, zegt José Kroezen. Nu is het zo dat het vijf pagina’s tellende afsprakenformulier samen met de cliënt wordt opgesteld. Marianne Gaete, begeleider ambulant volwassenen Haaglanden: “Bij ambulante zorg heeft de begeleider samen met de cliënt achter de computer gezeten met het nieuwe afsprakenformulier. Soms typte de cliënt ook zelf, kon hij mooi gelijk oefenen met de PC.”

Ook nieuw is dat alles nu in de ‘ik-vorm’ geschreven wordt (vanuit gezichtspunt van de cliënt). Hierdoor herkent de cliënt zichzelf veel beter. Anderzijds wordt het soms ook duidelijk dat de cliënt het niet overal altijd mee eens is. “Dan zie je dus in het afsprakenformulier, terugkomen ‘de begeleider vindt dat dit belangrijk is voor mij’”, geeft Marianne Gaete als voorbeeld aan. José Kroezen: “Hierover ga je nu dus in gesprek, je komt er niet meer mee weg zoals wanneer het ergens in die tachtig pagina’s stond.”

Afschaffen van de minutenregistratie

Het afsprakenformulier zorgt in de eerste plaats voor een nog betere dialoog tussen cliënt en begeleider. Maar dat niet alleen: op het afsprakenformulier staan ook de vaste afspraken en de ondersteuningsvragen. Daaruit wordt ook de benodigde zorgtijd afgeleid en vastgelegd. Het afsprakenformulier heeft ook ervoor gezorgd dat de ondersteuningstijd een vaste afspraak is

geworden en je dit niet steeds elke dag hoeft te registreren. Deze vaste afspraken hebben het mogelijk gemaakt dat begeleiders die meedoen aan het experiment geen tijd meer hoeven te registreren en te verantwoorden. De afspraken in het afsprakenformulier zijn leidend en er wordt primair gekeken of de afspraken worden nagekomen. Vooral voor de begeleiders en verzorgers ambulante zorg scheelt dit tijd, maar geeft vooral ook rust. “Vroeger zat je eigenlijk al op hete kolen voordat je bij een cliënt binnen kwam. Nu kom je bij iemand thuis, je vraagt waar heb je ondersteuning bij nodig en dat is wat je biedt. Op de kaart staan concrete afspraken. Dat geeft vrijheid en flexibiliteit om de ene week iets minder te doen, omdat dan niet meer nodig is, terwijl de andere week iets meer nodig is om een extra artsenaafspraak bij te plannen.”, zegt Marianne Gaete. “Die flexibiliteit is niet alleen fijn voor de begeleiders, maar ook voor de cliënten.”, vult José Kroezen aan.

Klein, concreet en transparant

De verwachting van Middin voor aanvang van dit experiment was dat het tijd op zou leveren bij de begeleiders en bij de ondersteunende afdelingen. Deze verwachte tijds- en daarmee geldwinst moest ter bevordering van de kwaliteit ingezet worden, voor de zorg voor cliënten. Voor de begeleiders kwam dit ook zo uit. Die hoeven nu niet meer elke minuut stipt te registreren. Het afschaffen van de productieregistratie heeft vooral bij de ambulante zorg in vergelijking met wonen en dagbesteding de meeste tijdswinst opgeleverd. Marianne Gaete: “Doordat je niet meer op je klokje hoeft te kijken, kun je meer met de cliënt bezig zijn. Het scheelt zoveel tijd, hierdoor kun je meer de leuke dingen doen.”

Hans Waardenburg, voorzitter Raad van Bestuur van Middin: “Op de achterkant van een sigarendoosje hadden we uitgerekend dat we de tijd van tien medewerkers organisatiebreed konden besparen. Deze besparing is moeilijk om te zetten in een reductie van medewerkers, maar is wel tijd die vrijkomt. Die tijd komt dus ten goede van de kwaliteit en de tijd voor de cliënt.” Eén van de zaken waar Middin de ‘vrijgekomen tijd’ van de tijdsregistratie voor gebruikt, is het vaker evalueren van de afspraken met de cliënt. In plaats van één keer per jaar een hele zware evaluatie, koos Middin voor vier keer per jaar een kortere, maar wel formele evaluatie. De cliënten reageren hier zeer positief op,





“De ketenpartners willen toch ook graag controle blijven houden. Dus vragen ze nog wel eens om informatie.”

want het gaat om hun eigen afspraken en ontwikkeling. Bovendien blijkt dat vaker evalueren de ontwikkeling van cliënten stimuleert. “Soms stellen cliënten hele grote doelen, zoals het vinden van een betaalde baan. Die stap is vaak te groot. We knippen zo’n doel nu op in een aantal kleinere, haalbare doelen. Bijvoorbeeld om eerst mee te draaien in een vrijwilligersproject om dagritme op te doen. Zo’n doel is haalbaar in een kwartaal en goed te evalueren.”, legt Marianne Gaete uit. Klein, concreet en transparant. Dat zijn de kernwoorden voor de nieuwe manier van afspraken maken en evalueren. Het meerdere malen evalueren (tussentijds aanvullen en aanpassen) gebeurde wel al, maar informeler. Nu heeft het een andere status, door formaliteit en is het ook toetsbaar geworden. De cliënt voelt zich enorm serieus genomen, want hij moet het zorgplan én de evaluatie ook officieel ondertekenen.

Opstartproblemen

Toch is Middin niet honderd procent tevreden over het resultaat tot nu toe. Zo blijkt de tijdswinst bij de ondersteunende afdelingen tegen te vallen. Zeker in het begin van het experiment, tijdens het opstarten, leverde het een extra tijdsbesteding op. Ten eerste moest Middin veel afstemmen met het ministerie van VWS en de overige partijen over de voorwaarden waaronder het experiment plaats kon vinden. “Dat was wel bijzonder”, zegt Hans Waardenburg. “Dan kom je in een zaal met zestien man, die allemaal niet echt zitten te springen om dit experiment, want je hebt toch impact op hun werk.” Even heeft Middin zelfs overwogen om te stoppen met het experiment omdat voor hen gevoelsmatig de moeite die het kostte om het project op de rit te krijgen niet opwoog tegen de voordelen van meer regelruimte. Gelukkig heeft het ministerie van VWS hier een goede rol gespeeld door de voorwaarden te scheppen voor samenwerking en heeft Middin doorgezet met het experiment.

Op de ondersteunende afdelingen valt de tijdswinst helaas een beetje tegen. De hoop was om daar echt te besparen op administratie en (mogelijk) op FTE's. Maar dat gaat voorlopig niet lukken. Eén van de redenen hiervoor is dat het in de praktijk toch lastiger blijkt om samen met de ketenpartners echte regelarme afspraken te maken als het gaat om administratie. “Ze (de ketenpartners) willen toch ook graag controle blijven houden. Dus vragen ze nog wel eens om informatie.”, aldus Mariëtte Lorié.

Een derde reden is meer van intern organisatorische aard. “Het project RAZ is eigenlijk één groot cultuurproces”, zegt Hans Waardenburg. Middin heeft gekozen om het experiment op kleine schaal te starten (met één Middin-regio en het zorgkantoor DWO). De aanname was dat het zes locaties betrof, maar in de praktijk blijken er veel meer managers met het experiment te maken te hebben. “Voor nu is het lastig om draagvlak bij alle managers te vinden”, zegt Nettie de Jong, “maar het kan ons in de toekomst wel helpen in de olievlek.”

Meer voordeel bij grotere schaal

Eigenlijk heeft Middin spijt dat ze het project niet groter hebben gestart. Het project heeft namelijk duidelijk gemaakt dat Middin ook zelf veel regeltjes heeft bedacht. “We zijn heel goed in het opleggen van regels, procedures en kaders.”, zegt Hans Waardenburg. “Doordat het project relatief klein is begonnen, lopen we tegen situaties aan waar je dus veel tijd kwijt bent met discussiëren wat er wel en niet past binnen dit experiment en bij welke locatie wel en niet. Als we het groter hadden aangepakt, hadden we meer winst gehaald. Nu is dat dus nog erg beperkt, voor de moeite die we er met z’n allen in steken.” “Achteraf gezien hadden we nog meer administratieve lasten moeten opnemen in het project.”, voegt Nettie de Jong toe. Middin is overigens wel blij dat ze een verlenging van het experiment tot eind 2014 hebben gekregen. Dit geeft de kans om, na de aanvankelijke tijdsinvestering, toch meer te halen uit het experiment.

Ook de medewerkers zien nog volop kansen om regelarmer te werken. Er zijn nog veel formulieren voor vallen, veiligheid, dwang, voedsel... Veel van die formulieren kunnen volgens José en Marianne simpeler, korter en in minder tijd. Dat er enige vorm van controle moet zijn en blijven, snappen ze ook wel. Maar veel van die formulieren kunnen écht korter.”, aldus José Kroezen.

High trust

Het project RAZ is niet de enige verandering waar Middin momenteel mee bezig is. Ook Middin is zich aan het voorbereiden op de overgang naar de Wmo. Hans Waardenburg ziet die verandering wel met enige zorg tegemoet, want hij verwacht daar een hoop regels en procedures. “Dat het geld voor de zorg naar de gemeenten gaat, is niet regelarm.” De gemeen-

“Vroeger dachten ze voor mij, nu met mij”

“Ik woon begeleid zelfstandig en ik werk vijf halve dagen per week bij de sociale werkplaats op de metaalafdeling. Dan ben ik 12.00 à 12.30 uur thuis. Op maandagmiddag komt om 13.30 uur mijn vaste begeleidster voor de post en de financiën.” Aan het woord is Jos van den Ende. Hij woont al jaren op de woongroep Eliasdreef in Poeldijk.

Jos is als één van de cliënten direct betrokken bij het experiment RAZ. Zijn ervaringen zijn positief: “Als bewoners merken we dat de begeleiding meer tijd te besteden heeft. Wat ik merk: als ik echt hulp nodig heb, dan heb ik een telefoonlijn, maar verder heb ik vaste tijden, vaste afspraken. Dat is prettig, zo kan ik ook eigen afspraken met artsen,

fysiotherapeuten in plannen. En verder plannen ze niet meer voor mij, maar samen met mij”.

Jos heeft Middin zien groeien tot de grote organisatie van vandaag. “Voor cliënten werd het steeds onpersoonlijker, nu wordt het door het experiment weer persoonlijker. Als je meer tijd hebt, vooral voor een cliënt die alleen woont, heb je ook tijd over voor sociale contacten. Dat is zo ontzettend belangrijk. Daar gaat de regelgeving nog wel eens aan voorbij. Bovendien hebben we nu vier keer per jaar een officiële evaluatie van onze afspraken. Dan zie je veel duidelijker je eigen ontwikkeling. Ik voel me nog veel serieuzer genomen nu.”

schappelijke deler van de projecten is dat het allemaal om cultuurverandering gaat. “We moeten echt naar ‘high trust’”, aldus Waardenburg, “alleen dan kunnen we echt met minder regels en meer tijd voor zorg vrijmaken.” Middin hoopt dat VWS de ervaringen van alle experimenten bundelt en daar de rode draad uit destilleert dat vertrouwen geven aan de professional ook echt leidt tot meer kwaliteit met minder regels.



Praktijktip

Kies je veranderteam zorgvuldig

Hoe ga je in de praktijk zo’n verandering managen? Middin heeft de ervaring dat het verstandig is om een goede structuur uit te denken. Een kernteam die de dagelijkse zaken begeleidt en een stuurgroep die mede richting bepaalt en (moeilijke) knopen doorhakt. In het kernteam heeft Middin zorgvuldig gekozen voor een samenstelling van begeleiders, managers en staf. Zo heeft elke doelgroep wel een vertegenwoordiger in het team. Middin heeft de keuze van deelnemers aan het projectteam niet helemaal aan het toeval overgelaten, maar een paar medewerkers en managers bewust ‘gevraagd’. Als je de ‘juiste’ mensen in je team hebt, krijg je niet alleen kwaliteit, maar ook meer draagvlak, vooral bij de meer kritische medewerkers of managers. Vooral tijdens de informatiesessies hebben deze teamleden hun rol goed gespeeld. Een belangrijke ervaring voor Middin was het aanstellen van ‘twee projectleiders’: één die zich vooral bezighoudt met de interne projectleiding en interne communicatie en de ander die zich concentreert op de ketenpartners en het ministerie van VWS. Want in praktijk blijken deze een heel eigen dynamiek te hebben en dus een andere (verander)aanpak te vergen.



❧ Cordaan ❧

Optimale kwaliteit voor de cliënt door maximale eenvoud

Het experiment: een vereenvoudigd zorgplan
en een robuustere dialoog.



“Kwaliteit moet zo simpel mogelijk zijn op het gebied van welzijn en zorg. Wij focussen ons dus op kwaliteit, niet op andere zaken.”

Hoe meer, hoe beter. Dat lijkt lange tijd het motto geweest te zijn om kwaliteit in de zorg te borgen. Inmiddels zitten we echt aan de grenzen van wat we allemaal registreren en regelen. Hoog tijd om niet de kwaliteit van registratie, maar de kwaliteit van zorg voor de cliënt weer centraal te stellen: ‘Dan kun je terug van veertig naar vijf tabbladen.’

Cordaan biedt zorg aan cliënten, ouderen, mensen met een (verstandelijke) beperking, Amsterdammers die herstellen na een ziekenhuisopname en cliënten met psychosociale problematiek, op het gebied van korte of lange tijd verpleging, verzorging, begeleiding en/of ondersteuning. Jan Coolen, directeur zorgondersteuning, blijft zich verwonderen over hoe kwaliteit zo ingewikkeld heeft kunnen worden in Nederland. Het is een wirwar aan regels vanuit zorgkantoren, CIZ, inspectie, overheid, et cetera. Een zorg-woud van wel honderd protocollen en vijftig registraties. “Niet meer werkbaar en zeker niet houdbaar.”, volgens Cordaan. Het regelarme experiment ‘Eenvoud in kwaliteit’ is daarom gestart vanuit een fundamenteel andere visie: Eenvoud is de weg naar kwaliteit.

Eenvoud in kwaliteit

Kwaliteit leveren is zoveel eenvoudiger als de behoeften van de cliënt centraal staan. Vanuit die visie is Cordaan in januari 2013 bij zes van haar Verzorg- & Verpleeghuis (V&V) locaties gestart met het experiment ‘Eenvoud in kwaliteit’. Kwaliteit van inhoudelijke zorg, maar ook voor het borgen en monitoren hiervan. Jan Coolen: “Kwaliteit moet zo simpel mogelijk zijn op het gebied van welzijn en zorg. Wij focussen ons dus op kwaliteit, niet op andere zaken. En simpel? Dat betekent kleine stapjes, eenvoudig maar met een duidelijke focus.” Complexe kwaliteitsmanagementsystemen worden door Cordaan dan ook niet als kwaliteit gezien. Kwaliteit uit zich in betrokken en bekwame medewerkers.

Binnen het experiment ligt de nadruk op zes thema's met betrekking tot het leven van de cliënt, te weten wonen, persoonlijke zorg, eten en drinken, een prettige dag, eigen keuzes en ziekte en gezondheid. Deze thema's vormen het vertrekpunt voor de zorg. Op basis daarvan gemaakte afspraken worden vastgelegd in het zorgplan. Dat het werkt, blijkt uit reacties van cliënten en verwanten. Hanny Kohl, plaatsvervangend teammanager in woonzorgcentrum De Buitenhof: “Toen ik de echtgenoot het nieuwe zorgplan van zijn vrouw, die bij ons woont, liet lezen, zei hij: ‘Goh, voor de eerste keer herken ik mijn vrouw hierin. Het gaat ècht over haar.’”

Het experiment kent drie hoofdlijnen:

- vereenvoudiging van het kwaliteitsbouwwerk rond het zorgplan;
- een sterkere dialoog in teams over kwaliteit;
- externe verantwoording over kwaliteit op basis van informatie rond het zorgplan aangevuld met een ‘CQ-licht’ (korte vragenlijst, afgeleid van het landelijke cliënttevredenheidsonderzoek de CQ-index).

Niet alleen cliënten, verwanten, verzorgenden, leidinggevenden en management worden betrokken in het experiment. Met de hoofdlijn externe verantwoording over kwaliteit heeft het experiment invloed op externe organisaties, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het zorgkantoor.

Vereenvoudiging als weg naar verbetering

Het zorgplan is teruggebracht tot de zes eerder genoemde thema's, die echt van belang zijn voor de cliënt. Voorheen bestond een zorgdossier uit bijna veertig tabbladen. In de praktijk bleek dat de verzorgenden dat eigenlijk veel te veel en te moeilijk vonden. Dit leidde tot onvolledige zorgplannen waarin met name de beleving van de cliënt onvoldoende naar voren kwam. Zonde van de tijd en vooral: het gaat ten koste van de duidelijkheid en dus ten koste van kwaliteit. Nu wordt voor elk thema kort en



“De volledige protocollen zijn natuurlijk aanwezig als naslagwerk, maar vormen geen onderdeel meer van het zorgdossier.”

bondig vastgelegd wat de wensen van de cliënt zijn en welke concrete afspraken hierover zijn gemaakt met betrekking tot de te leveren zorg. “Dit past nu in één derde van het aantal pagina’s van het oude zorgplan.”, zo geeft Daniëlle van Ee, beleidsadviseur zorgondersteuning en projectondersteuner, aan. “Daarnaast is de verzorgende voortdurend bewust in dialoog met de cliënt om te achterhalen ‘wat gaat goed’, bijvoorbeeld een leuke dagbesteding, en ‘wat kan beter’.”

Het woud aan protocollen is in samenwerking met Vilans versimpeld. Elk protocol is samengevat tot één A4’tje. Op de voorkant staat ‘waar moet ik op letten?’ en op de achterkant staat ‘wat moet ik doen?’. “De volledige protocollen zijn natuurlijk aanwezig als naslagwerk, maar vormen geen onderdeel meer van het zorgdossier.”, verduidelijkt Beppie Scheffer, persoonlijk begeleider in De Buitenhof. Daarnaast is besloten om alleen die protocollen op te nemen in het zorgdossier, die van toepassing zijn op de cliënt. Voor het experiment zaten alle protocollen in alle zorgdossiers. “Hadden we allemaal nieuwe klappers gekocht, waren ze na een half jaar alweer vol.”, geeft Jan Coolen aan.

De cliënt herkend

Met deze aanpak is teruggegaan naar de kern. De wensen van de cliënt zijn in herkenbare zinnen beschreven. Soms zijn dit hele basale wensen die heel klein lijken, maar voor de cliënt of de mantelzorger doorslaggevend zijn in de herkenbaarheid. Hanny Kohl: “Het zorgplan gaat over dat wat je als oudere dame of heer zelf mag beslissen. Het zorgplan is veel persoonlijker, bevat meer details die veel waardevoller zijn voor de cliënt.”

Doordat het veel kernachtiger is opgeschreven, met korte en duidelijke afspraken, heeft Cordaan het zorgplan binnen dit experiment teruggebracht naar een heel kort overzicht op de zes thema’s. Zowel mantelzorgers, cliënten en medewerkers pakken het er nu actief bij.

De cliënt meet de kwaliteit

Gesprekken binnen Cordaan gingen vaak óver de cliënt en niet mét de cliënt. Vanuit het experiment is ‘meten van kwaliteit’ gebaseerd op het gesprek met de cliënt. Om in het zorgplan duidelijk de echte wensen van de cliënt op te kunnen nemen, is het

gesprek met de cliënt noodzakelijk. De kwaliteitsmonitoring zit in de dialoog, met cliënten en met medewerkers onderling. Danielle van Ee: “Je móét in de zorg de gemaakte afspraken blijven waarmaken. Hierbij blijft de grootste uitdaging om de wens van de klant in beeld te krijgen. Hiervoor is de dialoog tussen verzorgende en cliënt zo belangrijk.” In de mate van het weten van de wens van de klant waren bij aanvang van het experiment verschillen waar te nemen. Zoals Hanny Kohl het omschrijft: “Je wordt nu gedwongen om je echt in te leven in je cliënt.”

Dialoog: praten is weten

De tweede hoofdlijn van het experiment is de dialoog in de teams over kwaliteit. Naast een continu gesprek met de cliënt is daarom steviger ingezet op de dialoog over kwaliteit in teams. Dit gebeurt aan de hand van de zes thema’s. Het krijgt halfjaarlijks een formeel karakter, wanneer de zelfevaluatie door de teams gedaan wordt. Om deze dialogen richting te geven heeft Cordaan een kompas ontwikkeld. Dit kompas bevat in één cirkel het zeer uitgebreide landelijke kader voor de sector VVT. Het is richtinggevend voor de te bespreken aspecten. Deze aspecten zijn onder andere: ‘cliëntzorg’, ‘samenwerken’, ‘vakbekwaam’, ‘veilige zorg’, ‘medische aspecten’ en ‘hoe doen we dat dan als team.’ Daarnaast reflecteert het team of de geboden zorg voldoende aansluit op de wensen van de cliënt. Door de teamdialoog wordt bewustwording over kwaliteit van zorg binnen het team vergroot. Daarnaast vormen de uitkomsten van de zelfevaluaties een deel van de verantwoording naar externen.

Externe verantwoording

Het landelijke kwaliteitskader schrijft aparte metingen voor, die elke zorginstelling moet doen. Jaarlijks een meting van zorginhoudelijke indicatoren of tweejaarlijks cliënt-waarderingsonderzoek. Dat zijn weer aparte registraties. Met het experiment probeert Cordaan de externe verantwoording over kwaliteit juist te baseren op alle informatie die een team al heeft over de zorg. Zo hoeven geen extra dingen meer gedaan te worden. Hiervan is het rapport naar externen over de dialogen in de teams en de zelfevaluaties een voorbeeld.

Daarnaast wordt jaarlijks de ‘CQ-licht’ uitgevoerd. Hiermee krijgt Cordaan een actueler en completer beeld van de cliëntwaardering.



Hanny Kohl, teammanager

“Toen ik de echtgenoot het nieuwe zorgplan van zijn vrouw liet lezen, zei hij: ‘Goh, voor de eerste keer herken ik mijn vrouw hierin. Het gaat ècht over haar.’”



Zij vraagt nu jaarlijks al haar cliënten de ‘CQ-licht’ in te vullen. In plaats van tweejaarlijks de reguliere CQ Index te doen bij slechts een steekproef van de cliënten. De ‘CQ-licht’ is een korte vragenlijst, afgeleid van het landelijk cliënttevredenheidsonderzoek (de CQ Index). De uitkomsten van de ‘CQ-licht’ vormen mede input voor het multidisciplinair cliëntoverleg, waarin het zorgplan geëvalueerd en eventueel bijgesteld wordt. In het kader van blijvend kwaliteit leveren, is dit een mooie cirkel.

De aspecten van de jaarlijkse meting van zorginhoudelijke indicatoren zijn geïntegreerd in de dagelijkse zorg. De integrale risicosignalering die aan de hand hiervan ontwikkeld is, geeft een actueel beeld over de mogelijke risico’s en in welke mate deze aanwezig zijn. Wanneer sprake is van een risico worden de actieplannen opgenomen in het zorgplan. De eenvoud van het zorgplan maakt dat het makkelijker en vaker gelezen wordt, ook door de cliënten en hun familie.

Daadwerkelijk gebruikt

Het nieuwe zorgplan is niet alleen goed voor de cliënt, ook de medewerker vindt de verandering prettig. Het is simpeler en duidelijker. Ze ervaren het als minder administratieve last en kunnen het veel makkelijker in hun dagelijkse werk gebruiken. Door simpelere taal te gebruiken, is het gelijk duidelijker, spreekt het nog meer aan en zijn de ‘antwoorden’ ook veel korter en krachtiger. Beppie Scheffer geeft aan: “Het zorgplan is duidelijker, het kost minder tijd, maar het allerbelangrijkste is dat de cliënt zo centraal staat in de vraagstelling van nu. Vroeger was het een moeilijke-woorden-document en dacht ik nog weleens ‘waar hebben we het over, dat is niet van toepassing op deze cliënt’. Toch moest je dan iets invullen en was het eigenlijk flauwekul. Nu gaat het alleen over de dingen, die echt van toepassing zijn voor mijn cliënt.”

Echte borging van echte kwaliteit

Voor Cordaan is het leveren van kwaliteit aan haar ruim 17.000 cliënten van groot belang. De kwaliteitstoetsing binnen Cordaan



“We willen het team op kracht hebben en de activiteiten in lijn met de cliënten.”

middels dialoog en zelfevaluatie van de teams draagt er aan bij dat kwaliteitsborging geen ‘papierene verplichting’ is voor externe verantwoording, maar een integraal onderdeel van de levering van het zorgproces zelf. Kwaliteit uit zich in betrokken en bewaame medewerkers.

Deze vorm van kwaliteitsborging spreekt de Inspectie voor de Gezondheidszorg erg aan. Zij geven richting Cordaan aan, ‘jullie regelen zelf de kwaliteitsborging en wij kijken mee, vooral op het gebied van veiligheid’. Over de verantwoording van de kwaliteitsborging is natuurlijk discussie. “Dat is alleen maar prettig”, zegt Jan Coolen, “laten we hierover maar in gesprek gaan.” De Inspectie voor de Gezondheidszorg onderkent dat kwaliteit alleen werkt, als je eenvoud als koers neemt.

Minder regels, meer ruimte voor creativiteit

Dat de medewerkers ook weer in hun eigen kracht gezet worden en hiermee de kwaliteit beter borgen, is ook alleen maar logisch. “Dat je regels stelt is niet gek. Maar we moeten af van de instructiezorg.”, meent Jan Coolen. “Dat verdrukt de creativiteit van de mensen. Er werken bij ons vele boeiende mensen, die kunnen thuis een gezin in hoge mate van zelfstandigheid, met initiatief, verantwoordelijkheid en creativiteit. Dan komen ze hier binnen en dan zijn het alleen maar regels, protocollen en registraties, die hun dag indelen. Weg regie, creativiteit en initiatief.” Alleen met eigen regie kunnen de verzorgenden inspelen op de eerder beschreven veranderlijkheid van de cliënten en de wijze waarop invulling gegeven kan worden aan het vervullen van hun behoeften. Louise Winter omschrijft het als volgt: “We willen het team op kracht hebben en de activiteiten in lijn met de cliënten.”

Gelukkig verlengd

Bijna alle zorgplannen zijn inmiddels omgezet naar de nieuwe methode. Nu gaat het om waarmaken wat in de zorgplannen staat. Daarmee is Cordaan aanbelaand bij de tweede fase. Deze fase gaat over het proces van continu leren en continu verbeteren. Om de resultaten van die tweede fase te oogsten, is de looptijd van het experiment gelukkig verlengd tot en met 31 december 2014. Met de verlenging is Cordaan erg blij. “We juichten het

experiment altijd al toe”, zegt Louise Winter, “maar we merken dat we nu pas los gaan met zijn allen. Het is mooi dat je nu ook kan gaan monitoren op tijd, en kwaliteit.”

“Wat extern onze wens is, is dat we vanuit de stakeholders het vertrouwen krijgen dat we de kwaliteit behouden. Dat vertrouwen zien wij graag vertaald in regelruimte.”, zo geeft Louise Winter als laatste aan. “We zijn al blij met het experiment, we blijven doorgaan, nemen de wet- en regelgeving in acht, en blijven vasthouden aan de versimpeling. Iets waarbij het experiment en de bijbehorende flatterij bij heeft geholpen.” Cordaan hoopt dat de resultaten aanleiding geven voor andere instellingen om ook regelarm te werken; “Als ze er zelf mee werken, zullen ze zelf ervaren dat ze tijd overhouden.”, besluit Beppie Scheffer.

Praktijktip

Zichtbare verbetering

Niet alleen de zorgplannen zijn van en voor de medewerker. In woonzorgcentrum Nieuw Vredenburg wordt gebruik gemaakt van zogenaamde verbeterborden. Hierop mogen alle medewerkers problemen, die ze zelf ervaren, noteren. Wekelijks worden deze problemen met elkaar besproken en van oplossingen voorzien. Op deze manier heeft iedere medewerker invloed op de kwaliteit van dagelijkse zorgverlening. Ook hierbij wordt de dialoogkompas toegepast, in dit geval op de teams.

Naast het verbeterbord binnen Nieuw Vredenburg voor de medewerkers, hangt er ook een verbeterbord voor de cliënten. Hierop kunnen zij de ervaren problemen noteren. Waarna ook hierover een dialoog ontstaat met de cliënten, maar ook binnen het team, om deze problemen passend op te lossen.

De verbeterborden zijn een onderdeel geworden van de dagelijkse praktijk en de medewerkers zijn er enthousiast over. Louise Winter, teammanager bij Nieuw Vredenburg, zegt: “Het is echt een middel, waarmee alle medewerkers geprikkeld worden om mee te denken.” Wanneer zij vertelt over de beleving van haar collega’s, zegt zij: “Laatst kwam een collega terug van vakantie en die vroeg gelijk ‘Wanneer gaan we weer met de verbeterborden aan de slag?’. En we hebben ook een studente die het verwerkt in haar afstudeeronderzoek.”

“De cliënt herkend”

Meer details en toch meer waarde. Het lijkt een tegenspraak, maar in praktijk werkt het overduidelijk. In het nieuwe zorgplan, dat niet meer een geheel medisch ingestoken dossier is, staan de wensen van de cliënt centraal.

Een paar voorbeelden:

Wat wil de cliënt en wat is afgesproken? “Zo hebben we voor een echtpaar dat bij ons woont op een tweepersoonskamer, dat zij zien als hun huis, opgenomen in het plan dat zij het op prijs stellen dat geklopt wordt en dat ‘mag ik binnenkomen?’ wordt gevraagd.”

De echtgenote van één van de bewoners zegt over het nieuwe zorgplan: “Mijn eerste gedachte, toen ik het nieuwe zorgplan van mijn man zag, was ‘wat leest dit rustig en wat is het goed te volgen’. Nu staan er ook misschien gekke dingen in, maar voor mijn man erg belangrijke dingen. Zaken zoals: dat hij de scheiding in zijn haar altijd rechts draagt en dat hij altijd een stropdas om wil. Ik herkende eindelijk mijn eigen man in dit zorgplan.”

En wat betreft de evaluatie: “Doelen en afspraken staan er in gewone mensentaal. Geen moeilijke woorden. Daardoor kan je ook terugkijken of het goed is gegaan en makkelijker aangeven wat er anders zou kunnen. Een hele verbetering.”





~ Kwadrantgroep ~ Indiceren kun je zelf

Het experiment: zelf indiceren cf. de 80+ melding.

Aukje Jorritsma, manager Care



“De huidige werkwijze laat veel meer vertrouwen in de kunde van de verpleegkundige zien, dit werkt motiverend.”

De Kwadrantgroep heeft aan het ministerie van VWS laten weten dat zij zelf in staat is om vast te kunnen stellen aan welke zorg een (toekomstige) cliënt behoefte heeft. Hoe werkt dat het verschuiven van een taak binnen de keten? En levert het voldoende voordelen op?

De Kwadrantgroep

Stichting Kwadrantgroep is een holding waartoe drie zorgorganisaties behoren. Stichting Zorggarant, De Friese Wouden en Palet zijn deze drie zorgorganisaties. De Friese Wouden is een aanbieder van zorg en diensten, die het mogelijk maken het leven in eigen regie en vanuit eigen waarde en verantwoordelijkheid voort te zetten. Van huishoudelijke hulp tot volledig verpleegd, van intensieve technische thuiszorg tot specialistische ouderenzorg. Palet is een zorgorganisatie die wonen, thuiszorg, dienstverlening, verpleging & verzorging in Noordwest Friesland aanbiedt. Zij ondersteunt op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Dat doet ze vanuit acht zorgcentra, drie multifunctionele centra en elf zorgsteunpunten. Ook voor Palet geldt dat het bieden van de zorg moet bijdragen aan zo lang mogelijk in eigen regie blijven van de cliënt, bijvoorbeeld door zo lang mogelijk thuis wonen te ondersteunen. Stichting Zorggarant heeft gekozen niet mee te doen met het experiment en voorrang te geven aan een aantal interne vraagstukken. Palet doet zelf ook nog een aanvullend experiment (zie het artikel over Palet in deze publicatie). Hierdoor heeft het experiment binnen de Kwadrantgroep een uniek karakter, want elke zorgorganisatie heeft een andere invalshoek op het experiment.

Zorg zonder indicatie / Zorg met eigen indicatie

Vanuit de overtuiging dat de Kwadrantgroep in de vorm van De Friese Wouden en Palet in staat is zelf de zorgbehoefte van de cliënt vast te stellen, is bij deze zorgorganisaties het experiment ‘Zorg zonder indicatie’ gestart.

Voor alle extramurale zorg, die door beide organisaties geboden wordt, stellen de verpleegkundigen zelf de zorgbehoefte vast. Daarbij geldt ook nog eens dat de ‘indicatiemelding’ in de AanmeldFunctionaliteit (AF) van het CIZ een verkorte versie is van de reguliere vragenlijst die normaal gesproken ingevuld moet worden. De zogenaamde ‘80+ regeling’ mag worden gevolgd. Het CIZ zet de indicatiemelding altijd direct om in een indicatiebesluit. “Dit indicatiebesluit wordt bij het bieden van de zorg altijd gevolgd.”, laat Roeleke de Boer, extramuraal en buurtverpleegkundige Leeuwarderadeel van Palet, weten.

Wat zijn de voordelen van zelf indiceren voor een zorgorganisatie? Roeleke de Boer: “We hebben niet meer het gedoe van eerst een spoedje. Ook worden we niet meer gebeld door het CIZ over onze indicatieaanvraag. Onze cliënten daarmee ook niet en dat is fijn, want die konden nog wel eens zeggen ‘het gaat wel weer’, terwijl wij als buurtverpleegkundigen al wisten ‘dit wordt een chronische indicatie voor één keer per week’. Deze rompslomp hebben we nu niet meer.”

Aukje Jorritsma, manager Care bij De Friese Wouden: “In het (eerste) contact met de cliënt staat de professionaliteit van de verpleegkundige weer voorop. Dat is beter, want wij kennen de cliënt het beste. Bovendien voelde het soms als een herhaling van zetten, want je moet eerst alles herhalen wat je al verteld hebt, daarna mag je het dan uitvoeren.”

De grootste winst van het zelf indiceren is een gevoelsmatige. Een waarbij de verpleegkundige zich serieuzer genomen voelt en autonoom. Aukje Jorritsma: “De huidige werkwijze laat veel meer vertrouwen in de kunde van de verpleegkundige zien, dit werkt motiverend.” De praktijk wordt daarbij minder geremd door de bureaucratie van de indicatiestelling. “Dit kostte tijd. Voor de medewerker is het nu minder werk en we kunnen nu bijvoorbeeld iemand direct al zorg bieden. Je hoort dan ‘Oh, kan dat al zo snel.’ Ja, zolang we het vertrouwen maar niet beschamen.”, zegt Roeleke de Boer.

B.V. Nederland

Hoe zit het met de hoeveelheid zorg die geboden wordt, wanneer zorgorganisaties zelf indiceren? Dat is toch hetzelfde als de slager die zijn eigen vlees keurt? Het risico bestaat dat meer en hogere indicaties afgegeven worden. De oprichting van het CIZ kwam jaren geleden niet uit het niets.

Het antwoord is even simpel als regelarm. Binnen het experiment 'Zorg zonder indicatie' is een benchmark op doelmatigheid van zorg ook een onderdeel. De benchmark binnen het experiment gaat toetsen hoe de geboden zorg onder een indicatie, die door Palet dan wel De Friese Wouden zelf is gesteld, zich op doelmatigheid verhoudt ten opzichte van de zorg, die gebaseerd is op een indicatie die op reguliere wijze tot stand is gekomen. Daarnaast wordt ook de cliënttevredenheid van beide categorieën gemeten en tegen elkaar afgezet. "Ondanks dat deze benchmark nog niet is uitgevoerd, zijn de eerste geluiden rondom de cliënttevredenheid dat huidige cliënten aangeven dat het nu, binnen het experiment, makkelijker gaat.", geeft Roeli Mossel, directrice Palet, aan. "Een terugblik op het experiment tot nu toe laat zien dat helemaal niet meer zorg geïndiceerd en geleverd wordt. De zorgconsumptie is echt niet groter.", vertelt Aukje Jorritsma. Roeleke de Boer: "We doen het zoals de regels van B.V. Nederland toestaan. Vanuit onze maatschappelijke verantwoordelijkheid aangaande de AWBZ-kosten."

In het projectplan is gesteld dat het zelf indiceren door de zorginstellingen leidt tot een kostenbesparing. Deze kostenbesparing komt tweeledig tot stand. Allereerst vervallen binnen

dit experiment de werkzaamheden die CIZ in de situatie voor het experiment uitvoerde. Daarnaast scheelt het ook tijd, en hiermee geld, binnen de zorginstelling zelf, omdat zij na de indicatieaanvraag, geen tijd meer kwijt zijn aan het beantwoorden van vragen vanuit het CIZ, dan wel van de cliënten die door het CIZ waren benaderd.

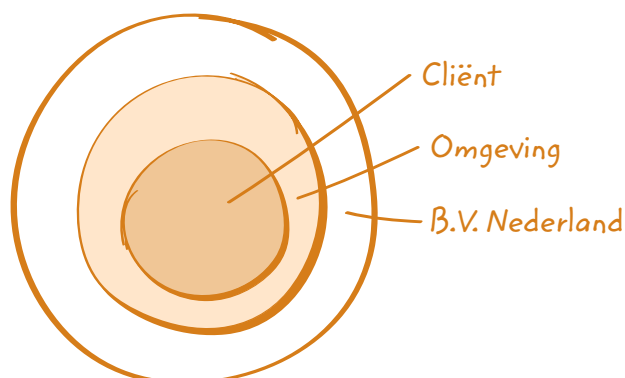
Waar is de cliënt?

Het indicatiebesluit geeft de cliënt inzicht in de benodigde zorg en voor welke hoeveelheid daarvan hij via de AWBZ in aanmerking komt. Leidt het experiment ook tot veranderingen voor de cliënten van De Friese Wouden en Palet? Dit is maar in kleine mate het geval. Door het CIZ wordt met cliënten geen contact meer opgenomen naar aanleiding van de indicatieaanvraag. Zij worden hier niet meer mee belast.

De snelheid waarmee de zorg aan cliënten wordt geleverd, verschilt gek genoeg niet van de snelheid waarmee dit voorafgaand aan het experiment gebeurde. Het experiment was in feite al realiteit voordat dit 'officieel' was afgesproken; zowel De Friese Wouden als Palet leverden al direct zorg, nog zonder officiële indicatie, met het risico dat een deel niet vergoed werd. Dit risico werd voor lief genomen ten gunste van de cliënt. Roeleke de Boer: "Cliënten merken weinig van het experiment. We probeerden de zorg sowieso al zo spoedig mogelijk te leveren. Dat zorgde vroeger alleen voor veel rompslomp voor de zorginstelling."

Het brengt nogal wat te weeg...

De reden dat vanuit de Kwadrantgroep voor alle extramurale cliënten bij De Friese Wouden en Palet alleen het proces rondom de indicatiestelling is aangepast, is omdat de andere belanghebbenden, zoals het zorgkantoor niet graag wilden mee doen aan het afschaffen van registraties en het AZR-berichtenverkeer. En je hebt elkaar nodig om het proces in de hele keten regelarder te maken. De moeilijke discussies met ketenpartners heeft ertoe geleid dat voor De Kwadrantgroep de regeldruk maar zeer beperkt is afgenomen. En dat is ergens natuurlijk heel jammer. Aukje Jorritsma: "Ondanks de kleine aanpassing in de werkwijze is toch gekozen om deel te nemen aan de regelarme experimenten, omdat het op zijn minst een begin is."





Roeleke de Boer, wijkverpleegkundige

“We doen het zoals de regels van B.V. Nederland toestaan. Vanuit onze maatschappelijke verantwoordelijkheid aangaande de AWBZ-kosten.”





“Het experiment is een mooie voorbereiding op de veranderingen die nog gaan komen in de komende periode.”

Ondanks dat het experiment ‘Zorg zonder indicatie’ slechts betrekking heeft op een klein stukje van de bureaucratie binnen zorginstellingen, is ook dit experiment niet alleen maar het afschaffen van een regel of het aanpassen van een werkwijze. Deze andere manier van werken heeft vooral binnen De Friese Wouden een discussie op gang gebracht over de houdbaarheid van productiegericht denken. Daar keken ze met enige jaloezie naar Palet, die met hun ‘extra project’ ‘Handen Ineen’ meer regels mochten versoepelen. Juist die verschillen geven de prikkel tot extra nadenken. Want: waarom kan/mag het bij de ene wel en bij de andere niet? En wat zijn de voor- of nadelen van beide aanpakken? Vragen die juist prikkelen en de discussie goed op gang brengen.

De meeste medewerkers binnen De Friese Wouden vinden het huidige experiment dus best mager. Het had wat velen betreft wel meer gemogen. “Het experiment is een mooie voorbereiding op de veranderingen die nog gaan komen in de komende periode.”, stelt Aukje Jorritsma. “Maar het is nu niet meer dan een aanpassing van een werkwijze.”

Volgens Roeleke de Boer kan het regelarm werken helpen bij de maatschappelijke verandering, die op gang komt rondom elkaar weer helpen, weer iets terugdoen naar elkaar, maar ook het elkaar weer vragen om hulp. Hiervoor moeten we elkaar weer wakker schudden. “Dit is iets dat op gang komt, nu we bij de gesprekken met cliënten de cirkels, cliënt, netwerk en B.V. Nederland, hanteren om te komen tot de zorgvraag aan B.V. Nederland als onderdeel van de totale zorgvraag van een cliënt. Het wakker schudden is niet iets dat alleen bij de cliënten moet gebeuren, ook bij de medewerkers.”

Toekomst

Naast het experiment ‘Zorg zonder indicatie’ is Palet ook partij in het experiment ‘Handen Ineen’. Zelf indiceren is ook onderdeel van dit experiment, maar daarnaast zijn binnen het experiment van Palet nog andere regels afgeschaft. “De reden dat binnen het experiment ‘Handen Ineen’ meer regels afgeschaft hebben kunnen worden, is dat vanuit een visie, waarvan wijkgericht denken een belangrijk onderdeel is, een hele nieuwe start gemaakt kon worden bij de ontwikkelingen van de wijk Het Tramkwartier.”, aldus Roeli Mossel.

De discussie die al naar aanleiding van het experiment ‘Zorg zonder indicatie’ op gang is gekomen, gaat over hoe de wereld zou zijn als meer conform het experiment ‘Handen Ineen’ zou worden gewerkt. Dit is een toekomstbeeld dat geambieerd wordt en dat ook niet meer te stoppen is, mede gezien de maatschappelijke discussies die buiten de experimenten om ook al worden gevoerd.

Uit het enthousiasme om door te pakken naar het verder regelarm maken van zorginstellingen, mag sowieso geconcludeerd worden dat het overnemen van een taak van het CIZ prima werkt. Roeleke de Boer: “Ik vind het wel lekker.”

+ Praktijktip

Zoek de grenzen van het systeem op

Als het aan de Kwadrantgroep had gelegen, dan waren meer regels binnen het experiment opgenomen. De beperking kwam vanuit de keten. Soms lukt het niet om iedereen mee te krijgen. Dan is een kleiner experiment de best haalbare oplossing. Liever een klein experiment en het opbouwen van ervaringen, dan niets doen omdat het niet gedragen wordt door de keten. Wie het kleine niet eert...





GGZ Friesland

SIP maakt onze mensen vrolijk

Het experiment: zelf indiceren bij GGZ Friesland.





“Met het CIZ zijn goede afspraken gemaakt over de toetsing achteraf en werken op basis van vertrouwen, waardoor de zorg direct geleverd kan worden aan onze cliënten.”

Bij het horen van ‘zelf indiceren door zorginstellingen’ hoor je tegelijkertijd de gedachte ‘maar hoe zit dat dan met onafhankelijkheid en het bieden van de juiste zorg?’. GGZ Friesland wil met haar experiment laten zien dat onafhankelijkheid niet in het geding komt en dat het zelf indiceren ten goede komt aan het snel kunnen bieden van passende zorg.

De wens: zelf indiceren

Binnen GGZ Friesland verblijven ruim zevenhonderd patiënten op basis van de AWBZ. GGZ Friesland heeft vanuit de visie ‘hoe kunnen we sneller zorg bieden met minder bureaucratie’, een experiment gestart rondom de regels van het aanvragen van indicaties bij het CIZ. Door het vereenvoudigen van bureaucratische procedures rondom de aanvraag voor zorgtoewijzing wil GGZ Friesland ervoor zorgen dat cliënten sneller de noodzakelijke ondersteuning kunnen ontvangen. Door administratieve regels weg te laten of te verminderen verwacht GGZ Friesland de volgende resultaten te bereiken:

- cliënten worden niet langer belast met administratieve indicatieprocedures bij het aanvoeren van (aanvullende) bewijslast ten aanzien van voorliggende voorzieningen, die betrekking hebben op het aanvragen van een indicatie voor werk- en dagbesteding;
- cliënten kunnen eerder zorg en/of begeleiding krijgen, die aansluit bij hun zorgvraag en kunnen daarmee doelgericht aan persoonlijke ontwikkeling werken;
- snelle doorstroming vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar AWBZ-woonarrangementen voor zowel klinische vervolgbehandeling (KVB/GGZ-B pakketten) als beschermd wonen (BW/GGZ-C-pakketten);
- geen onnodig tijdverlies voor behandelaren door een vereenvoudigde indicatieprocedure en daardoor meer tijd voor de noodzakelijke zorg en aandacht voor de cliënt;

- vergroting/verbreding van inzicht van ketenpartners ten aanzien van de knelpunten in de dagelijkse praktijk en de impact van de bureaucratische regelgeving op het indicatie aanvraagproces.

Standaard Indicatie Protocol

Zelf indiceren lijkt ‘de kat op het spek binden’. Hoe voorkom je partijdigheid en garandeer je objectiviteit? Met deze vragen zijn GGZ Friesland én het CIZ gezamenlijk aan de slag gegaan. Het resultaat: een Standaard Indicatie Protocol, de SIP voor het aanvragen van verblijfszorg in de GGZ. De SIP vervangt de zestien pagina’s tellende indicatieaanvraag die binnen de aanmeldfunctionaliteit (AF) van het CIZ ingevuld moest worden. De SIP, die vijf pagina’s telt, bestaat uit algemene gegevens over de cliënt, maximaal twintig kernvragen en vijf toelichtende vragen. Op basis van een beslisboom kom je na het invullen van de kernvragen uit op een conclusie en een indicatie(advies).

Naast de aanzienlijke vermindering van het aantal in te vullen pagina’s om tot een indicatieverzoek te komen, is met het CIZ ook afgesproken, dat het indicatieadvies automatisch leidt tot een indicatiebesluit. Hiermee is de doorlooptijd om te komen tot een indicatiebesluit teruggebracht tot één dag. In spoedeisende gevallen kan zelfs direct zorg worden ingezet en volgt het indicatiebesluit achteraf alsnog binnen maximaal vijf dagen.

“Wat dit SIP bijzonder maakt, is dat het in goed overleg en hechte samenwerking tussen het CIZ en GGZ Friesland is gemaakt. De totstandkoming van dit SIP heeft zes maanden geduurd.”, aldus Eveline Frederiksz, projectleider Experiment Regelarme Instellingen en adviseur zorgadministratie. “Maar dat is de investering meer dan waard. Met het CIZ zijn goede afspraken gemaakt over de toetsing achteraf en werken we op basis van vertrouwen, waardoor de zorg direct geleverd kan worden aan onze cliënten.”

Naast de SIP voor de nieuw aan te vragen indicaties heeft GGZ Friesland ook voor de herindicatie een aangepaste werkwijze,



“De tijdswinst die behaald wordt, komt geheel ten gunste van de beschikbare tijd voor onze cliënten.”

namelijk de Herindicatie via Taakmandaat (HIT). “Bij iedere herindicatie hoeft nu alleen maar een samenvatting geschreven te worden en aan het CIZ overhandigd te worden, in plaats van per tekstblok van de reguliere aanvraag een toelichting te moeten schrijven. Hier winnen we veel tijd mee.”, zegt Anne-Marie van Kammen, werkzaam als medewerker zorgindicatie op de centrale zorgadministratie. Deze HIT is van toepassing op de herindicaties waarbij de zorgzwaarte gelijk blijft of afneemt. “Voor herindicaties naar een hogere zorgzwaarte moet nog wel een aantal vragen dat nog beantwoord moet worden.”

Voordeel 1: Minder tijd

Het is niet verrassend dat het invullen van vijf pagina's minder tijd kost dan het invullen van zestien pagina's. Ineke Walinga, verpleegkundige: “Het gebruik van de SIP scheelt heel veel werk en tijd ten opzichte van het aanvragen van een indicatie via de aanmeldfunctionaliteit van het CIZ. Vroeger kostte het drie uur, nu kan ik het in één uur. In vergelijking met de reguliere werkwijze echt een verademing.” Deze tijdswinst is het resultaat van een korter formulier, maar ook van de directe relatie tussen de informatie in de SIP en andere onderdelen van het dossier van de cliënt, zoals de diagnostiek in het EPD en de begeleidingsgebieden in het begeleidingsplan. “De tijdswinst die behaald wordt, komt geheel ten gunste van de beschikbare tijd voor onze cliënten”, zo zegt Ineke Walinga, “want het was altijd iets dat tussendoor moest gebeuren, we kregen hier geen aparte tijd voor.”

De ondersteuning door de medewerkers zorgadministratie en de monitoring op de evaluatiecijfers vanuit de projectgroep is erg belangrijk voor het slagen van dit deel van het experiment. Het behalen van de tijdswinst is voornamelijk het resultaat van de nieuwe werkwijze, maar om deze optimaal te benutten is ook voldoende kennis en ervaring met de nieuwe werkwijze nodig. De medewerkers Centrale Zorgadministratie hebben naast het informeren voorafgaand aan het experiment ook een belangrijke rol tijdens het experiment. “We krijgen gevraagd, maar ook ongevraagd, feedback op de door ons ingevulde SIP's en HIT's. Dat gaat dan over wat beter zou kunnen.”, complimenteert Ineke Walinga. Om alle betrokken medewerkers te informeren, zijn voorlichtingsbijeenkomsten gehouden. Gedurende het experiment wordt gewerkt met evaluatieformulieren voor de

indicatieaanvragers en cliënten, waarmee we de resultaten en bevindingen kunnen meten en monitoren.

Voordeel 2: Zekerheid

Een ander bijkomend voordeel is een vermindering van de mentale last voor de medewerkers, laat Eveline Fredriksz weten. “Alleen al de mentale last voor degenen, die de aanvraagformulieren moeten invullen wordt als minder belastend ervaren, omdat onnodige bureaucratie hier niet meer aanwezig is. Ze hebben niet langer de onzekerheid over de vragen ‘kan ik wel zorg bieden en krijg ik wel een indicatie voor de cliënt passend bij de zorg die nodig is?’. Dat is nu een zekerheid.”

Anne-Marie van Kammen geeft aan dat de zekerheid van het krijgen van de uitkomst van de SIP, het indicatieadvies, een logisch gevolg is van de gezamenlijke ontwikkeling van de SIP en de vertrouwensrelatie die bestaat tussen GGZ Friesland en het CIZ. “We krijgen op alle SIP's feedback vanuit het CIZ naar aanleiding van hun toetsing. Dit gebeurt achteraf en groepsgewijs. Ondanks dat de aangevraagde indicaties altijd door het CIZ worden overgenomen, krijgen we soms ook tips over hoe de aanvragen anders hadden gekund of uitgebreider onderbouwd hadden kunnen worden.”

Voordeel 3: Doelmatigheid

Naast dat de tijdswinst door de versnelde indicatie aanvragen volledig ten gunste van de cliënten komt, wordt vanwege de kortere doorlooptijd om een indicatiebesluit te krijgen ook de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg geoptimaliseerd. “Het snel verkrijgen van een indicatie, betekent dat gelijk geacteerd kan worden en direct de juiste zorg geboden kan worden.” Dit is iets dat als muziek in de oren van de cliëntenraad klinkt. Ria Woudstra, drie à vier dagen per week actief voor zowel de regionale als de centrale cliëntenraad van GGZ Friesland: “Want als het vlotter kan, dan graag. Nu kost het krijgen van een indicatie een dag. Ik heb wel eens vier weken moeten wachten en dat is niks, die onzekerheid. Soms heb je gewoon direct hulp nodig en dat kan nu.”

De kortere doorlooptijd voor het krijgen van een indicatie heeft ook effecten op de doelmatigheid van de zorg tijdens de

NAAM CLIENT // GEBOORTEDATUM

(wordt herhaald op volgende pagina)

Kernvragen

- | | |
|---|--|
| 1. Is de cliënt 18 jaar of ouder? | ☐ Ja → ga door naar 2 |
| | ☐ Nee, geen SIP-71 |
| 2. Heeft de verantwoordelijk behandelaar vastgesteld dat verblijf vanwege de psychiatrische behandeling na 365 dagen noodzakelijk is? | ☐ Ja → ga door naar 3 |
| | ☐ Nee, geen SIP-71 |
| 3. Is de psychiatrische behandeling gericht op (verder) herstel en is er een reële verwachting dat dit herstel optreedt binnen twee jaar? | ☐ Ja, geen SIP-71 (mogelijk SIP-70) |
| | ☐ Nee → ga door naar 4 |
| 4. Is sprake van een zeer ernstige psychiatrische stoornis waardoor zeer intensieve behandeling, begeleiding en verzorging nodig is met een gestructureerd klimaat en grote mate van bescherming en beveiliging en plaatsing in een gesloten behandelsetting ¹ ? | ☐ Ja → ga door naar 5 |
| | ☐ Nee → ga door naar 7 |
| 5. Is de cliënt ten minste 1 dagdeel aangewezen op AWBZ-dagbesteding ter vervanging van (betaalde) arbeid? | ☐ Ja → ga door naar 6 |
| | ☐ Nee, SIP variant M |

Afbeelding: voorbeeld van het SIP

behandeling. Eveline Fredriksz haalt een cliëntcasus aan: "Laatst hadden we een meneer, die kon de kliniek verlaten, maar alleen als direct aansluitend beschermd wonen en dagbesteding geregeld was. Op een passende indicatie hiervoor hebben we wel eens weken moeten wachten, dan hielden we iemand langer in de kliniek in afwachting van die indicatie. Nu hebben we binnen een dag een indicatie en kan direct gehandeld worden naar het verloop van de behandeling. De meneer houdt niet meer onnodig een plek in de kliniek bezet en krijgt direct passende begeleiding."

Voordeel 4: Verminderde bewijslast

Naast het verminderen van het aantal in te vullen pagina's voor een indicatieadvies en het verkorten van de doorlooptijd om te komen tot een indicatiebesluit, zijn ook afspraken gemaakt met het CIZ over de mate van bewijslast voor een indicatie voor begeleiding bij dag- en werkbesteding. De vereiste bewijslast op het gebied van werk en voorliggende (gemeentelijke) voorzieningen is verminderd. Hiermee wordt een hoop tijd en gemak gewonnen, onder andere doordat er minder afhankelijkheid van andere partijen bestaat voor de aanlevering van het bewijsmateriaal. Ook hier geldt dat de versnelling van

het proces er voor zorgt dat wij sneller passende begeleiding kunnen bieden.

Individueel geen verschil, collectief wel

De cliënten van GGZ Friesland hebben weinig gemerkt van de overgang van de oude aanmeldfunctionaliteit naar het nieuwe SIP. Dit komt, omdat deze cliënten tot een doelgroep behoren die vaak niet in staat is om de aanvraag zelf in te vullen, en dit traject in veel gevallen buiten het gezichtsbeeld van de cliënten plaatsvindt. Voor veel cliënten is het bovendien de eerste keer dat zij met een indicatieaanvraag in aanraking komen en dan valt er dus moeilijk iets te vergelijken.

Maar voor de cliëntenraad is het verschil wél merkbaar, omdat zij de processen en procedures over langere tijd volgen. Zij zien wél dat het nu mogelijk is om passende zorg binnen één à twee dagen te regelen, waar dat voorheen regelmatig aanzienlijk langer duurde. Zij zien wél dat het de begeleiders minder tijd kost om een aanvraag in te dienen. Niet verwonderlijk dat zij dus zeer enthousiast zijn over de nieuwe regelarme werkwijze. Bovendien vindt de cliëntenraad dat de zorgverleners van de GGZ veel beter dan het CIZ kunnen beoordelen wat er werkelijk nodig



“Het CIZ besloot, maar ik denk niet dat zij degene moeten zijn die het besluit moeten nemen.”

is. Ria Woudstra: “Het CIZ besloot, maar ik denk niet dat zij degene moeten zijn die het besluit moeten nemen. Je wordt zo afhankelijk van iemand die niet weet wat je mankeert en nodig hebt, dat weten je behandelaars. Maar het CIZ besloot wel even over je toekomst, terwijl ze niet weten wat je hebt.” Deze visie wordt gedeeld door Anne-Marie van Kammen, zij zegt: “Het CIZ moet en kan eigenlijk alleen maar toetsen, niet beoordelen. Dat is iets dat de behandelaars, die de meeste kennis over de cliënt hebben, beter kunnen. Neemt niet weg dat er natuurlijk wel getoetst zal moeten worden of het volgens de regels gaat.”

Eigen vlees keuren?

Een terechte vraag die gesteld wordt, is ‘hoe zit het dan met de onafhankelijkheid bij het bepalen van het recht op zorg?’. Het antwoord hierop is dat de medewerkers zorgindicatie de onafhankelijke partij zijn in dit proces. “Zij toetsen de indicatieaanvragen voordat ze naar het CIZ gaan. GGZ Friesland moet sowieso verantwoording afleggen aan meerdere partijen in de keten. Naast het aanvragen van de indicaties bij het CIZ, heeft GGZ Friesland ook een meldingsplicht naar het zorgkantoor. Je moet het gewoon volgens de regels doen.”, zegt Eveline Fredriksz. Bovendien heeft het CIZ het recht (en de plicht) om tijdens het experiment te toetsen of de indicatieaanvraag rechtsgeldig is. Tot op heden zijn er geen gevallen geweest waaruit bleek dat GGZ Friesland ten onrechte een indicatie voor haar cliënten had aangevraagd.

Een vertrouwensband met CIZ

De huidige werkwijze rondom het aanvragen en toetsen van indicaties is gestoeld op de vertrouwensband tussen het CIZ en GGZ Friesland. Deze band was voor het experiment al best goed, maar is door het experiment sterker en hechter geworden. De rolverdeling was vooraf goed afgesproken: GGZ Friesland ontwerpt het nieuwe SIP, het CIZ geeft feedback en keurt goed. Dat de relatie met het CIZ verder gaat dan alleen vertrouwen naar elkaar toe, blijkt uit het feit dat het CIZ zelf ook een projectleider beschikbaar heeft gesteld voor dit regelarme experiment en mensen vrij heeft gemaakt voor de afhandeling van onze indicatie aanvragen vanuit het Experiment Regelarme Instellingen-project. “Helaas kon het nieuwe Standaard Indicatie Protocol bij het CIZ niet tijdig voor aanvang van dit project in de

aanmeldfunctionaliteit worden geïmplementeerd. Daarom is besloten om de nieuwe SIP tijdelijk als een Word-format te ontwikkelen en de routing naar een speciaal ingerichte mailbox bij het CIZ met gebruik van mailbeveiliging te laten plaatsvinden.” Ook de cliëntenraad is vanaf het eerste moment betrokken geweest bij het experiment. De driehoek GGZ Friesland – cliëntenraad – CIZ heeft vanaf het eerste moment goed gefunctioneerd. Niet alleen had de cliëntenraad inspraak in de totstandkoming van de SIP en de evaluatieformulieren voor cliënten, ze wordt nog steeds betrokken bij de kwartaalevaluaties. Door met elkaar in dialoog te treden over de mogelijkheden en samen te zoeken naar oplossingen van knelpunten, verbetert het wederzijdse begrip en vertrouwen. En dat is essentieel om samen te komen tot minder regels, ook in de toekomst.

Op naar nog minder

Bij de bepaling van het experiment is de vraag gesteld ‘hoe kunnen we sneller zorg bieden, waar hebben we last van?’. Het huidige experiment heeft een deel van deze lasten al verminderd. Omdat de tijdswinst geheel ten gunste van de cliënten komt, zou het zonde zijn om dit weer los te moeten laten. Ineke Walinga: “Dan baal ik dat het langer gaat duren en dat dit weer ten koste gaat van mijn tijd voor de cliënten, omdat het er allemaal tussendoor moet.”

Door jezelf de vraag te stellen ‘waar heb je last van?’ en de nieuwe kijk die je hierdoor ontwikkelt, kom je tijdens het experiment natuurlijk meer bureaucratie tegen. Als het aan Eveline Fredriksz ligt, gaat GGZ Friesland nog meer stappen vooruit: “De volgende stap is het afschaffen van de minutenregistratie. Dan wordt het zorgplan / zorgarrangement de realisatie. Dit sluit aan op het pad dat GGZ Friesland is ingeslagen met de eigen SIP, waarmee GGZ Friesland uitvoering wil geven aan het procesuitgangspunt ‘Geplande zorg is geleverde zorg.’, zegt Eveline Fredriksz. “Wanneer de behandelaar degene is die beoordeelt en indiceert, dan kan het zorgplan, de basis voor de indicatie, gaan dienen als bewijs van realisatie.”, zegt Anne-Marie van Kammen. Ineke Walinga ervaart in haar dagelijkse werk hinder van de HACCP-regels en alle procedures, registraties en kruisjeslijstjes die daarbij horen. Ria Woudstra ziet vanuit de cliënten een erg groot voordeel voor passende zorg als de schotten tussen de verschillende financiers en bijbehorende zorg verdwijnen.



Anne-Marie van Kammen, medewerker zorgadministratie

“Wanneer de behandelaar degene is die beoordeelt en indiceert, dan kan het zorgplan gaan dienen als bewijs van realisatie.”

Genoeg nieuwe ideeën om de toekomst mee tegemoet te treden, maar vooral veel positieve ervaringen om het experiment tot een goed einde te brengen. “Ik hoop dat de SIP na 1 januari 2015 landelijk geïmplementeerd kan worden en dan is ingebouwd in de aanmeldfunctionaliteit van het CIZ.”, zegt Eveline Fredriksz. “Dit zou in de hele branche veel tijd schelen en als we daarmee ook een positieve bijdrage hebben kunnen leveren aan een landelijke meerwaarde, dan is dat mooi meegenomen.”

Praktijktip

Betrek belanghebbenden vanaf het begin

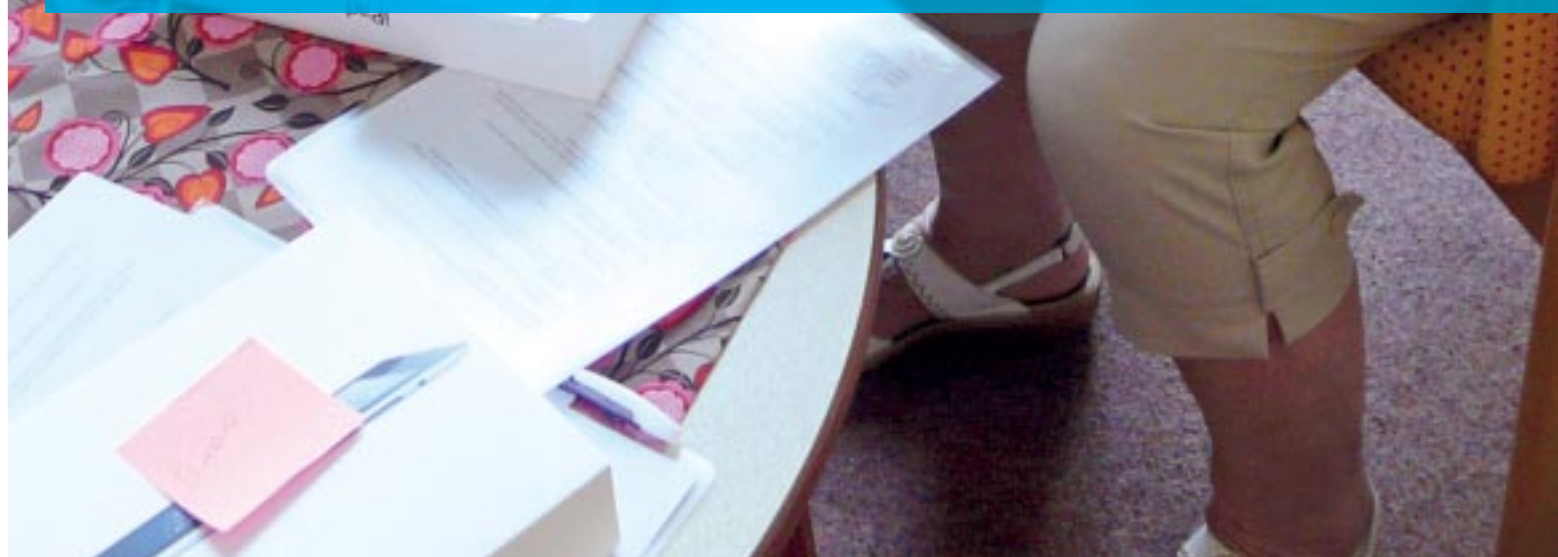
De ervaringen van GGZ Friesland laten zien dat het loont om belanghebbenden in het eerste stadium te betrekken. Niet alleen direct betrokkenen, zoals het CIZ, maar ook de cliëntenraad betrekken in een heel vroeg stadium is belangrijk voor betrokkenheid en draagvlak. Juist bij een experiment kun je iedereen vanaf de start betrekken. Je weet dat het een zoektocht wordt, waarbij de zoektocht op zichzelf al minstens zo belangrijk is als de uitkomst. Van gezamenlijk zoeken komt vertrouwen en die band heb je keihard nodig om veranderingen door te voeren.



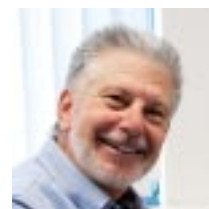


Icare Loskomen van geprogrammeerd denken

Het experiment: planning = realisatie.



Gert Leeftink, directeur VVT



“We realiseerden dat de manier waarop wij Icare organiseren, zijn houdbaarheid aan het kwijtraken was.”

Zorg leveren als een beslisboom, waarbij je gedachteloos de pijltjes volgt en bij een standaard zorgplan uitkomt? Of zorg leveren vanuit een visie waarbij de zelfredzaamheid van de cliënt én van de medewerker voorop staat? Geen moeilijke keuze, volgens Icare, wel een cultuuromslag.

Veranderen vanuit een visie

Het begon in 2009. Gert Leeftink, directeur VVT van Icare, bezocht samen met zijn collega een studiedag met als titel 'Intensieve menshouderij'. Op dat moment zei hij tegen zijn collega: "Dit hebben wij van ons bedrijf gemaakt en daar moeten we zo snel mogelijk bij weg. We realiseerden ons toen dat de manier waarop wij Icare organiseren, zijn houdbaarheid aan het kwijtraken was." De conclusie hierna: ontwikkel een nieuwe visie voor Icare, die moet leiden naar dat de zorgverlener weer moet doen waarvoor hij opgeleid is. De beweging terug naar het vak moest worden ingezet. Zo is de 'Visie op Zorg', ontstaan, waarin Icare focust op kwaliteit van leven, zelfmanagement, preventie en omgeving.

Hieromheen is het project 'Steeds beter' gestart in 2010. Met dit project wilde Icare werken aan het verminderen van interne bureaucratie, waarmee zij streeft naar een transparant proces met als belangrijkste doelstelling: het bieden van zorg die noodzakelijk is voor zelfstandigheid en kwaliteit van leven van de cliënt. Toen Icare in 2012 de mogelijkheid kreeg van het ministerie van VWS om deel te nemen aan het Experiment Regelarme Instellingen was dat een logische stap naar 'the next level'. Een kans om meer draagvlak te krijgen en hun invloed uit te oefenen op weg naar een duurzame zorg.

Van visie naar experiment

De visie om de focus te leggen op zorg die gericht is op de zelfstandigheid en de kwaliteit van leven van de cliënt, heeft geleid

tot kijken naar de aanwezige bureaucratie binnen en buiten Icare.

Verskillende aspecten van deze bureaucratie zijn opgenomen in het experiment, namelijk:

- de indicatiestelling procedure is komen te vervallen;
- zo ook de vijf-minutenregistratie per prestatie; en
- het verminderen van het AZR-berichtenverkeer.

Begin 2012 startte Icare het project planning = realisatie in drie teams in Gelderland. Inmiddels doen meer dan zes wijkteams mee, waaronder woonzorgcomplex Eureka in Otterloo. Het woonzorgcomplex telt 28 appartementen voor zowel alleenstaanden als (echt)paren. Centraal in het experiment staat het zorgplan. Dit is leidend voor het indicatieadvies, leidend voor de realisatie en leidend voor wijzigingen in de zorg. Dit zorgplan wordt opgesteld door de zorgprofessional samen met de cliënt en eventueel de mantelzorger. Opstellen is niet genoeg, juist de evaluatie en eventuele bijstelling maken dat het zorgplan de indicatiestelling procedure én de vijf minutenregistratie kan vervangen.

Indiceren kun je zelf

Het aanvragen van een indicatie ging nog op de gebruikelijke wijze, via het CIZ. Vaak hanteerde het CIZ een standaardtermijn van zes weken. Binnen de termijn van zes weken kon het CIZ ook nog nabellen over de ingevulde informatie ter onderbouwing van de aangevraagde indicatie. In het experiment planning = realisatie regelt de wijkverpleegkundige nu zelf de indicatie. Het aanvraagtraject is even lang als die van een vroegere spoedaanvraag, namelijk één tot twee dagen met de mogelijkheid om vijf dagen terug in de tijd te gaan. Dit is een substantiële versnelling van het proces en dus goed voor de cliënt. Die weet bijna direct waar hij of zij aan toe is. Het CIZ belt niet meer na om het indicatieadvies te toetsen. "We zijn dus van dubbele uitleg af.", zegt wijkverpleegkundige Geertrude van der Spek.



Geertrude van der Spek, wijkverpleegkundige

“We denken nu vanuit wat heeft iemand nodig, niet wat er officieel voor staat.”

Dat de indicatieaanvraag nu hoort bij de rol van wijkverpleegkundige is positief volgens Lammert Verhoef, student HBO-V die inmiddels één jaar bij Icare stage loopt. Hij geeft aan: “Zij kan de zorgbehoefte van de cliënt beoordelen en het is goed voor het klantencontact.”

Een leidend zorgplan

Het experiment binnen Icare gaat verder dan het zelf indiceren door de wijkverpleegkundige. De basis voor de indicatie is het zorgplan, maar in de uitvoering geldt dat er vooral gekeken wordt naar wat de cliënt echt aan zorg nodig heeft. Dat kan de ene week meer verzorging zijn dan de andere week. Of er wordt binnen de beschikbare tijd per week soms andere invulling gegeven aan de begeleiding. Als het maar in het belang van de cliënt is en volgens de afspraken in het zorgplan.

Het loslaten van de (strikte) indicatie is lastig, geeft Geertrude aan. In het begin hoorde zij veel om haar heen ‘Mag ik dit niet meer doen? Of mag ik dat nog wel doen? Kan ik dit dan ook voor mijn cliënt doen?’. “Vroeger was de indicatie leidend en moest je die ook volmaken. Dus als iemand recht had op één uur, dan maakte je die vol. Als nu een half uur genoeg is, dan is dat genoeg.”, zegt Hennie Hendriks, planner binnen Eureka. “We denken nu vanuit wat heeft iemand nodig, niet wat er officieel voor staat.”, vult Geertrude van der Spek aan.

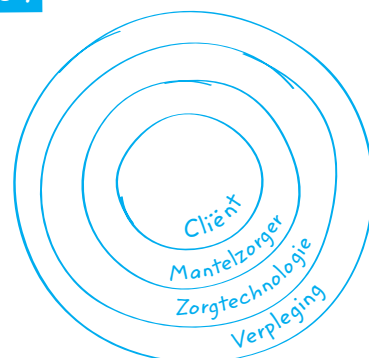
Het is niet alleen lastig om het denken van eigen medewerkers te veranderen. Het denken in ‘rechten en plichten’ zit ook bij mantelzorgers soms diep geworteld. Geertrude van der Spek: “Wanneer een cliënt volgens het indicatiebesluit recht heeft op 9,9 uur zorg, dan vragen mantelzorgers uit bezorgdheid of die ook altijd geleverd wordt. Dan moet ik dat ombuigen naar dat alle benodigde zorg in minder tijd kan, in tegenstelling tot de officiële brief van het CIZ. Dat is soms lastig.”

Om goed inzichtelijk te krijgen wat de zorgbehoefte van de cliënt is, wordt het zorgplan samen met de cliënt opgesteld. In de zomer van 2012 is Icare al begonnen met het herschrijven van alle zorgplannen. “Daarna is het al vier keer aangescherpt”, zegt Geertrude van der Spek, “Doelen als ‘waar werk ik naartoe?’ of ‘comfort en stabiliteit’ en de gesprekken hierover vind je veel meer terug in het zorgplan.”

Geertrude benadrukt dat het goed is dat er aandacht is geweest voor de ontwikkeling van de gespreksvaardigheden. Juist om met de cliënt en de mantelzorger over het zorgplan te kunnen praten en de juiste vragen te kunnen stellen. “Wij waren erg goed in gesloten vragen stellen, maar nu moeten we veel meer open vragen stellen. Daarbij vind ik het ook erg belangrijk dat we in de taal van de cliënt praten en schrijven, taal die niet kwetsend is en die ik zonder schaamte kan laten lezen.”

Goede zorg is ontzorgen

De visie op zorg van Icare is gebaseerd op de zelfstandigheid en de kwaliteit van leven van de cliënt. Om de zelfstandigheid van de cliënten te behouden en vergroten, worden bij het maken van de afspraken voor het vervullen van de zorgbehoefte altijd de volgende cirkels gehanteerd.



Vanuit de zorgbehoefte van de cliënt wordt in de volgende volgorde gekeken naar:

- Is er iemand in de omgeving van de cliënt die kan ondersteunen bij de zorgvraag?
- Kan de cliënt het zelf met aanpassingen of ondersteuning met technologie?
- Welke rol kan de verzorging / verpleging in de resterende zorgbehoefte spelen?

Dit is een hele omslag, een andere manier van werken en kijken naar de zorg. Voor zowel de zorgverlener als voor de cliënt. Als wijkverpleegkundige had Geertrude van der Spek in het begin het gevoel gemeen te zijn, wanneer een cliënt iets vroeg en zij moest antwoorden ‘dat doen wij niet meer voor u’. “Maar we doen het niet om iemand in de steek te laten! Je laat de cliënt niet los, je neemt een meer begeleidende rol in. Ook naar de mantelzorger, door eens te vragen ‘red je het nog?’.”

Om deze omslag te kunnen maken zijn de medewerkers van begin af aan meegenomen in de visie en de ontwikkeling van het experiment. Voor Hennie Hendriks was dit erg fijn. “De verandering



gaat veel makkelijker als je van begin af aan wordt meegenomen en erbij wordt betrokken, serieus genomen.” Ans van Brakel, teamcoach Eureka, zegt hierover: “Van belang was wel dat we taal gebruikten, die hielp. Taal die richting geeft aan je handelen. Bij een term als ‘ontzorgen’ is dat erg belangrijk, want je kan het hier een half uur over hebben, maar dat wil nog niet zeggen dat iedereen weet wat je bedoelt.” Ook voor cliënten is deze aanpak een omschakeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid. “Ze leren dat soms ook af, door al onze zorg.”, zegt Hennie Hendriks. “Ook met hen gaan we stapje voor stapje, bijvoorbeeld door hen eerst mee te nemen in weer eigen keuzes maken.”

Mevrouw Verbeek is een mooi voorbeeld van hoe technologie ook een rol kan spelen in het ontzorgen. Zij heeft sinds kort een iPad gekregen in het kader van een experiment tot en met december 2013. Het is de bedoeling dat hierop het zorgplan komt te staan. “We hebben zo’n sprookjesboek (het zorgplan) hè, die komt op de iPad voor de zusters. Nu heb ik hem gekregen om mee te spelen. Nu ik er veel mee gespeeld heb, wil ik nu wel verder hè. Het is al snel december en dan moet ik hem weer inleveren.” Niet alleen voor de zusters is hiermee het zorgplan direct bij de hand, maar ook de familie heeft op die manier makkelijker toegang tot het zorgplan.

“Meer regie en zelfredzaamheid”

Mevrouw Verbeek, al dertien jaar wonende in Eureka, is ook betrokken bij haar zorgplan. “Je moet het plan ondertekenen, dus dan wil ik het ook wel eerst lezen. Want ik vind het soms maar een sprookjesboek, ze schrijven er van alles in. Ze passen wel dingen aan hoor. Gewoon in gesprek. Je praat erover. Ik zou wel eens dit willen of dat anders. En daar wordt dan echt wat mee gedaan. Een voorbeeld is hoe laat ik wakker gemaakt word. Dat was 7.15 uur, dag in dag uit. Maar ik ben 83 en wil ook wel eens uitslapen. Dus nu is het 8.45 uur.”

Bij binnenkomst in het appartement van mevrouw Verbeek valt meteen de schildersezel in de hoek van de kamer op.

“Vorig jaar ben ik begonnen met schilderen. Van de kinderen had ik een dag schilderles gekregen en ik ben daarna zelf verder gegaan. Inmiddels heb ik al een hele collectie gemaakt. Er hangen ook schilderijen van mij op de gang van Eureka.”

Mevrouw Busch, al elf jaar cliënte van Eureka. “Soms moet ik zeggen, dat kan ik zelf wel hoor. Dan staan de verpleegkundigen te juichen. Dat vinden ze leuk. Ik heb bijvoorbeeld een trippelstoel gekregen, die kan omhoog en omlaag, en nu kan ik weer afwassen. Daar ben ik nooit fan van geweest, maar nu staan we erbij te juichen.”

Planning = realisatie

Naast dat de indicatie losgelaten wordt bij het leveren van de benodigde zorg aan de cliënten, is binnen Icare ook de vijf-minutenregistratie per prestatie afgeschaft. Dit is de meest direct voelbare verandering als gevolg van dit experiment, geeft Geertrude van der Spek aan. “Niet meer hoeven klokken, scheelt weinig tijd, maar voelt veel vrijer.” Lammert Verhoef voegt daaraan toe: “Het voelt ook anders voor de cliënt, dat wij niet meer tegen de stopwatch in hoeven te werken. Ook geeft het ons meer praktische vrijheid, flexibiliteit vanuit de behoefte. Laatst was ik bij een mevrouw die erg in zat over haar antibioticakuur, die pas laat op de dag bezorgd zou worden. Ik kon die nu voor haar ophalen bij de apotheek, omdat de tijd beschikbaar was en zij hier écht mee geholpen was. Goh, wat was die mevrouw blij. Ze bedankte me zo lief.”

Mevrouw Busch kan onderschrijven wat Lammert Verhoef zegt: “Je kon voelen dat ze vaak gehaast waren.” Mevrouw Verbeek vult aan: “De laatste tijd merk ik dat ze meer tijd aan ons besteden. Aan wat wij willen en wat ik niet wil. En dat wordt ook wel opgeschreven. Sinds vorig jaar al twee keer.” Vanuit andere cliënten heeft Ans van Brakel teruggekregen ‘het lijkt wel alsof jullie meer tijd hebben’.

Met het afschaffen van de vijf-minutenregistratie, is ook de basis voor de verantwoording van de realisatie naar het zorgkantoor en het CAK vervallen. Het zorgkantoor laat dan ook wel eens het geluid horen ‘Hoe weten we nu dat jullie er echt geweest zijn?’. Het zorgplan is hiervoor leidend. Deze is up-to-date met de werkelijk geleverde zorg. Lammert Verhoef zegt hierover: “Het zorgplan kun je altijd aanpassen naar de daadwerkelijke situatie. Dit kan vanuit ‘hé, ik kom niet meer uit met mijn tijd’ óf ‘hé, het gaat beter met meneer, dus het gaat sneller’. Hiermee wordt het zorgplan gewijzigd naar de werkelijke zorgbehoefte en hierover wordt ook gecommuniceerd richting planning.”

Een aanvullende wijziging ten opzichte van de situatie voor het experiment dat samenhangt met het afschaffen van de vijf-minutenregistratie per prestatie, is dat Icare binnen haar experiment maar één product heeft, ‘zorg’, en hiertegenover maar één tarief heeft staan, het ‘zorgtarief’. Dit samen met het vervallen van de vijf-minutenregistratie scheelt heel veel administratieve tijd aan de achterkant. “Het scheelt mij heel veel tijd en frustraties

aan controle en flattering van de geleverde producten en de juiste hierbij behorende tarieven.”, zegt Geertrude van der Spek. “Het kost me nu nog maar één keer per maand een paar uur in vergelijking met heel veel zoekwerk over verschillende schijven.”

Berichtenverkeer AZR

Ten aanzien van het AZR-berichtenverkeer heeft Icare een vermindering willen bereiken door ook hier terug te gaan naar de kern van de zorgverlening. Icare had voor ogen om bij de intake van een cliënt een melding richting het CIZ te doen, waarbij alleen het BSN gecommuniceerd zou worden. En over de uitvoering van de zorg wilde Icare richting het zorgkantoor communiceren. Helaas is dit (nog) niet geheel gelukt. De systeemgrenzen zijn letterlijk bereikt, zo laat Ria Olthof, projectleider Experiment Regelarme Instellingen, weten. “In het systeem zaten verplichte velden, die gevuld moesten worden, helaas kon dit niet teruggebracht worden naar alleen het BSN.” “En dan zie je ook nog eens dat de informatie in een aantal van die verplichte velden niet eens zorggerelateerd zijn.” Wat wel bereikt is, is dat minder berichtenverkeer heen en weer gaat, maar nog niet in de volgens Icare optimale vorm.

Regels afschaffen = cultuur veranderen

Het experiment blijkt veel omvattender dan alleen het afschaffen van regels. Het is in feite één grote cultuurverandering. Door het afschaffen van regels is ook de houvast weggehaald. Er wordt regie teruggegeven aan de cliënt en de medewerkers. Ans van Brakel snapt ook wel dat het spannend is. “We hebben mensen afgeleid te denken door alle controles en registraties. Vragen zoals ‘mag ik dit wel of niet?’ komen juist uit de vroegere lijsten en regels voort. Als een regel werd overschreden kregen we boetes. Er waren veel lijsten, AO/IC-lijsten, enz. En nu staat de deur open en dat is soms heel spannend en eng.” Hennie Hendriks omschrijft het als ‘Het is anders kijken naar en denken over je zorg’.

Deze cultuurverandering binnen Icare is wel de grootste winst van het experiment, vindt Gert Leeftink. “Het is een omslag bij onze mensen over hoe ze naar zorg kijken. Ze komen los van geprogrammeerd denken. Het komen tot een zorgplan is niet meer een beslisboom, maar dat is een dialoog geworden.” Volgens Gert Leeftink gaat het er ook om dat de zorgverlener



Lammert Verhoef, student HBO-V

“Het voelt anders voor de cliënt, dat wij niet meer tegen de stopwatch in hoeven te werken.”

weer teruggaat naar daar waar ze voor is opgeleid. “Door de vijf-minutenregistratie los te laten en het zorgplan als leidend middel te zien, stellen wij de zorgverleners weer in staat om bij de bedoeling van de zorg te komen.” Overigens is er ook een soort cultuurverandering gaande bij cliënten en hun mantelzorgers: het wordt voor cliënten steeds minder vanzelfsprekend om levenslang in zorg zijn. Daar reageren ze vaak positief op, want het betekent dat ze zelf meer kunnen. Icare ziet de omslag van chronische klanten naar revalidanten daarmee op gang komen.

Om deze cultuurverandering te begeleiden heeft Icare gebruik gemaakt van teamcoaches. Geertrude van der Spek laat weten dat dit heel fijn is geweest. “Vragen mochten echt gesteld worden als we in groepjes van ongeveer vijf medewerkers met de teamcoach zaten.” Hennie Hendriks bevestigt ook dat het geen verandering van de één op andere dag is, het is een geleidelijk proces, waarbij het heel fijn is dat ze als medewerkers meegenomen zijn in de visieontwikkeling. Binnen Icare wordt over het experiment gecommuniceerd door middel van een nieuwsbrief. Dit is één van de middelen om de organisatie kennis te laten maken met het experiment en de visie erachter. Daarnaast zijn er vele bijeenkomsten binnen de teams geweest en zijn medewerkers vanaf het begin bij het experiment betrokken geweest. De cultuuromslag is er overigens één voor de hele organisatie, tot aan het bestuurlijke niveau toe. “De grootste uitdaging zijn de directeuren zelf, wij hebben namelijk het vorige systeem vol regels en procedures gecreëerd.”, zegt Gert Leeftink met enige zelfspot over zichzelf en zijn collega.

Mikado

Het experiment legt ook de complexiteit aan externe en interne regels bloot. Het wordt steeds duidelijker waar de grenzen van het systeem liggen. Gert Leeftink gebruikt het spel Mikado als metafoor voor de verbondenheid en verwevenheid binnen de zorgketen. “Tijdens het experiment kwamen we erachter dat als we aan het ene stokje draaide, bij de ene ketenpartner een afspraak wilde veranderen, een ander stokje ook begon te bewegen, zij weer in een spanningsveld kwamen met een andere ketenpartner.” Deze verbondenheid en verwevenheid maakt dat het grootste effect van regelvermindering te behalen is, wanneer over de hele keten heen gekeken wordt naar regels, processen en procedures. Aanvullend hierop moet ook gekeken worden

naar de systemen, omdat tijdens dit experiment door Icare ook letterlijke systeemgrenzen in de keten zijn bereikt.

Naast de ‘externe mikado’, is ook de ‘interne mikado’ zichtbaar geworden. Want ook binnen Icare bleken veel regels te zijn, die door het experiment en de cultuurverandering pijnlijk zichtbaar werden. Ans van Brakel: “Het experiment helpt ook om onze eigen organisatie te ontmantelen. Ook hier geldt dat zichtbaar wordt, waar we last van hebben bij de zorgverlening.”

Minder zorgconsumptie

Het experiment is met een jaar verlengd tot en met 31 december 2014. Dit is mooi, want tijd is een factor die kan bijdragen aan het onderbouwen van het succes van het experiment. Maar Icare wil verder. “Nu willen we zowel verdiepen als verbreden. Er staan teams in de rij. Met het verbreden van het experiment, komen we dichterbij het plaatje. We hebben de verbreding ook nodig om dingen te ontdekken.” Met een verbreding wordt substantie bereikt, die nodig is om aan te tonen dat de visie van Icare werkelijk leidt tot minder zorgconsumptie. Icare is er van overtuigd dat als de zorgverlener wordt aangesproken op zijn / haar vakmanschap, professie, dit leidt tot minder consumptie, maar hiervoor heb je substantie en tijd nodig.

+ Praktijktip

Visualiseer de verandering

Icare maakt veel werk van goede communicatie van de cultuurverandering. Dit doen ze op verschillende manieren, aangepast aan de doelgroep. De nieuwsbrief gaat over praktijkervaringen, de cirkels over de kern van zelfredzaamheid en de kern van het experiment staat in één plaatje. Ook in de bestuurskamer wordt de verandering gevisualiseerd.





Interview

*Achmea: Ervaringen opdoen die we
gebruiken voor de hervormingen van de
langdurige zorg.*





“Nu die wachtlijsten niet meer zo’n rol spelen, zijn we de voorwaarden die we in die tijd creëerden toch vooral gaan zien als rompslomp.”

Tussen de selectie die het ministerie van VWS had gemaakt van de zorgaanbieders die konden meedoen aan het Experiment Regelarme Instellingen bevonden zich er veertien waarmee de zorgkantoren van Achmea contracten hebben. “We hebben daarom samengewerkt met het ministerie van VWS om te bepalen welke eisen het precies waren waaraan we niet konden voldoen als we met deze aanbieders gingen werken binnen de kaders van het experiment”, vertelt projectmanager AWBZ Victoria van der Meulen. “Daarnaast wilden wij dat de aanbieders aan bepaalde voorwaarden zouden voldoen. Bij zorgaanbieders die bijvoorbeeld een lumpsumbedrag krijgen binnen het experiment, wilden we zeker weten dat ze geen cliënten zouden weigeren. Ook wilden we weten hoeveel cliënten ze voor dat lumpsumbedrag hielpen en uiteindelijk ook wat de cliënttevredenheid was. Ons uitgangspunt was immers wel dat de aanbieders door het regelarm werken ruimte zouden krijgen om uiteindelijk voor hetzelfde geld meer zorg te gaan leveren. Zo kwamen we in overleg met het ministerie van VWS en de zorgaanbieder vanzelf tot de randvoorwaarden die het voor ons mogelijk maakten om aan het experiment mee te werken. Hierdoor stond vertrouwen voorop en lieten we zelf ook makkelijker zaken los.”

Een nieuwe wereld voor Achmea? Toch eigenlijk meer een terugkeer naar de oude, stelt Van der Meulen. Ze legt uit: “Tot ongeveer vijf jaar geleden betaalden we ook vaste bedragen aan de zorgaanbieders. Daarnaast was het de last van de wachtlijsten die de omslag naar het melden van de aanvang van zorg in gang zette. Maar nu die wachtlijsten niet meer zo’n rol spelen, zijn we

de voorwaarden die we in die tijd creëerden toch vooral gaan zien als rompslomp.”

Het goede nieuws is dat de zorgkantoren van de aanbieders horen dat die meer ruimte ervaren om de zorg te leveren die hen goed lijkt en meer aangesproken worden op en handelen vanuit hun professionaliteit. “We weten alleen nog niet of ze nu evenveel of meer cliënten helpen en hoe tevreden die cliënten nu zijn.”, zegt Van der Meulen. “Bij de volgende rapportage krijgen we daar hopelijk meer inzicht in. Dat is belangrijk voor ons, maar ook voor de B.V. Nederland, om de zorgkosten in de hand te houden. We leren van het experiment dat we beslist te ver op detailniveau zijn doorgeschoten in het hanteren van regels, maar ook waarom we bepaalde regels toepassen. En ongeacht hoe de transitie in de AWBZ gaat uitpakken, doen we met het experiment ervaringen op die we straks in de nieuwe situatie kunnen meenemen.”

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

In voor zorg!

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



www.facebook.com/Invoorzorg



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



twitter.com/Invoorzorg



www.youtube.com/user/IVZcommunicatie

Colofon

Auteurs: Marcel Kruger, Merlijn Gillissen & Corina Kleijn Decido BV | Franck van Wijck (interview Oebele Herder en Victoria van der Meulen) | Marco van Putten *In voor zorg!*

Redactie: *In voor zorg!*

Grafisch ontwerp: FIRM Creatieve Communicatie

Druk: Grafisch Bedrijf Crezée

VAN REGELS NAAR MENSEN

Deel 2

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 de tweede 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

