

Tussenevaluatie

Experiment Regelarme Instellingen (ERAI)

*Van administratieve lastenverlichting naar een
andere kijk op zorg*

Versie 3
Datum 2 mei 2014
Status Concept



Activite

ALLE[®]ZORG
Van alle zorgen thuis

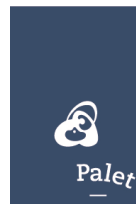


cordaan
van mens tot mens



JP van den Bent
stichting

KwadrantGroep



Pantein

Philadelphia



Vilente
welzijn • zorg • dienstverlening



Inhoud

	Samenvatting	Fout!
	Bladwijzer niet gedefinieerd.	
1	Inleiding	9
2	Aanleiding	10
3	Methodiek	12
4	Primair proces staat centraal	133
4.1	Toegang	133
4.1.1	Kernelementen experiment	144
4.1.1.1	Professional stelt de indicatie	14
4.1.1.2	Domeinoverstijgende indicatiestelling	155
4.1.1.3	Ruimere geldigheid van indicaties	15
4.1.1.4	BOPZ toets door professional	15
4.1.1.5	Allerlei	15
4.1.2	Effecten	166
4.1.2.1	Professional stelt de indicatie	16
4.1.2.2	Ruimere geldigheid van indicaties	188
4.1.2.3	BOPZ toets door professional	19
4.1.3	Samenvattend	199
4.1.4	Handvatten voor zorgaanbieders	20
4.2	Uitvoering	20
4.2.1	Kernelementen experiment	20
4.2.1.1	Uitgaan van eigen kracht	20
4.2.1.2	Communicatie met cliënt, familie en mantelzorgers versterkt	22
4.2.1.3	Vereenvoudigen werkprocessen	222
4.2.2	Effecten	233
4.2.2.1	Uitgaan van eigen kracht	23
4.2.2.2	Communicatie met cliënt, zijn familie en mantelzorgers versterkt	255
4.2.2.3	Vereenvoudigen werkprocessen	25
4.2.3	Samenvattend	266
4.2.4	Handvatten voor zorgaanbieders	277
4.3	Evaluatie	27
4.3.1	Kernelementen experiment	27
4.3.2	Effecten	28
4.3.3	Samenvattend	28
4.3.4	Handvatten voor zorgaanbieders	28
4.4	Wijziging of afsluiting	299
4.4.1	Kernelementen experiment	299
4.4.2	Effecten	299
4.4.3	Samenvattend	299
4.4.4	Handvatten voor zorgaanbieders	30

5	Verantwoording kwaliteit afgeleid van primair proces	311
5.1	Kernelementen experiment	31
5.1.1	Nieuwe kwaliteitsmeting en -indicatoren	311
5.1.2	Effectievere sturing op kwaliteit	33
5.2	Effecten	34
5.2.1	Nieuwe kwaliteitsmeting en -indicatoren	344
5.2.2	Effectievere sturing op kwaliteit	344
5.3	Samenvattend	366
5.3.1	Handvatten voor zorgaanbieders	37
6	Financiën in lijn met primair proces	38
6.1	Kernelementen experiment	38
6.1.1	Flexibiliteit in bekostiging	38
6.1.2	Verantwoording richting zorgkantoor eenvoudiger	40
6.1.3	Berichtenverkeer vereenvoudigd	40
6.2	Effecten	411
6.2.1	Meer flexibiliteit in bekostiging	411
6.2.2	Verantwoording richting zorgkantoor eenvoudiger	43
6.2.3	Berichtenverkeer vereenvoudigd	43
6.3	Samenvattend	44
6.3.1	Handvatten voor zorgaanbieders	455
7	Conclusie	466

Samenvatting tussenevaluatie ERAI

Twee jaar geleden zijn de deelnemende instellingen aan het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) onder de bezielende leiding van de toenmalige staatssecretaris het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een avontuur aangegaan. Zij sprak de hoop uit dat regelarme experimenten zouden bijdragen aan een paradigmashift door een andere kijk op zorg. Is het mogelijk anders te kijken naar de kwaliteit van zorg, en meer rekening te houden met de behoefte van de cliënt? Hoe krijgt de cliënt meer zeggenschap bij de beslissingen die betrokkenen in de zorgketen maken? De experimenten zouden moeten leiden tot een verbetering van kwaliteit van zorg naast een vermindering van administratieve lasten. Dit alles binnen de geldende financiële kaders.

De deelnemers aan ERAI hebben hun nek uitgestoken door dit avontuur aan te gaan. Elke deelnemer heeft een eigen experiment opgesteld en is samen met het ministerie van VWS het gesprek aangegaan met de betrokken partijen in de keten (in het bijzonder het CIZ, het CAK, ZN, NZA, de IGZ en het CVZ). Het feit dat het een jaar heeft geduurd om alle experimenten van start te laten gaan laat zien dat het een uitdaging is buiten de gebaande paden te treden. Deze dialoog tussen de partijen is wel van belang geweest voor het resultaat, het heeft de samenwerking met ketenpartners in de meeste regio's verbeterd door kennisdeling en samenwerkingsafspraken. Dit heeft geleid tot meer begrip voor de verschillende rollen die partijen hebben binnen de keten.

De gedetailleerde beschrijving van de experimenten en de resultaten in deze tussenevaluatie zijn van belang voor beleidmakers die met wetsvoorstellen bezig zijn maar ze doen geen volledig recht aan de experimenten. ERAI is eerst en vooral het verhaal van mensen, zowel van cliënten als van professionals. De verhalen over ouderen die de regie terugnemen over hun eigen leven in een intramurale instelling. De verhalen over professionals die samen met cliënten niet kijken naar waar ze 'recht' op hebben, maar naar wat ze nodig hebben. De verhalen over zorgaanbieders die de bakens hebben verzet en zijn nagegaan waar ze voor willen staan en hoe ze dat binnen de eigen organisatie en daarbuiten uitdragen. Deze verhalen hebben wij in de vorm van beeld en geluid verzameld en deze kunt u vinden via www.invoorzorg.nl/experimentregelarm.

Paradigmashift

De belangrijkste winst van ERAI is een andere kijk op zorg. Zorgaanbieders kregen de kans te laten zien op welke wijze zij betere zorg willen realiseren. Met meer oog voor het welbevinden van de cliënt en met minder administratieve lasten. De experimenten laten zien dat het anders kan. In veel gevallen wordt er minder maar betere zorg geleverd. Dit kan door het welbevinden en de eigen regie van de cliënt voorop te zetten. Daarnaast is er in veel gevallen sprake van minder administratieve lasten voor de professional op de werkvloer die tegelijkertijd meer in de eigen kracht wordt gezet.

Hiervoor is het van belang dat zorgaanbieders het voortouw nemen. Zij moeten een duidelijke visie op zorg formuleren die past bij de organisatie en de omgeving waarin zij werken. Op basis van deze visie richten zij de organisatie in en leiden de professionals op. Door telkens weer de vraag te stellen of een bepaalde afspraak of regel aan het geluk of welbevinden van de cliënt ten goede komt, vindt langzaam een verandering plaats. De visie is ook de leidraad voor het contact met de buitenwereld.

De cliënt en de professional centraal

Voor de experimenten is het doel van de zorgketen ervoor te zorgen dat de cliënt verantwoorde zorg krijgt waarbij het welbevinden van de cliënt voorop staat. De professionals in de experimenten laten zien dat het bepalen van de zorgbehoefte van de cliënt op een andere wijze kan. Het in gesprek gaan met de cliënt en zijn omgeving leidt tot meer regie van de cliënt op de zorg die wordt geleverd. De cliënt moet zoveel mogelijk zijn eigen leven kunnen blijven leiden en daarbij hoort ook het afwegen van risico's versus welbevinden. De experimenten laten zien dat het wennen is voor zowel de cliënten als de professionals maar dat het ook leidt tot hogere tevredenheid van beide partijen. Het doorbreken van een strakke scheiding tussen functies als begeleiding en verzorging leidt tot andere zorg. De cliënt en de professional vormen samen het primaire proces.

Verantwoording kwaliteit afgeleid van primair proces

Zorgaanbieders vinden het hun taak verantwoording af te leggen over de geleverde zorg aan de cliënt. Deze verantwoording moet dus wel afgeleid zijn van het primaire proces. Een deel van de experimenten heeft kritisch gekeken naar alle lijsten, richtlijnen en protocollen die op de werkplek te vinden zijn. Het afschaffen van (overbodige) lijsten en administratieve verplichtingen leidt tot professionals die meer in hun kracht worden gezet en kwalitatief betere zorg tegen minder kosten leveren. Kwaliteitsverantwoording is een onderwerp dat hoog op de agenda van de experimenten staat. Veel aandacht is besteed aan de opleiding van de professionals op de werkvloer. Mooie voorbeelden zijn het samen bepalen met cliënt en professional wat als kwaliteit wordt gezien, het houden van interne audits en opleidingen over hygiëne en voedselveiligheid op het werk. Door de kwaliteitsverantwoording af te leiden van het primaire proces in plaats van vragenlijsten en de huidige indicatoren ontstaat er meer ruimte voor maatwerk. Het uitgangspunt is hierbij dat de basisveiligheid van de cliënt moet zijn gegarandeerd.

Financiën in lijn met primair proces

Op dit moment zijn zorgaanbieders vooral bezig met de financiële continuïteit. Elk jaar moet worden voldaan aan (nieuwe en meer) eisen voor de inkoop door zorgkantoren. Het is de taak van de zorgkantoren om publieke middelen op een verantwoorde wijze uit te geven, maar de administratieve verplichtingen zijn te ver doorgesloten. Zorgaanbieders die bij meerdere zorgkantoren zorg inkopen, hebben te maken met verschillende eisen en werkwijzen. De experimenten laten zien dat meer flexibiliteit in de bekostiging en inkoop mogelijk is zonder verhoging van de zorgkosten. Een aantal experimenten hanteert een uniforme zorgprestatie waarbij geen onderscheid naar functie wordt gemaakt. Ook zijn er afspraken over dag- of weekprestaties in plaats van uurprestaties of lumpsumbekostiging. In de toekomst

zou een meerjarige bekostiging kunnen leiden tot meer rust bij de zorgaanbieders wat kan leiden tot meer focus op betere zorg.

Zorgsysteem

Het zorgsysteem dat we in Nederland met zijn allen hebben gebouwd om kosten en risico's te beheersen is verworden tot een doel op zich. Het ondermijnt het eigen initiatief van zorgondernemers en leidt tot een indekcultuur op elk niveau. In plaats van zelf nadenken over hoe de best denkbare zorg binnen de geldende wettelijke en financiële kaders kan worden geleverd wordt gewacht op richtlijnen, regels en inkoopvoorwaarden van de eigen organisatie en eerder genoemde partijen in de keten. Het vereenvoudigen van het systeem wordt bemoeilijkt door de afhankelijkheden van de verschillende ketenpartners. Door de experimenten wordt aangetoond dat anders werken kan, maar dat het eigenlijk niet past in de mentaliteit oftewel de cultuur van het systeem. Om de experimenten van ERAI mogelijk te maken zijn werkwijzen daar waar mogelijk aangepast. In andere gevallen zijn soms delen van experimenten niet uitgevoerd omdat dit niet paste binnen de keten. Standaardisatie is belangrijk, maar alleen daar waar het moet. Daarnaast is het van belang dat gegevens beter worden hergebruikt.

De kernboodschap van deze tussenevaluatie is dat moet worden gestreefd naar meer eenvoud. Waar gaat het om in de zorg? Het gaat over het leveren van de juiste zorg en ondersteuning aan de cliënt. De cliënt moet hierbij centraal staan en de professional moet binnen de wettelijke en financiële kaders de ruimte krijgen om de behoefte van de cliënt leidend te laten zijn en verantwoorde zorg te leveren.

Het afschaffen van regels is een uitdaging die op elk niveau moet worden opgepakt, van de werkvloer tot het ministerie van VWS. Het vraagt om een andere manier van werken en sturen. Klanten moeten wennen aan een andere taakinfilling van het personeel, professionals worden hierin begeleid door middel van opleidingen en coaching en bestuurders in de zorg sturen op andere waarden en indicatoren. De experimenten hebben aangetoond dat een andere blik op zorg kan leiden tot een hoger welbevinden van cliënt, meer werkplezier voor professional en ook nog leidt tot meer zorg per euro. Het gedachtegoed van ERAI is van belang voor de werkvloer, zorgaanbieders, koepels en zelfstandige bestuursorganen. De uitdaging ligt bij de zorgkantoren, de gemeenten en de zorgverzekeraars om de hervorming langdurige zorg regelarm vorm te geven voor wat betreft de toegang, de kwaliteit en de bekostiging.

Hieronder zijn de algemene aanbevelingen weergegeven die voortvloeien uit de Experimenten Regelarme Instellingen. Specifieke aanbevelingen per thema zijn verderop te vinden in dit rapport.

Zorgaanbieders:

- Zorg voor een concrete visie die past bij de organisatie, de doelgroep en de omgeving en laat deze visie leidend zijn van werkvloer tot bestuur.
- Ga bij andere zorgaanbieders kijken en kopieer instrumenten/werkwijzen die bij uw organisatie passen.
- Ga de dialoog aan met de cliënt, de omgeving van de cliënt, de professional, het zorgkantoor, de gemeente, de zorgverzekeraar, etc. over de paradigmashift.

- School professionals niet alleen in verzorging en verpleging, maar vooral in gespreksvoering, begeleiding bij zelfredzaam blijven/worden, begeleiding van mantelzorg(s) en kennisontwikkeling van over sociale kaart en technologie.
- Hergebruik de gegevens uit het zorgplan en interne systemen voor interne en externe verantwoording.
- Zorg voor eenvoudig proces dat uitgaat van de cliënt: Zorgplan (= "indicatie" = planning = declaratie) = verantwoording.
- Leg in het zorgplan vast wanneer wordt geëvalueerd en borg de uitkomsten van de evaluatie in een hernieuwd zorgplan.
- Werk met medestanders aan alternatieve verantwoordingsinstrumenten. Ga hierbij uit van eenvoud.
- Kwaliteit van leven wordt individueel bepaald. Ga uit van de situatie van de cliënt en bespreek samen wat beter kan en hoe.

Het zorgsysteem:

- Besef dat risicobeheersing niet leidt tot betere zorg.
- Laat professionals de toegang bepalen tot WMO, ZVW en WLZ.
- Stel kaders maar geef ruimte voor diversiteit en innovatie.
- Zorgkantoren en NZA; zorg voor meer flexibiliteit in bekostiging.
- CAK; hergebruik gegevens uit de declaraties voor bepalen van eigen bijdrage.
- CAK; leg duidelijke link tussen eigen bijdrage en afnemen van zorg- en/of dienstverlening.
- Gemeenten en zorgverzekeraars; werk aan regelarme samenwerking over zorgdomeinen heen.
- Zorginstituut; kom in overleg met zorgaanbieders tot meer diversiteit qua getoetste kwaliteitsinstrumenten. Zorg voor beknopt geheel van zorginhoudelijke indicatoren.
- Inspectie en zorgkantoren; toets het kwaliteitssysteem van een zorgaanbieder in plaats van losse indicatoren.
- Zorgkantoren, gemeenten en zorgverzekeraars; denk na over meer eenvoud in bekostiging (geen onderscheid in functies) en meerjarenbekostiging ter vermindering van administratieve lasten en meer focus op verbetering van de zorg.
- Zorgkantoren; ga uit van basisveiligheid en -kwaliteit en contracteer zorgaanbieders volgens een prijsafspraken. Hergebruik gegevens uit het zorgproces voor de verantwoording over kwaliteit.
- Zorgkantoren, gemeenten en zorgverzekeraars; geef de cliënt keuzevrijheid om van een andere aanbieder gebruik te maken.

Politiek en overheid:

- Laat incidenten niet leidend zijn in het debat.
- Neem de verhalen van ERAI mee in de beleidsvorming.
- Minder korte termijnbeleid. Het werken met jaarcontracten met steeds nieuwe eisen bemoeilijkt het veranderen.
- Stimuleer domeinoverstijgende samenwerking.
- Breid experimentduur uit om resultaten op langere termijn in zicht te krijgen.
- Ben ervan bewust dat experimenten veelal leiden tot cultuuromslag waardoor resultaten kunnen fluctueren.
- Standaardisering en regels zijn goed, maar regel alleen wat echt nodig is.

1 Inleiding

Op dit moment is er sprake van een ingrijpende transitie in de langdurige zorg in Nederland door de hervormingen die op de sector afkomen. Nieuwe wetsvoorstellen voor de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), de Wet Langdurige Zorg (WLZ) en ook voor de Zorgverzekeringswet (ZVW) worden vormgegeven. Om zo goed mogelijk invulling te geven aan de uitwerking van deze wetten is het voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) waardevol zicht te hebben op de ervaringen die in de praktijk zijn opgedaan in het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI). Het ministerie van VWS heeft de instellingen binnen ERAI verzocht om een tussenevaluatie van de lopende experimenten.

Deze tussenevaluatie wordt door de deelnemende instellingen aan de staatssecretaris van VWS aangeboden. Dit document bevat de resultaten van de vormvrije tussenevaluatie door de betreffende instellingen. De evaluatie heeft betrekking op de eerste 9 maanden van het project dat in totaal 2 jaar duurt, van 1 januari 2013 tot 1 januari 2015. Aan het eind van ERAI volgt een evaluatie van de volledige resultaten. Deze rapportage biedt inzicht in de ervaringen van de deelnemende instellingen en in de resultaten die de experimenten tot dusver hebben opgeleverd.

Doel van de rapportage is het leren van de opgedane ervaringen en het verspreiden van positieve resultaten. Het rapport beschrijft een aantal concrete handvatten, waar andere instellingen in Nederland direct mee aan de slag kunnen gaan. Daarnaast bevat het aanknopingspunten voor de verdere ontwikkeling van de langdurige zorg.

Het rapport begint met een korte beschrijving van de aanleiding van ERAI en de methodiek die is toegepast bij de evaluatie. Vervolgens staan de belangrijkste bevindingen van de evaluatie beschreven op basis van de 3 hoofdlijnen die als rode draad naar voren komen. De rode draad die door de evaluatie bij alle instellingen heen loopt is dat het primaire proces centraal dient te staan, dat de verantwoording over kwaliteit daarvan afgeleid dient te zijn en dat de financiële middelen aan moeten sluiten bij het primaire proces. Voor elk van deze 3 hoofdlijnen wordt uitgebreid beschreven welke kernelementen in de experimenten zijn toegepast, wat de effecten zijn en tot welke aanbevelingen voor beleid dit leidt. Het rapport eindigt met een algemene conclusie. In de bijlage staat een overzicht weergegeven van alle deelnemende instellingen en de onderwerpen die zij in hun experimenten hebben opgenomen.

2 Aanleiding

Het voornemen voor ERAI ontstond in 2011. Het doel was te kijken of een andere kijk op zorg en het centraal stellen van de cliënt tot betere zorg kan leiden. Daarnaast was de doelstelling te bezien welke mogelijkheden er bestaan om overbodige administratieve belasting weg te nemen. De eerste stap was een inventarisatie van regels, waarbij twijfel bestond over de noodzaak ervan. Door 230 instellingen uit de langdurige zorg werden hinderende wetten en regels gemeld, in totaal betrof het ongeveer 700 meldingen¹. De tweede stap bestond uit de uitvoering van experimenten door zorgaanbieders waarvoor bepaalde, hinderende regels niet of in mindere mate zouden gelden. De aanvankelijke bedoeling was een experiment te starten met 5 instellingen, maar door de omvang en kwaliteit van de ontvangen voorstellen en de verwachte positieve dynamiek die experimenten teweeg zouden kunnen brengen, zijn uiteindelijk 25 instellingen van start gegaan met ERAI^{2, 3}. Het betreft instellingen in de verpleging en verzorging, de geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg.

Voor de start van ERAI waren al verschillende onderzoeken uitgevoerd naar mogelijke reductie van administratieve lasten. Zo bleek uit onderzoek naar de inrichting van de AZR dat een sterke vereenvoudiging noodzakelijk was en dat een administratieve lastenreductie van 20% mogelijk zou zijn als gevolg van standaardisatie vanuit het perspectief van zorgkantoren/verzekeraars⁴. Op de thema's indicatiestelling, berichtenverkeer en standaardisatie van inkoop- betaal- en andere voorwaarden werden door VWS al stappen gezet. Toch werd in aanvulling daarop ook gestart met ERAI om inzicht te krijgen in de mogelijkheden om overbodige administratieve belasting weg te nemen vanuit het perspectief van het veld zelf.⁵

Kenmerkend aan ERAI is dat het uitgangspunt van regelarm werken volledig is omarmd. Alle deelnemende instellingen hebben zich vrijwillig aangemeld en hebben een eigen projectplan geschreven en doelstellingen voor het experiment gedefinieerd. In overleg met de betreffende stakeholders en het ministerie van VWS (VWS) zijn de experimenten vorm gegeven. Ook in de uitvoering van de experimenten hebben de instellingen voor zover mogelijk een regelarme aanpak gehanteerd. Ze hebben voor de precieze invulling van het experiment ruimte gelaten aan de teams op de werkvloer, zodat het experiment daadwerkelijk zou gaan over de regels waar professionals in de praktijk tegen aan lopen. Dat was ook het uitgangspunt van het experiment: niet uitgaan van een top down benadering, maar van hetgeen in het veld het meest leeft.⁶

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 31 765, nr. 53 (23 december 2011)

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 31 765, nr. 80 (29 oktober 2013)

³ In eerste instantie kregen 28 instellingen toestemming om met een experiment te starten. Nadat 1 instelling was gesplitst en 4 instellingen bij nader inzien niet zijn gestart, zijn uiteindelijk 25 instellingen een experiment begonnen.

⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-2012, 31 765, nr. 53 (23 december 2011)

⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-2012, 31 765, nr. 50 (6 juli 2011)

⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 31 765, nr. 53 (23 december 2011)

De deelnemende instellingen hebben de experimenten vorm gegeven in samenwerking met de betrokken stakeholders⁷. In gezamenlijk overleg, onder begeleiding van het ministerie van VWS, hebben de partijen afspraken gemaakt over de precieze invulling ervan. Aangezien alle experimenten hun eigen inhoud kennen, vroeg deze startfase veel van zowel de deelnemende instellingen als de betrokken stakeholders. De afspraken per experiment zijn door VWS vastgelegd in een brief per experiment, de zogenoemde 'go-brieven'.

Er waren een aantal voorwaarden verbonden aan deelname aan ERAI. De kwaliteit van de zorg bij de instellingen moest niet ter discussie staan, de positie van de cliënt mocht er niet op achteruit gaan, de rechtmatigheid en doelmatigheid van zorg moesten zijn geborgd en de experimenten moesten minimaal budgetneutraal zijn. Verder moest de aanbieder benoemen wat het experiment zou opleveren in termen van kwaliteit, tijd voor de cliënt en doelmatigheid. Daarbij gold het principe van 'high trust, high penalty'. Binnen ERAI kregen instellingen de vrijheid om te experimenteren op basis van vertrouwen en daartegenover stonden scherpe afspraken over de consequentie van het niet halen van de doelstellingen. Het uitgangspunt was dat de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en doelmatigheid in eerste instantie lag bij de professional en de instellingen zelf en stakeholders zouden hen hiervoor het vertrouwen geven, totdat eventueel het tegendeel bewezen was.⁸

Vooraf is gesteld dat ERAI geslaagd zou zijn als de kwaliteit, doelmatigheid en/of cliëntgerichtheid zou toenemen⁹. Als zou blijken dat de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg niet te lijden hebben onder de afwezigheid van een bepaalde regel, kan deze voor de gehele zorg komen te vervallen¹⁰.

⁷ Centraal Administratie Kantoor (CAK), Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), College voor Zorgverzekeringen (CVZ), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

⁸ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 31 765, nr. 50 (6 juli 2011)

⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-2012, 31 765, nr. 54 (25 januari 2012)

¹⁰ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 31 765, nr. 50 (6 juli 2011)

3 Methodiek

Voor de tussentijdse evaluatie van ERAI met de deelnemende instellingen is op 2 manieren informatie verzameld. Elke experimenterende instelling heeft voor oktober 2013 een tussentijdse rapportage opgesteld en deze aan VWS ter beschikking gesteld. Op basis van deze rapportages hebben in november en december 2013 evaluatiegesprekken plaatsgevonden tussen de deelnemende instellingen en vertegenwoordigers van VWS. De tussenevaluatie is gebaseerd op de evaluatieverslagen van en gesprekken met 21 instellingen. De gespreksverslagen en de concept-tussenevaluatie, waarin de resultaten van alle instellingen zijn neergeslagen, zijn door de instellingen geaccordeerd.

Aan de start van het ERAI traject heeft VWS in overleg met de deelnemende instellingen en stakeholders nadrukkelijk gekozen voor een vormvrije evaluatie. Dit om geen format voor de evaluatie op te leggen dat de vrijheid van de instellingen zou kunnen beperken. Dat zou immers ingaan tegen het uitgangspunt van het regelarm werken. De consequentie van deze keuze is dat de beschikbare informatie verschillend van aard is. Ook is niet voor elke instelling alle informatie voorhanden die bij een van tevoren gestructureerde evaluatie opgevraagd zou zijn. Dit rapport is dus gebaseerd op de informatie die van de deelnemende instellingen is verkregen. Ondanks het gebrek aan uniforme informatie komt op basis van de tussenevaluaties door de instellingen een helder beeld naar voren van de rode draad binnen de experimenten. De rode draad is dat het primaire proces centraal dient te staan, dat de verantwoording van kwaliteit en de financiële middelen daarop aan dienen te sluiten. Deze drie hoofdlijnen zijn terug te vinden in de benaming van de hoofdstukken, waarin de kernelementen, effecten en aanbevelingen worden beschreven.

Voor de overzichtelijkheid van de rapportage is een scheiding aangebracht in de kernelementen van de nieuwe werkwijzen van de instellingen. Hierin zijn de getoetste kernelementen opgenomen, zoals die ook aan de start van ERAI zijn benoemd per instelling. Daarnaast heeft vrijwel elke instelling tijdens het experiment ook nieuwe werkwijzen ontwikkeld, die vooraf nog niet bedacht waren. In deze rapportage zijn ook deze opgenomen als kernelement van het betreffende experiment.

De effecten die in kaart zijn gebracht hebben betrekking op kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. In deze tussenevaluatie rapporteren instellingen op het gebied van kwaliteit over cliënt- en medewerkertevredenheid. Op het gebied van doelmatigheid van zorg rapporteren ze over administratieve lasten en het zorgvolume. Voor zover instellingen de effecten hebben gekwantificeerd, heeft het gerapporteerde effect nooit alleen betrekking op 1 specifiek kernelement en zelfs niet op het effect van het totale experiment bij de instelling. Het experiment vindt immers plaats binnen de bestaande context, waardoor ook andere factoren invloed hebben op de veranderingen die optreden. De gerapporteerde cijfers hebben vrijwel altijd betrekking op het verschil tussen het gemiddelde van de ERAI periode (de eerste negen maanden van 2013) en het gemiddelde van het daaraan voorafgaande jaar, 2012.

4 Primair proces staat centraal

Het eerste deel van de rode draad die uit de evaluatie naar voren komt, is dat het primaire proces centraal moet staan. Met het primaire proces bedoelen we het traject dat een cliënt doorloopt in het zorgproces, dat begint bij de toegang tot zorg en eindigt bij de afsluiting van de zorg.

Aanleiding voor ERAI was het idee dat de cliënt meer centraal moest komen te staan en dat de professional daarvoor beter geëquipeerd moest worden door de administratieve lasten te reduceren. Uit de experimenten die instellingen in het kader van ERAI hebben uitgevoerd, blijkt dat veel van de overbodige administratieve belasting betrekking heeft op regels, protocollen en procedures die zijn ontstaan door een interne controle- en verantwoordingsbehoefte. De experimenten laten zien dat het mogelijk is om dit proces om te draaien. Door bij elk besluit de vraag te stellen wat dit toevoegt voor het primaire proces, kan een werkwijze ontstaan waarbij de administratieve belasting tot het noodzakelijke wordt beperkt.

Dit hoofdstuk gaat in op de nieuwe werkwijzen die de instellingen binnen ERAI getoetst hebben, voor zover deze direct betrekking hebben op het primaire proces. De kernelementen uit de experimenten die betrekking hebben op verantwoording van kwaliteit en op bekostiging komen aan de orde in de volgende hoofdstukken.



4.1 Toegang

De fase van toegang start op het moment dat een cliënt zich meldt of gemeld wordt bij een instantie voor het verkrijgen van een indicatiebesluit, of voor de beoordeling van diens zorgbehoefte. Het kan eigen initiatief zijn van degene die zorg nodig heeft of een verwijzing door de huisarts of een andere zorgaanbieder. In deze fase vindt de analyse plaats van de zorgbehoefte op basis van de situatie van de cliënt en diens omgeving zodat helder wordt welke zorg het best ingezet kan worden. Als dat zorg is die aanspraak geeft op AWBZ-zorg dan wordt een positief besluit afgegeven. Betreft de zorgbehoefte zorg vanuit een ander domein dan wordt een negatief besluit voor de AWBZ afgegeven. Nadat een AWBZ indicatie is gesteld door het CIZ, heeft de cliënt recht op zorg en kan de zorgverlening in principe starten.

17 instellingen hebben in hun experiment een element opgenomen met betrekking tot de fase van indicatiestelling [Abrona, ActiVite, Buurtzorg, De Hoven, De Drie Notenboomen, GGZ Friesland, Icare, JP van den Bent, Kwadrantgroep, Opella, Palet,

Pantein, Philadelphia, STZ¹¹, Vilente, Vitras, Zorgboog].

4.1.1 Kernelementen experiment

In vrijwel al deze experimenten is een belangrijk element het verplaatsen van de beoordeling van iemands zorgbehoefte van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) naar de professional. Aanleiding daarvoor was dat al te vaak de professional niet met het besluit van het CIZ uit de voeten kan. Er wordt veel werk dubbel gedaan. Daarnaast komt op het gebied van indicatiestelling in deze experimenten een aantal andere nieuwe elementen naar voren, zoals het stellen van domeinoverstijgende indicaties, een afwijkende geldigheidsduur en een alternatieve werkwijze op het gebied van BOPZ toetsing. Hieronder worden deze elementen toegelicht.

4.1.1.1 Professional stelt de indicatie

In 14 experimenten is de indicatiestelling dichterbij of in handen van de professional komen te liggen [ActiVite, Buurtzorg, De Hoven, GGZ Friesland, Icare, JP van den Bent, Kwadrantgroep, Opella, Palet, Pantein, STZ, Vilente, Vitras, Zorgboog]. In vrijwel al deze experimenten betekent dit dat de professional zelf de indicatie kan stellen, waarna het CIZ het indicatiebesluit overneemt. Bij twee experimenten gaat het om indicaties voor intramurale zorg, bij acht experimenten om extramurale zorg en bij vier experimenten om beide settings. Eén instelling geeft aan de indicatiestelling voor beide settings uit te laten voeren door klantadviseurs die daarvoor specifiek zijn opgeleid, in goede afstemming met de zorgprofessionals [Opella]. Bij enkele instellingen vindt steekproefsgewijze toetsing achteraf plaats door het CIZ [JP van den Bent, Opella].

In de extramurale setting wordt de indicatiestelling door een wijk- of coördinerend verpleegkundige gedaan. In de intramurale setting bestaat meer variatie in bij wie de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling ligt. Dit varieert van indicatiestelling door de begeleider of verpleegkundige tot het aanvragen van een indicatie door een klantadviseur op basis van informatie van de eerst verantwoordelijk verpleegkundige. Bij één van de experimenten betreft het indicatiestelling door de transferverpleegkundige in het ziekenhuis[STZ].

Bij 10 van deze 14 experimenten is het traditionele onderscheid in functies losgelaten [STZ, Buurtzorg, Zorgboog, Icare, ActiVite, Allertzorg, Vitras, Abrona, Opella, Palet], zodat de professional daar bij de indicatiestelling geen rekening mee hoeft te houden en waardoor dit ook geen criterium meer is voor de levering en bekostiging van de zorg (zie ook hoofdstuk 'Financiën volgen het primair proces'). Het betreft dan slechts de vaststelling hoeveel uur een cliënt nodig heeft. Daarnaast geeft één instelling aan de brede blik in het indicatieproces te vergemakkelijken en te verbeteren door het gebruik van de zelfredzaamheidsmatrix voor de bepaling van iemands ondersteuningsbehoefte[Zorgboog].

In het algemeen is de doelstelling van het verschuiven van de indicatiestelling naar dichterbij de professional het verhogen van de snelheid van het indicatieproces en het verlagen van de administratieve lasten (druk).

¹¹ Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. is een samenwerkingsverband van zorgaanbieders die verantwoordelijk is voor een gezamenlijke transferketen.

4.1.1.2 Domeinoverstijgende indicatiestelling

Door 3 van de bovenvermelde instellingen wordt ook geëxperimenteerd met indicatiestelling voor zowel de AWBZ als de Wmo [Kwadrantgroep, Opella, Palet]. De gedachte hierachter is dat dit zorgt voor een integrale blik op de zorgvraag en de vaststelling van de zorgbehoefte waardoor een betere aansluiting kan worden gezocht van de formele op de informele zorg en van de formele zorg vanuit verschillende domeinen op elkaar.

4.1.1.3 Ruimere geldigheid van indicaties

Naast de hierboven beschreven wijziging in de bevoegdheden rondom de indicatiestelling, zijn binnen ERAI afspraken gemaakt tussen bepaalde instellingen en het CIZ over de geldigheidsduur en ingangsdatum van indicatiebesluiten. In de eerste plaats betreft dit de mogelijkheid om zorgverlening te starten voordat de indicatie formeel is afgehandeld. Eén instelling heeft met het CIZ afgesproken dat antedatering tot 5 dagen is toegestaan [Buurtzorg] en een andere instelling heeft een afspraak over een termijn van 14 dagen [Zorgboog]. Sinds november 2013 is het in de nieuwe applicatie van het CIZ mogelijk tot 14 dagen te antedateren. Het doel van deze afspraken is de zorg te verlenen vanaf het moment dat dat nodig is en niet pas vanaf het moment van het indicatiebesluit. In de tweede plaats wordt bij een tweetal instellingen voor de intramurale setting gewerkt met een standaard geldigheidsduur van indicaties van 15 jaar bij herindicaties van huidige cliënten die tot nu toe korter durende indicaties hadden [JP van den Bent, Philadelphia] en geeft het CIZ bij één instelling automatisch herindicaties af bij een gelijkblijvende zorgvraag [Abrona].

4.1.1.4 BOPZ toets door professional

De toegang tot AWBZ zorg is soms niet alleen afhankelijk van een indicatie, maar in het geval van opname onder dwang ook van het succesvol afronden van een BOPZ toets. Er is één instelling binnen ERAI, waarbij een Specialist Ouderen Geneeskundige (SOG) van de instelling de BOPZ toets afneemt in plaats van een CIZ-medewerker [Vilente]. Bij elke BOPZ toets vindt achteraf (op dezelfde dag) toetsing plaats door een CIZ-medewerker.

4.1.1.5 Allerlei

Gedurende het experiment hebben instellingen ook nieuwe werkwijzen ontwikkeld, waarvoor van tevoren geen goedkeuring noodzakelijk was. Het betreft werkwijzen die geen wijziging van wet- of regelgeving behoeven. Deze paragraaf geeft een overzicht van de ontwikkelde methoden, voor zover deze betrekking hebben op de toegangsfase tot zorg.

In de fase waarin een zorgvraag moet worden omgezet in een beoordeelde zorgbehoefte en daaraan door een aanbieder invulling moet worden gegeven, zijn veel partijen betrokken, zoals de cliënt, zijn familie en eventuele mantelzorgers, de verwijzer en de indicatiesteller. Communicatie tussen deze partijen is cruciaal om het proces zo goed mogelijk te laten verlopen. Binnen ERAI is op een aantal manieren geëxperimenteerd met het verbeteren van de communicatie in deze fase, zowel met betrekking tot communicatie tussen professional en cliënt als communicatie tussen professionals onderling.

Er zijn twee instellingen die een manier hebben ontwikkeld om de cliënt en zijn direct betrokkenen op een eenvoudige manier inzicht te geven in de afspraken rondom de zorgverlening en de financiële gevolgen daarvan [De Drie Notenboomen, Opella]. Deze instellingen stellen een offerte op, die door de cliënt en de professional kan worden ondertekend.

Daarnaast zijn er 2 instellingen die in hun experiment een eenvoudigere werkwijze hebben ontwikkeld voor de communicatie tussen het ziekenhuis en de huisarts voor de overdracht van een cliënt. Bij de ene instelling betreft dit het afspreken van een standaard termijn voor de overdracht van MSVT cliënten met laag complexe handelingen van het ziekenhuis naar de huisarts (voorstel is drie maanden), zodat er niet bij elke cliënt opnieuw afspraken gemaakt hoeven te worden over het overdrachtsmoment [STZ]. Bij de andere instelling gaat het om de ontwikkeling van een eenvoudig format voor de overdracht van de benodigde informatie van het ziekenhuis naar de thuiszorg.

Tot slot is er een instelling die een warme overdracht heeft ingevoerd van de verwijzer naar de wijkverpleegkundige door middel van direct telefonisch contact [Pantein] en heeft een instelling afspraken gemaakt met het CIZ over de vermindering van de bewijslast voor het in aanmerking komen voor werk- en dagbesteding [GGZ Friesland].

4.1.2 Effecten

De kernelementen waarvoor tijdens de evaluatie expliciet effecten zijn benoemd, betreffen de indicatiestelling, de ruimere geldigheid van indicatiebesluiten en het verrichten van de BOPZ toets door de professional. Voor de overige elementen zijn effecten niet expliciet aan de orde geweest.

4.1.2.1 Professional stelt de indicatie

Wat betreft de indicatiestelling door de professional vinden de betreffende instellingen de betere afstemming van de zorgbehoefte en mogelijkheden van noodzakelijke zorgverlening op de situatie en zorgvraag van de cliënt een grote winst. Dit geldt met name voor de instellingen die indicaties stellen voor extramurale zorg en is ook genoemd door één instelling die indicaties stelt voor intramurale zorg. Door tijdens de beoordeling van iemands zorgbehoefte (het indicatiestellingproces) in gesprek te gaan met de cliënt en zijn systeem, is het beter mogelijk om een appel te doen op (verhoogde) inzet van informele zorg en alleen formele zorg te indiceren voor zover dat aanvullend daarop noodzakelijk is. De indicatiesteller staat nadrukkelijk stil bij andere partners in het cliëntsysteem, waardoor de cliënt uiteindelijk minder (snel) afhankelijk wordt van formele zorg. [Buurtzorg, Kwadrantgroep, STZ, Vilente, Vitras, Zorgboog, Opella]

Door het zelf stellen van de indicatie kan de zorg direct worden ingezet op het moment dat dat nodig is [GGZ Friesland, JP van den Bent, Opella, Pantein, Vilente, Zorgboog]. Dit is een sterke verbetering ten opzichte van deze door instellingen genoemde gemiddelde doorlooptijd van vier tot zes weken bij het CIZ. De cliënt ontvangt nu zorg op het moment dat deze noodzakelijk is en heeft sneller een besluit. [Buurtzorg, Opella, Zorgboog]. Voor de instelling die naast indicatiestelling ook zelf de BOPZ toets afneemt, is de winst in doorlooptijd nog groter [Vilente]. Een aantal instellingen geeft aan dat huisartsen door de snellere doorlooptijd graag verwijzen [ActiVite, Vilente].

Een ander belangrijk voordeel van indicatiestelling door de professional is dat de professional meer regie heeft en in zijn kracht komt te staan [Buurtzorg, Kwadrantgroep, STZ, Zorgboog, Vilente, Opella]. De autonomie van de professional wordt groter, doordat deze zelf de verantwoordelijkheid en bevoegdheid heeft om te bepalen welke zorg nodig is en hoe deze het best kan worden ingevuld. Daardoor ontstaat meer ruimte om echt te luisteren naar de vraag achter de vraag. Dit betekent dat de situatie van de cliënt als startpunt wordt genomen in plaats van de gestelde indicatie. In het verleden werd in de zorg wel eens de vraag gesteld "hoe gaan we een indicatie van vier uur verpleging en tien uur verzorging leveren?", dit is veranderd in de vraag "welke zorg is echt noodzakelijk en hoe kunnen we die het beste leveren?".

De verplaatsing van de indicatiestelling levert ook winst op in termen van het zorgvolume. Met name experimenten die alleen in de extramurale setting plaatsvinden geven aan dat een reductie in het zorgvolume optreedt. Zes van de acht experimenten in de extramurale setting stellen een reductie vast [ActiVite, Icare, Palet, Pantein, Vitras, Zorgboog] en één aanbieder geeft aan dat er geen sprake is van een stijging van het zorgvolume [Kwadrantgroep]. Bij slechts één experiment in de sfeer van extramurale zorg is sprake van stijging van het totale zorgvolume [Buurtzorg]. Daarnaast vinden vier van deze experimenten ook in de intramurale setting plaats. Eén van deze instellingen geeft aan met dezelfde middelen 9,3% meer cliënten geholpen te hebben [Opella]. Voor de andere drie is geen effect op het zorgvolume benoemd [JP van den Bent, STZ, Vilente]. Dat geldt ook voor de twee experimenten die alleen in de intramurale setting plaatsvinden [De Hoven, GGZ Friesland].

De instellingen die een cijfermatige onderbouwing geven van de vermindering van het zorgvolume noemen een percentage variërend van 6,4% per cliënt [Pantein] tot 18% voor het totale zorgvolume [Palet]. Daarbij moet worden opgemerkt dat dit niet alleen een resultaat is van een andere wijze van indicatiestelling, maar ook van andere elementen die onderdeel zijn van de experimenten of van een andere attitude, handelwijze binnen de organisatie zelf. Een andere manier van werken in de uitvoering van de zorg en/of andere bekostigingsafspraken kunnen ook een effect op het zorgvolume hebben. In deze evaluatie zijn de cijfermatige effecten van deze elementen niet afzonderlijk van elkaar inzichtelijk gemaakt. Bij de meeste instellingen binnen ERAI heeft een reductie van het zorgvolume nog niet geresulteerd in een krimp van de formatie. Vooralsnog is het mogelijk geweest om de reductie vooral op te vangen in hun flexibele schil. Bij één instelling is er wel sprake van een formatiereductie door bij natuurlijk verloop ontstane vacatures niet meer in te vullen [Icare].

Tot slot is het effect op de administratieve lasten geëvalueerd. Op dit punt bestaat het grootste verschil tussen de instellingen. Deze verschillen treden op doordat de instellingen verschillende afspraken hebben gemaakt met het CIZ en de zorgkantoren over de te hanteren administratieve procedure. Er zijn 6 instellingen (intra- en extramuraal) die aangeven dat de nieuwe werkwijze rondom indicatiestelling minder administratieve lasten voor professionals met zich meebrengt dan voorheen [GGZ Friesland, Icare, Kwadrantgroep, JP van den Bent, Vitras, Zorgboog]. Eén instelling geeft aan dat de tijd die de wijkverpleegkundig administratief kwijt is met de indicatiestelling terug is gebracht van gemiddeld dertig tot zestig minuten naar tien minuten (Zorgboog). Een andere instelling geeft aan dat er een reductie heeft plaatsgevonden in de tijdsbesteding per indicatie van 3,5 uur per cliënt naar 45 minuten [GGZ Friesland]. Een andere instelling geeft aan dat de tijd die door professionals wordt besteed aan administratieve lasten is gedaald

van 4,7% naar 2,9% van hun netto tijd [Icare]. Dit is een totale lastenreductie, die niet alleen wordt veroorzaakt door de andere werkwijze rondom indicatiestelling, maar vooral door de registratie op 1 product (en de vereenvoudiging van het berichtenverkeer).

Er zijn evenwel 4 instellingen die een verhoging van de administratieve lasten voor professionals rapporteren als gevolg van de procedure rondom het zelf stellen van de indicaties [STZ, Vilente, Opella, Pantein]. Eén instelling geeft aan dat de indicatiestelling door de verpleegkundige nu honderd minuten kost in plaats van de vroegere 64 minuten [STZ]. Deze instelling geeft ook aan dat de extra inspanning door de transferverpleegkundige geleverd moet worden, terwijl de winst in termen van kwaliteit ligt bij de VVT aanbieder waarnaar de transferverpleegkundige verwijst. Eén van de vier instellingen die een verhoging van administratieve lasten rapporteren, heeft de indicatiestelling bewust neergelegd bij klantadviseurs in plaats van zorgprofessionals. Deze instelling geeft aan dat de kans op fouten kleiner wordt omdat de klantadviseurs ruime ervaring heeft met het stellen van indicaties en zij daarbij de professional nadrukkelijk betrekken [Opella]. Alle overige instellingen die op dit punt hebben geëxperimenteerd, geven aan dat de administratieve lasten niet verminderd zijn of ze hebben dit niet benoemd tijdens de evaluatie.

Naast de administratieve lasten voor professionals spelen de administratieve lasten voor de backoffice van de instellingen een rol. De administratieve lasten voor deze medewerkers zijn vaak verhoogd door de experimenten, als gevolg van technische knelpunten bij de ERAI indicaties en doordat het lastig is de experimenten binnen de bestaande organisatie in te passen [Buurtzorg, Zorgboog, Icare]. Er zijn veel knelpunten rondom de ERAI indicaties, die door vrijwel alle instellingen worden genoemd. Hieronder worden deze beschreven. Afhankelijk van de werkwijze die een instelling heeft gekozen, zorgen deze knelpunten voor een extra belasting van de professional of van de backoffice.

Rondom de administratieve lasten van het indicatieproces speelt een aantal zaken mee. In de eerste plaats is ERAI een uitzondering op de reguliere situatie, waardoor bepaalde knelpunten optreden. Indien een cliënt overgaat naar een zorgaanbieder die geen onderdeel uitmaakt van het experiment of ook AWBZ-zorg ontvangt van een andere zorgaanbieder, moet via de reguliere weg een indicatie worden aangevraagd en zijn extra administratieve handelingen nodig. Daarnaast heeft vrijwel elke instelling last van knelpunten in het administratieve proces van de indicatiestelling binnen ERAI. Een groot aantal van de knelpunten is aangepakt, maar er resteren nog een aantal. Het gaat om zaken als overschrijving van alle bestaande AWBZ indicaties door een ERAI indicatie, niet automatisch kopiëren van gegevens en het feit dat na een ERAI indicatie SIP (Standaard Indicatieprotocollen) en HiT (Herindicaties via Taakmandaat) indicaties niet meer mogelijk zijn. Door dit soort knelpunten wordt de mogelijkheid voor het zelf stellen van de indicaties slechts beperkt toegepast. In 20% tot 65% van de gevallen waarin een ERAI indicatie mogelijk zou zijn geweest, is in de praktijk daadwerkelijk een ERAI indicatie aangevraagd. Dit betekent dat de voordelen van het zelf stellen van de indicatie niet ten volle worden genoten als gevolg van de administratieve lasten die de experimentprocedures met zich meebrengen.

4.1.2.2 Ruimere geldigheid van indicaties

De instelling die is gaan werken met een antedatering van veertien dagen [Zorgboog] geeft aan dat deze termijn de mogelijkheid biedt een goede

inventarisatie van de zorgvraag te doen, voordat de indicatie wordt gesteld. Een termijn van 5 dagen is daarvoor in het geval van complexe situaties niet lang genoeg, zeker wanneer de inzet van informele zorg een rol speelt.

Voor de instellingen die afspraken hebben gemaakt over een standaard geldigheidsduur van vijftien jaar van het indicatiebesluit geldt dat dit een lichte verlaging van de administratieve lasten betekent [Philadelphia, JP van den Bent]. De instelling waarvoor automatische herindicaties worden afgegeven door het CIZ bij gelijkblijvende zorgvraag, ondervindt echter praktische knelpunten [Abrona]. Doordat veel gegevens niet automatisch worden gekopieerd door het CIZ, moet een nieuwe indicatie worden aangevraagd op het moment dat een cliënt verhuist. Dit zorgt weer voor aanvullende administratieve lasten.

4.1.2.3 BOPZ toets door professional

De instelling die binnen het experiment zelf de BOPZ toets afneemt [Vilente], geeft aan dat dit een positief effect heeft op de kwaliteit van zorg. Het proces loopt sneller en efficiënter, doordat de SOG-er die de toets afneemt meer affiniteit heeft met de doelgroep. Dit zorgt ervoor dat cliënten, zijn familie en eventuele mantelzorgers de bejegening als prettiger ervaren en dat minder vaak herhaling van de toets nodig is. Uit toetsing achteraf door het CIZ blijkt dat de uitkomst van de toets overeenkomt met het oordeel van het CIZ.

De administratieve lasten bij de instelling nemen echter toe door het zelf afnemen van de toets. Het uitvoeren ervan kost minimaal 2 uur per cliënt. Dat is tijd die eerder niet door de SOG-er werd geïnvesteerd maar door het CIZ.

4.1.3 *Samenvattend*

Uit de experimenten die zijn gedaan met betrekking tot de toegang tot zorg, komen 2 belangrijke uitgangspunten naar voren voor de toekomstige inrichting van deze stap in het zorgproces:

- 1 De indicatiestelling dient zo dicht mogelijk bij het primaire proces plaats te vinden. Met name voor de experimenten in de extramurale zorg zijn de positieve effecten hiervan benoemd.
 - Hierdoor kan een goede inschatting worden gemaakt van welke zorgvraag op een alternatieve manier ingevuld kan worden, bijvoorbeeld door het systeem van de cliënt of door vrijwilligers. Dit zorgt voor een reductie van de inzet van formele zorg.
 - Het proces van indicatiestelling verloopt sneller, waardoor zorg direct kan worden ingezet op het moment dat dat nodig is. Dat vergroot de kans op de juiste zorg op het juiste moment.
 - De professional heeft meer regie en komt meer in zijn kracht te staan. Dit geldt tevens voor de cliënt die meer regie krijgt over zijn eigen leven.
- 2 De geldigheidsduur van indicaties is passend
 - Door het geven van voldoende ruimte voor het antedateren van indicaties is er meer tijd voor een goede analyse van de situatie voordat een indicatie wordt gesteld.
 - Automatische verlenging van indicaties bij gelijkblijvende zorgbehoefte of het hanteren van een langere geldigheidsduur kan leiden tot een reductie van administratieve lasten.

Bij de uitwerking van deze uitgangspunten is het van belang rekening te houden met administratieve consequenties van een nieuwe werkwijze. De experimenten laten zien dat een verhoging van administratieve lasten het gevolg kan zijn van het toepassen van een werkwijze die onvoldoende aansluit op de bestaande systemen.

4.1.4 Handvatten voor zorgaanbieders

De experimenten leveren een aantal concrete handvatten op, die mogelijk ook voor andere instellingen interessant zijn. Het gaat dan om de volgende instrumenten en/of werkwijzen, waartoe elke instelling zelf het initiatief kan nemen:

- Toepassing van de zelfredzaamheidsmatrix voor het maken van een goede inschatting voor de benodigde zorg [Zorgboog].
- Het opleiden en begeleiden van professionals in het zelf stellen van indicaties [Zorgboog, Opella].
- Gebruik van een offerte ten behoeve van het opstellen van een zorgplan in de communicatie met de cliënt, waarin passende zorg en de daarbij behorende financiële consequenties zijn opgenomen [De Drie Notenboomen, Opella].
- Standaardiseren van afspraken en/of formats in de communicatie tussen zorgaanbieders. Voorbeelden uit de experimenten zijn de afspraak over een standaard termijn voor de overdracht van MSVT cliënten van het ziekenhuis naar de huisarts en een standaard format voor informatieoverdracht van ziekenhuis naar thuiszorg [STZ, Zorgboog].
- Werken met een warme overdracht tussen de huisarts en de verpleegkundige door middel van direct telefonisch contact [Pantein].

4.2 Uitvoering

Er zijn verschillende manieren om de start van de uitvoeringsfase in het primaire proces te definiëren. In dit rapport gaan we ervan uit dat dit het moment betreft waarop het eerste contact tussen de hulpverlenende professional en de cliënt plaatsvindt met als doel het verlenen van zorg. Het opstellen van het zorgplan zien we als start van deze fase.

Er zijn zestien instellingen waarbij het experiment inhaakt op deze fase van het primaire proces.

4.2.1 Kernelementen experiment

4.2.1.1 Uitgaan van eigen kracht

Eén van de belangrijkste onderdelen van ERAI is het geven van meer ruimte voor de dialoog tussen professional en cliënt zodat de eigen kracht van beiden wordt versterkt. De verwachting is dat daardoor niet alleen de tevredenheid van cliënten en medewerkers hierdoor stijgt, maar ook dat de kwaliteit van zorg beter wordt en de zorg beter betaalbaar blijft. De hiervoor besproken indicatiestelling door de professional heeft zoals gezegd een groot effect op de verhoging van de eigen kracht. Daarnaast heeft een groot aantal instellingen binnen ERAI expliciet ingezet op het vergroten van de eigen kracht tijdens de uitvoering van zorg door het toepassen van een bepaalde methodiek of verandering van focus.

Bij de experimenten in de extramurale setting is de focus meer gekomen op

zelfregie van de cliënt en daarmee op 'ontzorgen' [Zorgboog, Vitras, Allertzorg, De Drie Notenboomen, Icare, Vilente]. Dat betekent dat de zorg nu nog meer dan voorheen in samenspraak met de cliënt wordt vormgegeven en dat formele zorg alleen wordt ingezet wanneer het niet anders kan. Een instelling geeft aan dat de checkvraag bij het inzetten van formele zorg nu is: 'Heeft u al gekeken of er een andere mogelijkheid is?' [Zorgboog]. Dit betekent bijvoorbeeld dat een professional niet meer zomaar een vuilniszak van een cliënt buiten zet als deze dat niet zelf kan, maar dat hij bijvoorbeeld nagaat of een buurman dit kan doen. Daardoor wordt het systeem van de cliënt sterker en de eigen regie groter. Alleen op het moment dat een zorgvraag niet kan worden opgelost in de eigen omgeving van de cliënt, is formele zorg aangewezen.

De manier waarop deze zorg vervolgens wordt ingezet, bepaalt de professional in overleg met de cliënt. Dat betekent dat er geen sprake meer is van een standaard weekregime, maar dat in onderling overleg afspraken worden gemaakt [Allertzorg]. Twee instellingen geven aan dat de functies in de indicatie niet meer de basis zijn voor het leveren van de zorg, maar de vraag wat daadwerkelijk nodig is en wat past bij de vraag van de cliënt [De Drie Notenboomen, Icare]. De verandering van focus betekent ook dat op een veel eerder moment in het zorgtraject wordt gesproken over de afbouw van de zorg. Het meest geschikte moment voor het gesprek hierover verschilt per cliënt [Zorgboog, Icare].

Het 'ontzorgen' is niet alleen van belang bij de inzet van nieuwe zorg, maar ook bij het kritisch kijken naar de zorg voor cliënten die al jarenlang op een bepaalde manier wordt geleverd. Zo vertelt een instelling dat een familielid van een cliënt op een gegeven moment aangaf dat hij zelf de steunkousen van de cliënt wel kon uitrekken, maar dat het familielid niet wist dat dat mocht [Icare]. Bij veel cliënten is jarenlang alleen een verzorgende langs geweest en wordt nu weer een verpleegkundige ingezet om kritisch te kijken naar of de zorg nog wel passend is [Vitras].

Ook in experimenten binnen de intramurale zorg is sprake van een grotere focus op zelfregie [Cordaan, De Hoven, Philadelphia, Prisma, Vilente, Opella]. Daarnaast heeft een aantal van deze instellingen een methode ontwikkeld voor de afstemming tussen professional en cliënt, die gericht is op het vergroten van het welbevinden van cliënten. De basis van deze verschillende methodes ligt in het beter luisteren naar de wensen van de cliënt en het stellen van de vraag achter de vraag. De methodes die worden toegepast zijn verschillend. Bij twee instellingen is de methode gebaseerd op de Groninger Wellbeing Index, waarbij het welbevinden van cliënten op een aantal levensgebieden in kaart wordt gebracht en waarbij de waardering per gebied een rol speelt [De Hoven, Prisma]. Op de gebieden waarop het welbevinden laag is, terwijl het belang ervan hoog is, worden afspraken gemaakt over de in te zetten acties. Andere methodieken die worden gevolgd, zijn: de presentiebenadering van A. Baart [Philadelphia], de mensgerichte zorgvisie van Planetree [Vilente] en een methodiek voor achterhalen van de vraag achter de vraag van Hutter [De Hoven].

Deze manier van werken vraagt een heel andere houding van professionals. Alle hierboven genoemde instellingen geven dan ook aan veel aandacht te hebben besteed aan scholing van professionals op de werkvloer. Naast scholing in de betreffende methodieken gaat het ook om scholing in het omgaan met morele dilemma's [De Hoven, Opella] en bij een aantal experimenten in de extramurale setting vindt scholing plaats in oplossingsgericht werken [Icare] en in de organisatie van zorg [Allertzorg]. Eén instelling geeft aan dat hoger opgeleide professionals zich

eerder de nieuwe manier van werken eigen maken. Deze instelling zet nu in op coaching van de lager opgeleide professionals door de hoger opgeleiden, zodat ook de lager opgeleiden zich het 'ontzorgen' meer eigen maken [Vitras] Een andere instelling zorgt dat de professionals na een basisscholing coaching kunnen krijgen ter voorbereiding op een cliëntgesprek, zodat ze kunnen oefenen met gesprekken met 'ontzorgen' als uitgangspunt [Zorgboog].

4.2.1.2 Communicatie met cliënt, familie en mantelzorgers versterkt

Elf experimenten binnen ERAI hebben nieuwe elementen ingevoerd op het gebied van communicatie met de cliënt en zijn familie en eventuele mantelzorgers in de uitvoeringsfase van de zorg. Daarbij gaat het om het vereenvoudigen van het communicatieproces en het versterken van de betrokkenheid van de cliënt en zijn systeem bij de zorgverlening.

Twee instellingen zijn gaan werken met één vast aanspreekpunt per cliënt [ActiVite, De Drie Notenboomen] en een viertal instellingen heeft een vereenvoudiging toegepast in de vastlegging van de afspraken met de cliënt [Cordaan, Middin, Philadelphia, Prisma]. Dit is bijvoorbeeld gedaan door het invoeren van een compacte afsprakenkaart, waarop de gemaakte afspraken direct inzichtelijk zijn en op basis waarvan ook rapportage kan plaatsvinden [Middin, Philadelphia]. Eén instelling heeft het bestaande persoonlijk plan veel compacter gemaakt door te werken op basis van een beperkt aantal kernwaarden [Cordaan] en andere instellingen zijn gestart met het werken met een zorgleefplan [Vilente] of zelfstandigheidsplan [Vitras].

Daarnaast is er een instelling die is gaan werken met een kwaliteitskaart op het formaat van een A4, waarop niet alleen de afspraken staan beschreven, maar waarop ook een veiligheidskaart en de score op de cliënttevredenheid is weergegeven [Cordaan].

Een aantal experimenten heeft specifieke elementen ingevoerd om de betrokkenheid van mensen om de cliënt heen bij de daadwerkelijke zorgverlening te vergroten. Het gaat dan om het organiseren van bijeenkomsten met de familie [Icare], ouderavonden [Philadelphia] en eigen kracht conferenties met een gecertificeerd counselor [Zorgboog]. Twee andere instellingen betrekken mantelzorgers op een digitale manier, bijvoorbeeld door een digitaal platform en whatsapp [De Drie Notenboomen] of via een virtueel multidisciplinair overleg dat ook voor mantelzorgers toegankelijk is [STZ].

4.2.1.3 Vereenvoudigen werkprocessen

Binnen ERAI hebben veel instellingen gewerkt aan een vereenvoudiging van interne werkprocessen, met als doel het verlagen van de administratieve lasten en het verhogen van het werkplezier van professionals.

In experimenten in de extramurale setting is geëxperimenteerd met het vertalen van de afspraken uit een zorgplan in een planning [Icare] en het vooruitplannen van afspraken met de cliënt op locatie bij de cliënt thuis [Pantein]. Om dat laatste mogelijk te maken heeft een aantal instellingen het gebruik van tablets ingevoerd [Pantein, Opella]. Daarnaast is er een instelling die het multidisciplinair overleg digitaal voert met behulp van een applicatie die virtueel overleg met asynchrone communicatie mogelijk maakt [STZ].

Bij experimenten in de intramurale setting is er vaak sprake van een vereenvoudiging van interne procedures en protocollen rondom de zorg voor de cliënt. Instellingen hebben gewerkt aan het maken van eenvoudiger overzichten van werkprocessen en protocollen [Opella, Cordaan]. Eén instelling heeft alle protocollen ingekort tot maximaal één A4 per stuk [Cordaan]. Daarnaast is kritisch gekeken naar de omvang van het cliëntdossier. Het cliëntdossier is in een aantal gevallen veel compacter geworden door het format in te korten [Abrona], door alleen relevante protocollen en formulieren erin op te nemen [Cordaan, Philadelphia] en door een integrale risicosignaleringslijst te maken per cliënt [Cordaan]. In de extramurale setting heeft een instelling het aantal formulieren in het logboek sterk teruggebracht en een 'regelarm' logboek ingevoerd [Vitras].

In één instelling zijn flexibeler afspraken gemaakt tussen de woonvorm waar cliënten wonen en de dagbesteding waar ze overdag naar toe gaan [Abrona]. In het verleden startte de dagbesteding voor alle cliënten op een vast tijdstip en vond dit altijd plaats op de locatie van de dagbesteding. Deze werkwijze met 2 strak gescheiden werelden zorgde voor veel druk op professionals en cliënten om zich aan de gemaakte afspraken te houden. In de nieuwe situatie helpt een medewerker van de dagbesteding in de ochtend mee bij de woonvorm en zijn cliënten vrij om dagbesteding te volgen in hun woonvorm of op de locatie van de dagbesteding.

Verder zijn er instellingen die processen hebben vereenvoudigd buiten het primaire proces, door bepaalde zaken te decentraliseren. Zo heeft een instelling het onderhoud van panden weer decentraal bij een huismeester belegd in plaats van centraal bij een ticketdesk [Abrona]. Een andere instelling werkt met roostering door medewerkers zelf in plaats van centrale roostering en laat locaties nu zelf facturen met kleine bedragen afhandelen met verantwoording achteraf [Philadelphia].

Om het regelarm werken gemakkelijker te maken, is in een aantal gevallen een verbetering doorgevoerd op ICT vlak. Dat betekent bijvoorbeeld het digitaliseren en workflow toepassen van formulieren [Opella], het vereenvoudigen van het zorgplan door het destilleren van informatie uit het ECD [Prisma] of het invoeren van een ECD en een wireless infrastructuur [Vilente, Philadelphia].

4.2.2 Effecten

Hieronder staan de effecten beschreven van het werken op basis van eigen kracht, de versterking van communicatie met de cliënt, zijn familie en mantelzorgers en van een aantal vereenvoudigingen van werkprocessen in de uitvoeringsfase van het primaire proces.

4.2.2.1 Uitgaan van eigen kracht

Instellingen geven aan dat het uitgaan van eigen kracht en de focus op zelfregie in de extramurale zorg een reductie oplevert in zorgvolume per cliënt. Door gedurende de uitvoeringsfase van de zorg oog te hebben voor wat echt nodig is, stijgt de zelfredzaamheid van de cliënt en kan de afbouw van zorg eerder beginnen [Icare]. Bij 4 van de betreffende instellingen heeft een daling plaatsgevonden van het zorgvolume [Allerzorg, Icare, Vitras, Zorgboog] en bij de andere 2 is geen effect op het zorgvolume benoemd [Vilente, De Drie Notenboomen]. Eén instelling geeft aan dat het aantal uur zorg per cliënt per week is gedaald met 9% [Zorgboog]. Uiteraard zijn deze resultaten mede afhankelijk van de andere kernelementen in de

experimenten, zoals het zelf stellen van de indicatie en flexibilisering in de bekostiging.

Een reductie in het totaal aantal uur zorg per cliënt betekent niet per definitie een reductie in het aantal uur per cliënt per week. Eén instelling geeft aan dat de intensiteit van zorg is gestegen van 6,0 naar 6,6 uur per week, maar dat het totaal aantal uur per cliënt over het gehele zorgtraject is gedaald door de kortere doorlooptijd [Icare]. Alle instellingen geven aan dat het centraal stellen van de eigen kracht gemakkelijker gaat bij nieuwe dan bij bestaande cliënten. Dit is ook de reden dat in de toekomst een nog verdere reductie te verwachten is in het zorgvolume [Vitras].

Voor cliënten is de focus op zelfregie wettelijk. Bestaande cliënten zijn gewend aan een bepaalde hoeveelheid zorguren per week en nieuwe cliënten krijgen (in ieder geval buiten het experiment) een indicatiebesluit waarin de vormen van zorg waarop deze recht heeft en het aantal uren per week is opgenomen. Dit betekent dat de professional moet investeren in een goede relatie met de cliënt om vervolgens op basis van vertrouwen de stappen richting 'ontzorgen' in te kunnen zetten. Een instelling geeft aan dat in een kleine gemeente, waar concurrentie is van meerdere aanbieders, zelfs een reductie in het aantal cliënten optreedt doordat mensen liever kiezen voor een aanbieder die veel meer zorg verleent en waarbij mensen minder zelf hoeven te doen [Zorgboog]. Ook vertelt een instelling dat sommige bestaande cliënten liever zorg blijven ontvangen om te voorkomen dat de professionals minder werk over houden [Icare]. Instellingen geven wel aan dat de uiteindelijke cliënttevredenheid hoger is door de focus op zelfregie. Dit heeft ermee te maken dat professionals meer sensitiviteit en betrokkenheid tonen en echt luisteren naar de vraag van de cliënt [Allerzorg, Icare].

Voor professionals in de extramurale setting zijn de effecten van ontzorgen door de nadruk op zelfregie tweeledig. Aan de ene kant zorgt het ervoor dat professionals meer vrijheid en autonomie ervaren, waardoor het gevoel ontstaat dat de professionele blik weer wordt gewaardeerd [Zorgboog, Icare]. Een instelling geeft ook aan dat professionals een betere sfeer ervaren en meer plezier in het werk hebben [Allerzorg]. Bij een andere instelling is 65% van de medewerkers blij met de nieuwe werkwijze, maar is de andere 35% er nog niet van overtuigd [Vitras].

Aan de andere kant is het ontzorgen voor professionals spannend omdat deze werkwijze minder houvast biedt en omdat de dialoog over wat cliënten en mantelzorgers zelf kunnen doen als lastig wordt ervaren [Icare]. Daarbij komt dat het soms wordt ervaren als snijden in eigen werk [Vitras, Icare] en de angst voor verlies van werk is weer een belemmering voor de benodigde cultuuromslag [Vitras]. Een andere instelling geeft aan dat een groot deel van de medewerkers die nu overbodig worden over 2,5 jaar weer hard nodig zijn door de verwachte stijging in aantal cliënten [Palet]. De zorg is dat dan niet meer voldoende professionals beschikbaar zijn als er geen vangnet wordt gevormd.

Ook de experimenten in de intramurale setting geven aan dat de nieuwe manier van werken een hogere cliënttevredenheid oplevert [Cordaan, De Hoven, Philadelphia, Prisma, Vilente, Opella]. Een instelling rapporteert een stijging van het welbevinden van cliënten van bijna 12% [Prisma]. De grotere focus op het welbevinden van cliënten en het beter luisteren naar de vraag achter de vraag zorgt er voor dat cliënten zich meer bewust zijn van wat welbevinden voor hen betekent [De Hoven, Prisma]. Daarnaast zorgt deze aanpak ervoor dat professionals zich meer bewust zijn van de wensen van cliënten en dat ze standaard werkwijzen uit het verleden los

kunnen laten. Een instelling vertelt dat de standaard bedtijd op een afdeling 21.30 uur was, totdat een professional zich afvroeg waarom dat eigenlijk het geval was. De bedtijd op die afdeling is nu per cliënt verschillend, afhankelijk van de wensen van de cliënt [Philadelphia].

De focus op welbevinden van cliënten heeft een positief effect op de medewerkertevredenheid in de intramurale setting. Eén van de instellingen geeft aan dat de stijging van de medewerkertevredenheid van de medewerkers die betrokken zijn bij het experiment 2,5 keer zo hoog is als van de medewerkers die regulier werken [Prisma]. Een andere instelling vertelt dat er meer openheid en verbinding is ontstaan tussen de verschillende disciplines [De Hoven]. Aan de andere kant geeft een instelling aan dat de nieuwe dynamiek er wel voor zorgt dat de lat voor het functioneren van professionals hoger ligt [Cordaan]. Door uit te gaan van wensen van de cliënt en hierover concrete afspraken te maken, ontstaat ook de noodzaak om deze te monitoren en zo goed mogelijk de gemaakte afspraken na te komen.

Daarbij komt dat de focus op het welbevinden van de cliënt niet alleen een andere werkwijze vraagt van de professional, maar ook van het management en het bestuur van de organisatie. Door telkens weer de vraag te stellen of een bepaalde afspraak aan het geluk van de cliënt ten goede komt, vindt langzaam een verandering plaats. Dat betekent dat soms zaken die in het verleden besloten zijn, weer ter discussie moeten worden gesteld. Deze verschuiving in focus vraagt continue aandacht in alle lagen van de organisatie [Prisma].

Op het gebied van zorgvolume levert het uitgaan van het welbevinden van de cliënt geen eenduidig effect op. Instellingen geven aan dat vooral sprake is van een betere kwaliteit van zorg doordat er meer aandacht is voor de wensen van cliënten [Prisma, De Hoven]. Er is één instelling die vertelt dat de gemiddelde zorgwaarde op een afdeling is afgenomen en dat cliënten zijn uitgestroomd waarbij dat niet voor mogelijk werd gehouden [De Hoven]. Het betreft een Korsakov afdeling waar in het verleden cliënten verbleven met een zorgwaarde op het niveau van ZZP7. Door de nieuwe manier van werken is het gelukt de zorgwaarde terug te brengen naar het niveau van ZZP 5. Voor een aantal cliënten werd het zelfs mogelijk om uit te stromen naar een zelfstandige woning [De Hoven]. Een andere instelling geeft aan dat het luisteren naar de wensen van cliënten niet betekent dat op alle gebieden waar een wens bestaat actie nodig is [Prisma]. Door in te zetten op de gebieden waar het grootste verschil is tussen de wens van de cliënt en de huidige situatie, treedt automatisch een verbetering in cliënttevredenheid op op de overige gebieden.

4.2.2.2 Communicatie met cliënt, zijn familie en mantelzorgers versterkt

De 2 extramurale instellingen die zijn gaan werken met 1 vast aanspreekpunt per cliënt geven aan dat dit voor meer rust en vertrouwen zorgt bij de cliënt. Daarnaast zorgt het er ook voor dat huisartsen de verantwoordelijke verpleegkundige weten te vinden [ActiVite, De Drie Notenboomen]. Binnen de intramurale setting resulteert de vereenvoudiging van de vastlegging van afspraken met de cliënt in betere afspraken. Omdat er minder algemene standaardafspraken worden gemaakt, is er meer ruimte voor details die waardevol zijn voor de cliënt [Cordaan, Opella, Philadelphia]. Voor de overige punten die rondom het versterken van communicatie met de cliënt en systeem zijn ingevoerd, zijn niet expliciet effecten benoemd.

4.2.2.3 Vereenvoudigen werkprocessen

Met betrekking tot het vereenvoudigen van werkprocessen zijn, zoals gezegd, veel verschillende nieuwe werkwijzen ingevoerd. Voor een aantal daarvan zijn de effecten in de evaluatie aan de orde gekomen.

Zo geeft een instelling aan dat de invoering van digitale agendaplanning en de invoering van een ECD tijdwinst voor professionals heeft opgeleverd [Middin]. De instelling die is gaan werken met het plannen van afspraken achter de voordeur en administratie op afstand met behulp van tablets merkt nog niet veel tijdwinst als gevolg van technische knelpunten die nog moeten worden opgelost [Pantein]. Door te werken met digitaal multidisciplinair overleg heeft een andere instelling nu goed zicht op de actuele problemen en is er transparantie in de onderling gemaakte afspraken [STZ].

Het vereenvoudigen van interne procedures en protocollen zorgt ervoor dat het kwaliteitssysteem gemakkelijker te hanteren is voor de professional. Dit heeft te maken met een inperking van de procedures en protocollen en met het gebruik van eenvoudiger taal [Cordaan]. Reductie van administratieve lasten is slechts tot op zekere hoogte mogelijk binnen de instelling zelf. Een instelling die heeft gewerkt aan het reduceren van de inhoud van het zorgplan, geeft aan dat in overleg met externe stakeholders een verdere reductie tot stand kan worden gebracht [Prisma]. In het zorgplan worden voorsnog veel zaken op verschillende manieren vastgelegd als gevolg van verschillende eisen vanuit de stakeholders, wat nog altijd zorgt voor een onnodige en grote administratieve last.

De instelling die de samenwerking tussen woonvormen en de dagbesteding flexibeler heeft gemaakt, geeft aan dat dit meer rust oplevert voor de cliënten en de professionals [Abrona]. De instelling die zelfroostering heeft ingevoerd vertelt dat dit leidt tot een hogere medewerkertevredenheid [Philadelphia]. En de instellingen die een ECD hebben ingevoerd of de mogelijkheden van het ECD hebben uitgebreid geven aan dat dit zorgt voor reductie van administratieve lasten [Vilente, Philadelphia, Prisma]. Bij één van deze instellingen zijn de professionals dagelijks nog slechts 15 minuten kwijt aan administratie [Opella].

4.2.3 Samenvattend

De hierboven beschreven kernelementen en de effecten daarvan hebben betrekking op de uitvoering van de zorg in het primaire proces. Met betrekking tot deze fase, komen 4 belangrijke uitgangspunten naar voren:

- 1 De dialoog tussen de professional en de cliënt en zijn familie en eventuele mantelzorgers vormt de basis voor de zorgverlening.
 - Door te werken aan zelfregie wordt een cliënt minder snel afhankelijk van formele zorg en is minder zorg per cliënt nodig.
 - Het centraal stellen van de wensen van cliënten en hun welbevinden leidt tot een stijging van cliënttevredenheid en medewerkertevredenheid.
- 2 Regels, procedures en protocollen staan ten dienste aan het primaire proces.
 - Het inperken van bestaande regels, procedures en protocollen en het beter hanteerbaar maken ervan zorgt voor een reductie van administratieve lasten.
- 3 Digitalisering vervangt zoveel mogelijk overbodige administratieve handelingen.
 - Door de mogelijkheden van een ECD breder toe te passen zijn minder

- administratieve handelingen van een professional nodig.
 - Elektronische hulpmiddelen kunnen de tijd besteed aan administratie verminderen door administratie op afstand mogelijk te maken.
- 4 Omdat het volgen van bovenstaande uitgangspunten voor veel instellingen een andere werkwijze betekent en daarmee een andere houding van professionals vraagt, is er veel aandacht nodig voor scholing en coaching van professionals. Hierbij moet aandacht worden besteed aan de mogelijke belemmering van de cultuurverandering door angst voor verlies van werkgelegenheid als gevolg van de focus op zelfregie.

4.2.4 Handvatten voor zorgaanbieders

De experimenten leveren een aantal concrete handvatten op, die mogelijk ook voor andere instellingen interessant zijn. Het gaat dan om de volgende instrumenten en/of werkwijzen, waartoe elke instelling zelf het initiatief kan nemen:

- Scholingsprogramma's rondom:
 - De focus op zelfregie en welbevinden van cliënten [Icare, Allercare, Zorgboog, Cordaan, Philadelphia, Prisma, Vilente, Opella];
 - Het omgaan met morele dilemma's [De Hoven, Opella].
- Coaching van professionals ter voorbereiding op cliëntgesprekken [Zorgboog].
- Werken met één vast aanspreekpunt per cliënt [ActiVite, De Drie Notenboomen].
- Gebruik van een compacte afsprakenkaart/kwaliteitskaart [Middin, Philadelphia, Cordaan].
- Betrekken van het systeem middels familiebijeenkomsten, ouderavonden, eigen kracht conferenties en via digitale communicatie [Icare, Philadelphia, Zorgboog, De Drie Notenboomen, STZ].
- Eenvoudiger planningsproces door afspraken uit het zorgplan om te zetten in een planning of door bij de cliënt thuis achter de voordeur vooruit te plannen [Icare, Pantein].
- Eenvoudiger kwaliteitssysteem door het schrappen van bepaalde protocollen of door protocollen in te korten tot maximaal één A4 per stuk, door te werken met een integrale risicosignaleringslijst per cliënt en door slechts relevante informatie in cliëntdossiers op te nemen [Cordaan, Abrona, Philadelphia, Vitras].
- Uitbreiden van ICT ondersteuning door het digitaliseren van formulieren, het invoeren van een ECD en wireless infrastructuur en het destilleren van zoveel mogelijk informatie voor stakeholders uit het ECD [Opella, Vilente, Philadelphia, Prisma].

4.3 Evaluatie

De evaluatie van de geleverde zorg met de cliënt en/of het cliëntstelsel is een volgend onderdeel in het primair proces. Binnen ERAI hebben acht instellingen expliciet aandacht besteed aan deze fase [Middin, Opella, JP van den Bent, Cordaan, Philadelphia, Vitras, De Drie Notenboomen, Buurtzorg]. De instellingen die op dit punt een andere werkwijze hebben ingevoerd, zijn vrijwel allemaal instellingen die vanuit een intramurale setting aan ERAI deelnemen.

4.3.1 Kernelementen experiment

Een belangrijke wijziging in de evaluatiefase is de expliciete aandacht voor de gemaakte afspraken met de cliënt, zoals die zijn weergegeven op de afsprakenkaart of in het zorgplan. In gesprek met de cliënt en de mensen om hem heen worden deze afspraken geëvalueerd en bijgesteld waar nodig. Eén instelling maakt daarbij de keuze om elk kwartaal deze evaluatie te doen [Middin] en een andere instelling kiest ervoor om de uitgebreide jaarlijkse evaluatie van het zorgplan af te schaffen en in plaats daarvan vaker korter te evalueren [Philadelphia]. Verder integreren 3 instellingen de meting van cliënttevredenheid met de evaluatie van de zorg. Deze instellingen zorgen dat deze meting heeft plaatsgevonden voorafgaand aan het evaluatiegesprek met de cliënt, zodat de informatie uit de meting direct meegenomen kan worden [Opella, JP van den Bent, Cordaan].

De manier waarop de verantwoordelijke professional overlegt met zijn collega's over de voortgang van de zorg, verschilt. Er is een intramurale instelling die maandelijks intercollegiaal beraad heeft ingevoerd ter bespreking van de voortgang van de afspraken met de cliënten [Philadelphia]. Daarnaast is er een extramurale instelling waarbij tussentijdse evaluatie per mail of whatsapp plaatsvindt [De Drie Notenboomen].

Eén instelling heeft een nieuwe manier gevonden om verbeter suggesties van cliënten en van medewerkers op te halen. Deze instelling heeft verbeterborden opgehangen in de gangen, waarop zowel de cliënten als de medewerkers hun ideeën kunnen noteren. Elke week worden de suggesties opgehaald en worden de acties teruggekoppeld [Cordaan].

Naast evaluatie van de zorg op cliëntniveau geven enkele instellingen aan op doelgroepniveau de geleverde zorg te evalueren [Cordaan, Buurtzorg]. Deze instellingen willen graag inzicht krijgen in het resultaat van de zorg op doelgroepniveau, zodat verdere verbetering van de kwaliteit van te leveren zorg mogelijk is. In het hoofdstuk 'Verantwoording kwaliteit afgeleid van primair proces' wordt hier uitgebreider op ingegaan.

4.3.2 Effecten

Voor de hierboven genoemde punten met betrekking tot de evaluatiefase in het primaire proces zijn tijdens de evaluatie van de experimenten vrijwel geen effecten benoemd. De instelling die is gaan werken met verbeterborden geeft aan dat dit leidt tot een hogere teamspirit en meer zelfvertrouwen bij de professionals [Cordaan].

4.3.3 Samenvattend

Met betrekking tot de evaluatiefase in het primaire proces zijn geen heldere uitgangspunten te destilleren uit de experimenten.

4.3.4 Handvatten voor zorgaanbieders

De experimenten leveren een aantal concrete handvatten op, die mogelijk ook voor andere instellingen interessant zijn, bijvoorbeeld:

- het integreren van de cliënttevredenheidsmeting;
- frequenter evalueren van de zorg met de cliënt [Philadelphia];

- het inzetten van verbeterborden voor het ophalen van verbeter suggesties bij cliënten en medewerkers [Cordaan].

4.4 Wijziging of afsluiting van de zorg

Tijdens de evaluatie van de zorg wordt besloten wat de relevante vervolgstappen zijn. Het is mogelijk dat de zorg ongewijzigd wordt voortgezet, dat wijzigingen moeten worden doorgevoerd in de zorgverlening of dat deze wordt afgesloten. Binnen ERAI zijn er weinig experimenten die een element in zich hebben dat specifiek over de wijziging of afsluiting van zorg gaat.

4.4.1 Kernelementen experiment

Eén instelling heeft als onderdeel van het experiment de interne procedure rondom het aanvragen van aanvullende zorg versimpeld [Abrona]. In het verleden werd een uniform format van het zorgkantoor voor de toetsing meerzorg gehanteerd binnen de instelling, waarop de verantwoordelijk behandelaar veel informatie moest invullen. Het betrof deels informatie die voor de betreffende cliënt niet relevant was en deels informatie die op een andere locatie binnen de instelling reeds bekend was. Dit zorgde voor veel administratieve lasten. In de nieuwe werkwijze is het de verantwoordelijkheid van de behandelaar om te bepalen welke informatie relevant is per cliënt en is het uniforme format losgelaten. Een andere instelling heeft ervoor gezorgd dat de cliënt of diens vertegenwoordiger een declaratie moet goedkeuren, voordat deze aan het zorgkantoor wordt gestuurd. Dit is bedoeld om het bewustzijn van de cliënt rondom de inzet van de zorg te vergroten [De Drie Notenboomen].

Tot slot is er een instelling die afspraken heeft gemaakt met het zorgkantoor over het verlenen van zorg na het overlijden van een cliënt [ActiVite]. Na het overlijden van een cliënt wordt in de praktijk altijd nog zorg verleend aan de nabestaanden. Dit wordt normaliter echter niet vergoed, aangezien er officieel geen zorg verleend mag worden vanaf de dag van het overlijden van een cliënt (er bestaat niet langer een aanspraak, de rechtsgrond voor rechtmatige betaling van AWBZ-zorg). In de praktijk gebeurt dit meestal toch, omdat het noodzakelijk is het proces goed af te ronden. Met de nieuwe bekostigingsafspraken die deze instelling met het zorgkantoor heeft gemaakt, kan de benodigde zorg na het overlijden worden verleend.

4.4.2 Effecten

Voor de hierboven genoemde punten met betrekking tot de wijziging of afsluiting van zorg zijn tijdens de evaluatie van de experimenten niet expliciet effecten benoemd met betrekking tot cliënttevredenheid, medewerkertevredenheid, zorgvolume of administratieve lasten.

4.4.3 Samenvattend

De conclusie met betrekking tot de bekostiging van zorgverlening na het overlijden van een cliënt komt aan de orde in het hoofdstuk over financiën. Met betrekking tot deze fase komen uit de experimenten verder geen algemene uitgangspunten naar voren.

4.4.4 Handvatten voor andere zorgaanbieders

De experimenten leveren een aantal concrete handvatten op, die mogelijk ook voor andere instellingen interessant zijn, bijvoorbeeld:

- het beperken van de informatie die nodig is voor het intern aanvragen van aanvullende zorg;
- het door de cliënt vooraf laten goedkeuren van een declaratie.

5 Verantwoording kwaliteit afgeleid van primair proces

De tweede hoofdlijn die uit de evaluatie van ERAI naar voren komt, is dat de verantwoording over kwaliteit van zorg afgeleid zou moeten zijn van het primaire proces. De huidige verantwoording over kwaliteit van zorg door instellingen aan verschillende externe stakeholders, zoals de IGZ en zorgkantoren, is gebaseerd op in het verleden bepaalde indicatoren die een zo goed mogelijk beeld moesten geven van de kwaliteit van zorg. In de praktijk blijkt echter dat de informatie die wordt vergaard op basis van deze indicatoren onvoldoende beeld geeft van de werkelijke kwaliteit van zorg en veel administratieve lastendruk met zich meebrengt. Zoals aan de start van ERAI al werd benoemd¹², is de huidige regelgeving veelal vanuit wantrouwen opgebouwd, waardoor de verantwoordingsplichten fors zijn. Daarbij komt dat er vaak nieuwe verantwoordingsvragen worden opgelegd als gevolg van bijvoorbeeld incidenten en politieke druk.

De experimenten laten zien dat het mogelijk is op een andere manier te kijken naar kwaliteit en de verantwoording daarover. Kwaliteit van zorg ontstaat in de relatie tussen cliënt en professional en wordt positief beïnvloed door een groter bewustzijn bij de professional en de cliënt op het gebied van kwaliteit. Door het welbevinden van cliënten centraal te stellen en te werken aan het leervermogen van de organisatie, ontstaat een hernieuwde motivatie ten opzichte van kwaliteit. Door de basis te veranderen is een eenvoudiger manier van verantwoording mogelijk, waarbij uitgaan van vertrouwen kan leiden tot een sterke vermindering van administratieve lasten.

Dit hoofdstuk gaat in op de nieuwe werkwijzen die de instellingen binnen ERAI getoetst hebben met betrekking tot het meten van kwaliteit en het omgaan met sturing op kwaliteit.

5.1 Kernelementen experiment

Er zijn elf instellingen die in hun experiment aandacht hebben besteed aan de meting van en verantwoording over de kwaliteit van zorg. Dat betreft met name instellingen (acht) die met een intramurale setting deelnemen aan ERAI. Daarnaast hebben drie instellingen met alleen een extramurale setting in het experiment zich bezig gehouden met een experiment op dit vlak.

5.1.1 Nieuwe kwaliteitsmeting en -indicatoren

Normaliter leggen instellingen verantwoording af over de kwaliteit van zorg door middel van de Zorg Inhoudelijke indicatoren en de CQ-index. Daarnaast is het mogelijk op basis van een HKZ certificaat (niet verplicht in regelgeving) aan te tonen dat aan bepaalde kwaliteitseisen wordt voldaan. Ook moeten instellingen voldoen aan algemene eisen met betrekking tot veiligheid, waaronder de Hygiëncode op het gebied van voedselveiligheid.

¹² Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 31 765, nr. 50 (6 juli 2011)

Binnen de experimenten zijn er in de eerste plaats instellingen die de huidige kwaliteitsmeting hebben vereenvoudigd. Eén van de instellingen heeft een lichtere versie van de CQ ontwikkeld voor de doelgroep ouderen [Cordaan]. Een andere instelling heeft de vragenlijst voor cliënttevredenheid ingekort [ActiVite] en weer een ander is overgegaan op het digitaal meten van cliënttevredenheid via www.zorgkaartnederland.nl [Opella].

Daarnaast hebben instellingen die zijn vrijgesteld van bepaalde bestaande kwaliteitsindicatoren/-metingen hiervoor een alternatief hebben ontwikkeld. Er zijn 4 instellingen vrijgesteld van aanlevering van de Zorg Inhoudelijke indicatoren en de CQ-index [Abrona, De Hoven, Opella, De Drie Notenboomen]. Eén van deze instellingen geeft aan vrijgesteld te zijn van aanlevering voor HKZ [De Hoven]. Daarnaast zijn 3 instellingen die in het verleden de uitgebreide Hygiëncode voor zorginstellingen hanteerden, gebaseerd op de HACCP-systematiek, in het experiment overgestapt op de Hygiëncode voor woonvormen. Dit is een beperktere code, die is gebaseerd op goede hygiënische praktijken en niet op het HACCP-systeem [Abrona, De Hoven, Philadelphia]. In de praktijk betekent dit dat de professionals geen lijsten meer hoeven bij te houden rondom hygiëne. Tot slot is er een instelling die met betrekking tot medicatieveiligheid de Veldnorm 'Veilige principes voor de medicatieketen' toepast [Philadelphia].

Bovenstaande instellingen hebben gewerkt aan een nieuwe manier van kwaliteitsmeting of aan alternatieve indicatoren ter verantwoording, die in de plaats komen van de afgeschafte methoden en een basis leggen voor continue verbetering van de kwaliteit. Daarbij vormt een gedeelde visie op kwaliteit het uitgangspunt [oa Cordaan, Philadelphia]. Ook twee instellingen die niet waren vrijgesteld van de aanlevering van huidige kwaliteitsindicatoren hebben alternatieve werkwijzen ontwikkeld [Icare, Prisma].

Het uitgangspunt bij alle instellingen is dat de meting van kwaliteit moet aansluiten bij het primaire proces. Kwaliteit van zorg voor de cliënt ontstaat in de relatie tussen de professional en de cliënt en dient op dat niveau te worden gemeten. Daarbij gaat het niet zozeer om het voorkomen van ongewenste situaties (negatieve kwaliteit) maar vooral om het streven naar welbevinden (positieve kwaliteit). Daarnaast werkt een aantal intramurale instellingen met een zorgkantoor samen aan een nieuw instrument voor kwaliteitsmeting, dat is gebaseerd op de dialoog tussen cliënt en professional [Philadelphia, Cordaan]. Bij de gezamenlijke ontwikkeling van dit instrument blijkt dat de instrumenten die afzonderlijk door de instellingen zijn ontwikkeld qua thematiek niet veel van elkaar verschillen.

De instellingen die zijn gaan werken met de beperkte hygiëncode of op basis van de Veldnorm 'Veilige principes voor de medicatieketen' hebben veel aandacht besteed aan scholing van hun professionals [Abrona, Philadelphia, De Hoven] en hebben opleidingen op dat gebied ontwikkeld. Alle instellingen die een andere manier van kwaliteitsmeting hebben ontwikkeld, geven aan dat de focus is verschoven van het afvinken van lijsten naar het zorgen voor alertheid bij medewerkers en goed kijken naar de situatie van elke cliënt.

5.1.2 Effectievere sturing op kwaliteit

Er zijn zes instellingen die tijdens het experiment hebben gewerkt met een andere sturing op kwaliteit. De basis daarvan ligt in het creëren van een omgeving waarin wordt geleerd van incidenten en waarin daardoor vanzelf continue verbetering in de kwaliteit van zorg plaatsvindt.

De andere manier van sturen begint in het primaire proces bij het centraal stellen van de eigen kracht van de cliënt en de professional. In de dialoog tussen professional, cliënt en systeem wordt een bewuste afweging gemaakt van de wensen van de cliënt en de risico's die daarmee gepaard gaan. Daar waar in het verleden meer nadruk lag op het voorkomen van incidenten, ligt de nadruk in deze experimenten op het goed afwegen van wensen en risico's. In sommige gevallen leidt dit tot een moreel dilemma, omdat het verhogen van het welbevinden van een cliënt soms gepaard gaat met een hoger risico op een incident. De kunst is om in dit soort situaties in dialoog met de cliënt een bewuste afweging te maken van de voordelen en de risico's om zo de meest passende keuze te maken. Daarvoor is geen pasklaar antwoord en gaat het om openheid en zorgvuldigheid [JP van den Bent]. Dit proces kan er toe leiden dat bewust bepaalde risico's worden genomen, ook al wordt de kans op incidenten daarmee vergroot, omdat het de door de cliënt ervaren kwaliteit van leven vergroot.

Er zijn drie instellingen binnen ERAI die bovenstaande werkwijze expliciet noemen als onderdeel van hun experiment [JP van den Bent, Philadelphia, Prisma]. Eén van deze instellingen werkt daarbij op basis van registratie van verbeteracties in plaats van incidenten, zodat de leerervaring wordt versterkt [JP van den Bent]. De kwartaalrapportage aan de IGZ is bij deze instelling ook gebaseerd op verbeteracties in plaats van incidenten.

Een andere instelling is gaan werken met een integrale risicosignalering op cliëntniveau, waarbij de afspraken met de cliënt rondom zijn veiligheid compact zijn weergegeven op een A4 [Cordaan]. Het idee hiervan is dat alle relevante afspraken voor een specifieke cliënt overzichtelijk zijn weergegeven en dat niet allerlei verschillende lijsten moeten worden bijgehouden, waarvan een groot deel niet relevant is.

Naast leerervaringen op individueel niveau, werken instellingen ook aan het leervermogen op bovenliggende niveaus in de organisatie. De leerervaringen worden gedeeld in de teams zelf en een aantal instellingen geeft aan dat reflectie plaatsvindt op clusterniveau en in het beleidsteam [Philadelphia, Cordaan, JP van den Bent]. Daarnaast zijn twee instellingen gaan werken met interne audits, waarbij intercollegiale toetsing plaatsvindt [Opella, Philadelphia], en twee instellingen die andere afspraken hebben gemaakt met de IGZ rondom de inspectiebezoeken [Middin, Philadelphia]. Deze instellingen hebben aangegeven dat de IGZ geen aangekondigde inspectiebezoeken meer hoeven te doen, maar dat ze altijd onaangekondigd welkom zijn.

Om het sturen op kwaliteit gemakkelijker te maken, heeft een aantal instellingen een verbetering aangebracht in de ondersteuning op ICT gebied. Zo heeft een instelling het kwaliteitssysteem geïntegreerd in het ICT systeem, waardoor de gewenste informatie direct digitaal wordt vastgelegd en op elk moment te genereren is [Opella]. Een andere instelling heeft het cliëntproces van intake, matching, contractering, levering en afsluiting als basis genomen voor de inrichting van het elektronisch cliëntendossier (ECD), waardoor met eenmalige registratie 95% van de

informatievragen rondom indicatiestelling, zorginkoop, verantwoording en toezicht kunnen worden beantwoord [Prisma].

5.2 Effecten

5.2.1 Nieuwe kwaliteitsmeting en -indicatoren

De instellingen die hebben gewerkt aan een vereenvoudiging van de huidige kwaliteitsmeting geven alle drie aan dat de aanpassing het gewenste resultaat heeft opgeleverd. De op maat gemaakte CQ-index voor de doelgroep gehandicapten is beter passend en direct bruikbaar in het primaire proces [Cordaan]. Dit betekent dat op basis van de resultaten van de meting ook direct verbeteracties kunnen worden ingezet. De inkorting van de vragenlijst voor cliënttevredenheid door een andere instelling belast de terminale cliënt minder [ActiVite] en het overstappen op een digitale meting van cliënttevredenheid via een webapplicatie zorgt voor een aanmerkelijke kostenbesparing [Opella].

De instellingen die een eigen methodiek hebben ontwikkeld voor het meten van kwaliteit geven allemaal aan dat de nieuwe methodiek zorgt voor een meer betrouwbaar beeld van de kwaliteit van de zorg dan het beeld dat ontstaat op basis van de reguliere indicatoren [Abrona, Cordaan, De Hoven, Philadelphia, Prisma]. Door uit te gaan van de dialoog tussen professional en cliënt ontstaat een beeld van kwaliteit op de thema's waar het echt om gaat. Uiteindelijk gaat het om het welbevinden van de cliënt op de gebieden die voor hem van belang zijn. Een instelling geeft verder aan dat meting van cliënttevredenheid door de verantwoordelijke professionals tot betere informatie leidt dan meting door een onafhankelijk bureau [Abrona]. Dat heeft er mee te maken dat de betrokken professionals bekend zijn met de cliënt en dus weten op welke manier het beste met hem kan worden gecommuniceerd. Voor een buitenstaander, die niet dagelijks communiceert met bijvoorbeeld demente of verstandelijk gehandicapte cliënten, is het veel ingewikkelder om de gewenste informatie te achterhalen bij de betreffende doelgroep. Daar waar in het verleden geen meting plaats kon vinden door communicatieproblemen, is dat nu veel vaker wel mogelijk.

Het meten van cliënttevredenheid in de dialoog tussen cliënt en professional maakt het ook mogelijk om direct verbeteracties in te zetten waar dat nodig is, omdat de resultaten van de meting meteen in het primaire proces bekend zijn. Verder geeft een aantal instellingen aan het meten in de dialoog tussen cliënt en de verantwoordelijke professional ook zorgt voor intensivering van de relatie tussen hen beiden [Abrona, Philadelphia]. Door in gesprek te gaan over de ervaren kwaliteit van zorg, wordt meer tijd en aandacht besteed aan de cliënt.

De instellingen die zijn overgestapt op de lichtere Hygiëncode geven aan dat dit de professionals veel tijd bespaart en dat het veiligheidsbewustzijn erdoor wordt vergroot [Abrona, De Hoven, Philadelphia]. De aandacht gaat immers niet meer uit naar het afvinken van lijstjes, maar de professionals zijn meer alert op de daadwerkelijke hygiëne.

5.2.2 Effectievere sturing op kwaliteit

De instellingen die hebben aangegeven de afweging van risico's terug te leggen in het primaire proces, geven aan dat dit leidt tot een verhoogd welbevinden van de cliënt en een groter verbetervermogen van de organisatie [JP van den Bent,

Philadelphia, Prisma]. Doordat de professional meer ruimte krijgt om de zorg af te stemmen op en met de cliënt en zijn situatie, is er meer oog voor de risico's die er echt toe doen en heeft dit een positief effect op de kwaliteit van zorg.

Dit betekent echter niet dat er sprake is van 100% risicoloosheid. De instellingen geven aan dat dit bij de reguliere sturing op kwaliteit ook niet haalbaar is.

De nieuwe manier van werken leidt niet altijd tot het voorkomen van incidenten, maar leidt er wel toe dat cliënten een hoger welbevinden ervaren aangezien zij bewuster eigen keuzes mogen maken. Uiteraard is het van groot belang dat het proces waarin de dilemma's worden besproken met de cliënt en zijn familie en eventuele mantelzorgers in openheid en zorgvuldig verloopt. Indien zich dan daarna een incident voordoet, is het risico op het zich voordoen ervan bewust ter sprake gekomen.

De instelling die nadrukkelijk stuurt op verbeteracties geeft verder aan dat sinds de nieuwe manier van sturen een toename is geweest van het aantal verbeteracties en geeft aan dat dit duidt op een verhoogd leervermogen van de organisatie [JP van den Bent]. Het aantal verbeteracties is ook gestegen bij de instelling die het kwaliteitssysteem heeft geïntegreerd in het ICT systeem, doordat de informatie over kwaliteit direct beschikbaar is [Opella].

Voor bovenstaande instellingen en voor de instellingen die in hun kwaliteitsmeting aansluiten op het primaire proces geldt dat een hernieuwde motivatie is ontstaan bij de professionals rondom kwaliteit [Cordaan, Prisma]. Professionals zijn zich meer bewust van de betekenis van kwaliteit en ervaren de registratie die nog moet gebeuren als zinvol voor het primaire proces. Dit zorgt voor een reductie van de administratieve lastendruk [JP van den Bent, Philadelphia]. Een instelling geeft echter ook aan dat in de overgangsfase naar een regelarmere werkwijze het afschaffen van lijstjes juist leidt tot meer druk [Philadelphia]. Het weghalen van lijstjes betekent minder houvast en meer nadruk op het eigen oordeel. Deze instelling geeft het voorbeeld van een afdeling die tijdens het experiment is opgericht en waarbij gestart is met werken zonder regels. De eerste paar weken vroegen zowel medewerkers als cliënten om regels. Toen de werkwijze op de afdeling na 6 weken eenmaal was uitgekristalliseerd naar ieders tevredenheid, werd slechts 65% van de hoeveelheid regels gehanteerd vergeleken met afdelingen buiten het experiment.

Het streven van de betrokken instellingen is het leervermogen van hun organisatie te versterken en te sturen op indicatoren die een beter beeld geven van de werkelijke kwaliteit. Het blijkt echter lastig te zijn de wijze van verantwoording over kwaliteit aan te passen. Elke betrokken stakeholder wil aan zijn eigen verantwoordingseisen vasthouden en bepaalt zelf welke informatie daar voor nodig is. Een instelling heeft gedurende het experiment gepoogd om in overleg met de betrokken stakeholders te komen tot een basisset van gegevens voor de verantwoording [Prisma]. Dit bleek in de praktijk niet haalbaar te zijn en de instelling overlegt nu met alle stakeholders afzonderlijk. Een andere instelling geeft aan dat er spanning is ontstaan in het inkoopproces door de discussie over de kwaliteitsindicatoren [Abrona]. De instellingen binnen ERAI vinden het dan ook belangrijk om met elkaar meer massa te creëren voor een beweging naar een effectievere kwaliteitsverantwoording die is afgeleid van het primaire proces [De Hoven, Vitras].

5.3 Samenvattend

Uit de experimenten komen vier uitgangspunten naar voren, die interessant zijn voor de toekomstige ontwikkeling van kwaliteitsmeting en sturing op kwaliteit. Het gaat om:

- 1 Kwaliteit van zorg wordt gemeten in dialoog tussen professional en cliënt.
 - Door de kwaliteit te meten waar die ontstaat, zijn de resultaten van de meting direct om te zetten in verbeteracties in het primaire proces.
 - In dialoog ontstaat een beeld van kwaliteit op de thema's waar het echt om gaat.
 - Het afnemen van vragenlijsten door professionals met affiniteit met de doelgroep zorgt voor meer en betere informatie.
 - Evaluatie door de verantwoordelijke professionals leidt tot een intensivering van de onderlinge relatie tussen cliënt en professional.
- 2 Alertheid op kwaliteit en relevante risico's is waardevoller dan het afdekken van alle risico's.
 - Door een bewuste afweging te maken van risico's op individueel niveau, kunnen passende keuzes worden gemaakt in relatie tot het welbevinden van individuele cliënten.
 - Het gebruik van minder standaard protocollen zorgt voor een groter veiligheidsbewustzijn en daarmee voor een stijging van de kwaliteit van zorg.
 - De focus op slechts relevante risico's voor een cliënt zorgt voor minder administratieve belasting bij professionals als gevolg van tijdsbesparing en een hogere relevantie van de resterende administratie.
- 3 Verbetering van het leervermogen van organisaties is een basisvoorwaarde voor een andere sturing op kwaliteit.
 - Het uitgaan van verbeteracties motiveert meer dan het uitgaan van incidenten.
 - Een goede leercyclus op basis van opgedane ervaringen zorgt voor continue aandacht voor kwaliteit.
- 4 De verantwoording over kwaliteit sluit aan bij de informatie die relevant is voor het primaire proces.
 - Door uit te gaan van de kwaliteit in het primaire proces ontstaat een zo goed mogelijk beeld van de geleverde kwaliteit.
 - Er zijn geen overbodige administratieve lasten om aan de verantwoordingsplichten op dit gebied te kunnen voldoen.

Het hanteren van bovenstaande uitgangspunten betekent ook dat professionals minder houvast hebben en meer moeten uitgaan van hun eigen oordeel. Het is van belang om hier voldoende aandacht voor te hebben bij een transitie naar een andere werkwijze. Daarnaast betekent het anders omgaan met verantwoording over kwaliteit ook een verandering voor de werkwijze van zorgkantoren en de IGZ.

5.3.1 Handvatten voor andere zorgaanbieders

De experimenten leveren een aantal concrete handvatten op, die mogelijk ook voor andere instellingen interessant zijn. Het gaat dan om de volgende instrumenten en/of werkwijzen, waartoe elke instelling zelf het initiatief kan nemen:

- toepassing CQ licht voor de doelgroep ouderen [Cordaan];
- gebruik van ingekorte vragenlijst voor cliënttevredenheid bij terminale cliënten [ActiVite];
- via een webapplicatie meten van de cliënttevredenheid [Opella];
- hygiëncode voor woonvormen toepassen in plaats van HACCP in kleinschalige woonvormen [Abrona, De Hoven, Philadelphia];
- de Veldnorm 'Veilige principes voor de medicatieketen' toepassen [Philadelphia];
- registreren van verbeteracties [JP van den Bent];
- delen van leerervaringen in teams, op clusterniveau en in beleidsteams [Philadelphia, Cordaan, JP van den Bent];
- interne intercollegiale inzetten [Opella, Philadelphia];
- kwaliteitssysteem integreren in het ICT systeem [Opella];
- interne database inzetten voor invullen van externe informatievragen [Prisma].

6 Financiën in lijn met primair proces

De derde hoofdlijn die resulteert uit de evaluatie van ERAI, is dat de werkwijze rondom de bekostiging van zorg zoveel mogelijk in lijn moet zijn met het primaire proces. Veel instellingen hebben afspraken gemaakt met het zorgkantoor over een andere manier van bekostiging en/of een andere verantwoording van de ingezette middelen. Bestaande producten zijn vervangen door nieuwe en er is geëxperimenteerd met een vereenvoudiging van de gegevensuitwisseling.

Een voorwaarde aan de experimenten binnen ERAI was binnen de financiële kaders te blijven, zoals bepaald op basis van de beleidsregel Contracteerruimte AWBZ. Binnen deze kaders hebben de instellingen geëxperimenteerd met nieuwe werkwijzen op het gebied van bekostiging, die vaak gecombineerd zijn met het verleggen van indicatiestelling naar de professional en het werken vanuit een nieuwe visie. Uit de experimenten blijkt dat het geven van meer verantwoordelijkheid aan de instellingen en het bieden van meer flexibiliteit in de bekostiging zorgt voor een betere aansluiting bij het primaire proces en dat dit binnen de bestaande kaders kan worden gerealiseerd.

Dit hoofdstuk gaat in op de nieuwe werkwijzen die de instellingen binnen ERAI getoetst hebben met betrekking tot bekostiging, verantwoording over de financiële middelen richting het zorgkantoor en met betrekking tot overig berichtenverkeer.

6.1 Kernelementen experiment

6.1.1 Flexibiliteit in bekostiging

Eén van de meest voorkomende kernelementen in de experimenten is het aanbrengen van meer flexibiliteit in de bekostiging. Instellingen hebben hier op verschillende manieren vorm aan gegeven, mede afhankelijk van de afspraken die in de praktijk konden worden gemaakt met de betreffende zorgkantoren. In het algemeen is het doel van de gemaakte afspraken om te zorgen dat de juiste zorg op de juiste momenten kan worden ingezet, zonder dat er ongewenste restricties zijn in het type functie of het aantal uur per cliënt of per week. Het uitgangspunt is dat zorg wordt ingezet op de momenten dat het echt nodig is en dat de professional de vrijheid heeft om in dialoog met de cliënt te bespreken wat het meest passend is.

Afspraken rondom de flexibilisering in de bekostiging gaan binnen ERAI in veel gevallen samen met het stellen van de indicatie door de professional. Van de twaalf instellingen die in hun experiment andere bekostigingsafspraken hebben gemaakt, zijn er negen waarbij de indicatiestelling bij de professional is komen te liggen. De combinatie van deze kernelementen zorgt voor een wederzijdse versterking, omdat daarmee zowel aan de start van de zorg als tijdens de uitvoering van de zorg de autonomie bij de professional wordt vergroot.

Een eerste mogelijkheid die rondom flexibilisering in de bekostiging is onderzocht, is het loslaten van het onderscheid in functies. Dit type afspraken is gemaakt voor zorg in de extramurale setting. Er is een instelling die het onderscheid in functies heeft losgelaten, waardoor geen verschil meer bestaat in de vergoeding per uur en waardoor in de levering van zorg geen functies vastgelegd hoeven te worden [STZ]. Ook zijn er instellingen die één nieuwe uniforme zorgprestatie hanteren op uurbasis,

waarbij geen onderscheid naar functie wordt gemaakt. [Buurtzorg, Zorgboog, Icare] Voor deze prestaties is door de drie betreffende instellingen een tarief overeengekomen met het zorgkantoor en worden op de reguliere wijze volumeafspraken gemaakt.

Een tweede mogelijkheid die door drie andere instellingen is toegepast voor de extramurale setting, is het veranderen van uurprestaties in dag- of weekprestaties [ActiVite, Allertzorg, Vitras]. Daarbij is ook het onderscheid in functies losgelaten en is een bedrag overeengekomen met het zorgkantoor per cliënt per dag of per week. Het doel van deze afspraken is beter aan te kunnen sluiten bij de wisselingen in zorgbehoefte per cliënt, zodat meer zorg geleverd kan worden waar nodig en minder indien mogelijk. Deze instellingen registreren nog wel het werkelijk geleverd aantal uur per cliënt, onder meer voor aanlevering aan het CAK in verband met de eigen bijdrage. Deze drie instellingen gaan verschillend om met de facturatie van de zorg. Eén van deze instellingen factureert het afgesproken bedrag voor de weekprestatie [ActiVite], terwijl een andere instelling alleen de werkelijk geleverde uren factureert met als maximum het aantal uur in de dagprestatie [Allertzorg]. In dat eerste geval werkt de nieuwe prestatie als een lumpsum.

Het derde type van flexibilisering in de bekostiging dat is toegepast, betreft het maken van een lumpsum afspraak op jaarbasis. Er zijn eveneens drie instellingen die hiermee hebben geëxperimenteerd, zowel in de extramurale als intramurale setting [Abrona, Opella, Palet]. Het betreft in alle gevallen afspraken voor een jaarbudget voor de AWBZ, waarin geen onderscheid wordt gemaakt naar producten of functies. Bij één instelling is ook het budget voor cliënten met extreme zorgzwaarte opgenomen in de lumpsum afspraak [Abrona]. Daarnaast hebben twee van deze instellingen ook afspraken gemaakt met gemeenten over een lumpsum voor de Wmo [Opella, Palet]. Eén van deze instellingen geeft aan de tijdsregistratie door professionals te hebben losgelaten, terwijl een ander aangeeft dit nog wel vast te houden met het oog op interne stuurinformatie.

Vervolgens is er een instelling die de mogelijkheid heeft gekregen om 10% van de beschikbare middelen in te zetten voor niet-formele zorg. Dit zou het mogelijk moeten maken om alternatieve ondersteuning of activiteiten in te zetten voor cliënten, waarmee met minder kosten meer toegevoegde waarde geleverd zou kunnen worden. In de praktijk is dit element nog niet toegepast, aangezien de cultuurverandering die de basis hiervoor moet zijn nog niet voldoende is gerealiseerd [Vitras].

Tot slot is er één instelling die heeft afgesproken met het zorgkantoor en het CIZ dat er een maximale indicatie geldt voor alle door de professional geïndiceerde functies [Pantein]. Dit houdt in de praktijk in dat het onderscheid in functies is losgelaten en dat het aantal uur in de gestelde indicatie formeel geen belemmering is in de zorglevering. Hiermee komt de nadruk te liggen op de afspraken die de professional maakt in dialoog met de cliënt en zijn systeem.

Naast bovengenoemde experimenten waar het gaat om bekostiging in relatie tot de zorgkantoren heeft een instelling geëxperimenteerd met de aanpak 'klantvolgende bekostiging'. Zij maken in een offerte voor de cliënt verschillende financieringsstromen zichtbaar (inclusief de eigen bijdrage). Deze offerte geeft de cliënt meer inzicht in de keuzes en de financiële gevolgen ervan. Dit leidt tot meer regie van de klant en daarmee op sturing op de kosten.

6.1.2 Verantwoording richting zorgkantoor eenvoudiger

Een element dat in veel evaluatiegesprekken aan de orde is gekomen, is de verantwoording vanuit de instellingen naar de zorgkantoren. Er zijn zes instellingen die in het experiment op dit gebied een andere werkwijze hanteren. Het gaat dan om andere afspraken rondom het inkoopproces of andere afspraken over de verantwoording van de geleverde zorg, met als doel een reductie van de administratieve lasten.

Twee instellingen hebben afspraken gemaakt ter vereenvoudiging van het inkoopproces. Eén instelling [JP van den Bent] maakt met het zorgkantoor tariefafspraken op basis van slechts twee parameters: cliënttevredenheid en medewerkertevredenheid. Dit betekent een sterke reductie in informatie, op basis waarvan prijsafspraken worden gemaakt. Het uitgangspunt is dat de instelling bij onvoldoende score een bepaald percentage van het tarief krijgt en bij voldoende score een aantal procent meer. Het maximum tarief ligt echter nog altijd onder de landelijke 100%. Een andere instelling heeft een uniform inkoopformat ontwikkeld dat wordt gebruikt door alle betrokken zorgkantoren [Buurtzorg], waardoor er geen variatie meer is in informatie uitvraag ten behoeve van de inkoop. Deze instelling past daarnaast het OMAHA systeem toe voor het bieden van inzicht in de geleverde zorg en de kwaliteit daarvan. In dit systeem wordt een onderscheid gemaakt naar doelgroep en worden de geleverde zorg en de resultaten van de zorg per doelgroep in beeld gebracht. Hiermee wil de instelling de discussie mogelijk maken over verschillende doelgroepen om zo per doelgroep afspraken te kunnen maken bij de inkoop van zorg [Buurtzorg].

Ter vereenvoudiging van de verantwoording van de geleverde zorg zijn twee soorten afspraken gemaakt. In de eerste plaats betreft dit het afschaffen van de minuten- of urenverantwoording aan het zorgkantoor. Dit geldt in alle gevallen waar een lumpsum is afgesproken (op dag-/week-/jaarbasis). Daarnaast is er één instelling die de tijdsregistratie heeft losgelaten en het aantal uren declareert dat is opgenomen in het zorgplan in plaats van het geregistreerde aantal uur (zorgplan = realisatie) [Middin]. Het uitgangspunt daarbij is dat de cliënt en de mensen om hem heen goed op de hoogte zijn van de gemaakte afspraken in het zorgplan en aan de bel trekken op het moment dat hieraan niet wordt voldaan [Middin, Pantein]. In de tweede plaats is er een paar instellingen dat met het zorgkantoor heeft afgesproken om niet op individueel niveau verantwoording af te leggen over de geleverde zorg, maar op een geaggregeerd niveau [De Drie Notenboomen, De Hoven]. Dat betekent dat op het niveau van een huiskamer of op teamniveau verantwoording wordt afgelegd.

Verder voert één instelling (JP van den Bent) de productieregistratie- en verantwoording (AO-IC) niet volgens de regeling uit. De productie wordt gedeclareerd op basis van de individuele indicaties en bijbehorende werkelijke productie per cliënt, het interne werkproces is leidend en de accountant toetst deze processen. De controle sluit hierdoor aan op het primaire proces en levert een kwalitatieve toetsing op, naast winst in tijd. De verklaring van de accountant is gebaseerd op deze werkwijze.

6.1.3 Berichtenverkeer vereenvoudigd

Naast de verantwoording over de geleverde zorg, is er ook sprake van overig berichtenverkeer tussen de instellingen en stakeholders in het veld. Het betreft onder andere uitwisseling van informatie over het aantal cliënten in zorg en

informatie ten behoeve van de inning van de eigen bijdrage van cliënten door het CAK. Binnen ERAI heeft een aantal instellingen een nieuwe werkwijze afgesproken op dit gebied om de administratieve lasten te reduceren.

Er zijn 4 instellingen die vrijstelling hebben gekregen van meldingen aan het zorgkantoor over de aanvang van zorg, mutatie en einde van zorg [Buurtzorg, Palet, Zorgboog, Icare]. De gedachte hierachter is dat deze informatie ook beschikbaar is voor het zorgkantoor op basis van de declaraties. Er is één instelling die geen declaraties aan het zorgkantoor stuurt in verband met de gemaakte lumpsum afspraak. Deze instelling geeft het zorgkantoor inzicht in de betreffende informatie via de webportal Nedap [Palet].

Een zestal instellingen had de wens de gegevensaanlevering aan het CAK niet meer direct plaats te laten vinden, maar deze te laten verlopen via het declaratiebericht [Icare, Kwadrantgroep, Pantein, Opella, Zorgboog, Vitras]. Het grootste deel van deze instellingen neemt deel aan de 'Eigen bijdrage' pilot die hiervoor is ingericht. Deze pilot maakt geen onderdeel uit van ERAI en is apart geëvalueerd. Daarnaast zijn er instellingen waarbij de eigen bijdrage wordt gebaseerd op het aantal uur zorg dat is afgesproken met de cliënt op basis van het concept (zorg)plan is realisatie. Eén zorgaanbieder gaf aan het liefst zelf de eigen bijdrage te innen bij haar cliënten. Op deze manier zien cliënten de directe relatie tussen zorg en wat zij hieraan zelf moeten bijdragen en wordt de informatievoorziening begrijpelijker voor de doelgroep [JP van de Bent]. Hoewel een sympathiek idee was dit ten tijde van aanvang van het experiment een brug te ver, omdat dit op bezwaren ten aanzien van privacy stuitte en niet zonder wijziging van formele regelgeving haalbaar was.

In het berichtenverkeer speelt de AGB-code van instellingen en zorgkantoren een belangrijke rol voor de identificatie van de organisaties. Elke organisatie heeft zijn eigen AGB code, waaraan deze kan worden herkend. In de praktijk moet een instelling in het ICT systeem bij een cliënt aangeven aan welke AGB code de declaratie gestuurd moet worden. Daarbij kunnen voor elke verzekeraar verschillende AGB codes gelden per zorgkantoor. In de praktijk is het vaak ingewikkeld om het juiste zorgkantoor te selecteren op basis van de omschrijving die bij de codes hoort. Eén instelling binnen ERAI heeft om die reden gestreefd naar het hanteren van één enkele AGB code voor het hele experiment [Buurtzorg]. Omdat dat niet haalbaar bleek te zijn, is men gekomen tot het afspreken van één AGB code voor alle zorgkantoren van een verzekeraar. Dit betekent een sterke reductie in het aantal te gebruiken AGB codes.

Een instelling heeft met het zorgkantoor afspraken gemaakte over verruiming van de termijnen van de aanvraag aangepaste toewijzing (AAT) in het berichtenverkeer. Deze zijn verruimd van drie maanden tot in sommige gevallen vijf jaar [Prisma].

6.2 Effecten

6.2.1 Meer flexibiliteit in bekostiging

Als we kijken naar de resultaten van de experimenten bij de twaalf instellingen die flexibeler afspraken hebben gemaakt op het gebied van de bekostiging, valt op dat negen van deze instellingen aangeven dat een reductie in het zorgvolume heeft plaatsgevonden [Allerzorg, Icare, Middin, Palet, Vitras, Zorgboog, Pantein, Opella, ActiVite]. Bij de andere drie instellingen is het resultaat op dit punt niet gemeten of gelijk gebleven.[Abrona, Buurtzorg, STZ].

Een aantal instellingen geeft een cijfermatig resultaat aan. Drie van deze instellingen zijn overgestapt op lumpsum bekostiging en rapporteren respectievelijk: een reductie in het zorgvolume van 18% [Palet], een reductie in het aantal uur per cliënt van 19% [ActiVite] en een stijging van het aantal geholpen cliënten binnen hetzelfde budget van 9,3% [Opella]. Een instelling die is overgestapt op een uniforme zorgprestatie met een dagvergoeding per cliënt, geeft aan dat slechts 90% van de indicaties is benut [Allerzorg]. Bij de interpretatie van deze cijfers is het van belang dat bij elk van deze instellingen naast de flexibilisering ook andere kernelementen zijn toegepast in het experiment. Dat betreft in vrijwel alle gevallen het stellen van de indicatie door de professional en een andere manier van werken die meer is gebaseerd op eigen kracht.

Er zijn zes instellingen die aangeven een reductie van administratieve lasten te ervaren als gevolg van de flexibilisering van de bekostiging in de extramurale setting [Vitras, Middin, Allerzorg, Icare, ActiVite, Zorgboog]. Dit heeft met name te maken met het opheffen van het onderscheid in functies en/of het onderscheid in prestaties. Hierdoor zijn professionals minder tijd kwijt aan de registratie van de geleverde zorg en het zo nodig achteraf corrigeren van de registratie waardoor meer tijd over is voor het verlenen van zorg aan cliënten. Daarnaast geven instellingen aan dat het opheffen van de tijdregistratie een reductie van administratieve lasten betekent. Dat is onder andere het geval bij de instellingen die werken op basis van zorgplan = realisatie [o.a. Middin, Opella].

Over het geheel genomen is een reductie in de administratieve lasten slechts bij vier van de twaalf instellingen opgetreden. Dat wordt veroorzaakt door het feit dat enkele instellingen een stijging in administratieve lasten merken als gevolg van knelpunten bij de indicatiestelling [Abrona, STZ], rondom het berichtenverkeer [Middin] en als gevolg van het feit dat het experiment een onderdeel van een organisatie betreft [Vitras] en een uitzondering is op de reguliere werkwijze [Buurtzorg, Icare]. Een instelling geeft ook aan nog steeds tijd te moeten registreren in verband met de inning van de eigen bijdrage, terwijl een lumpsum is afgesproken per cliënt per week. Hierdoor is de tijdswinst die op zou kunnen treden niet gerealiseerd [ActiVite].

Bij tien van de twaalf instellingen is de medewerkertevredenheid gestegen [Abrona, ActiVite, Allerzorg, Buurtzorg, Icare, Middin, Palet, STZ, Vitras, Zorgboog] en bij twee instellingen is het effect op dit punt niet expliciet benoemd [Pantein, Opella]. Er is één instelling die aangeeft dat de medewerkertevredenheid is gedaald. De instelling geeft aan dat dat niet komt door de gemaakte bekostigingsafspraken.

Zoals eerder gezegd is het doel van de gemaakte afspraken in algemene zin om te zorgen dat de juiste zorg op de juiste momenten kan worden ingezet, zonder dat er ongewenste restricties zijn in het type functie of het aantal uur per cliënt of per week. De verwachting is dan ook dat dit de cliënttevredenheid ten goede komt. Drie instellingen met een experiment in de extramurale setting geven aan dat door de gemaakte afspraken beter kan worden aangesloten bij de behoefte van de cliënt en dat maatwerk kan worden geboden [STZ, De Drie Notenboomen, ActiVite]. Eén van deze instellingen vertelt dat het door het opheffen van het onderscheid in functies nu voor een wijkverpleegkundige mogelijk is om vaker langs te gaan bij een cliënt en met een helicopterview te kijken of de zorg nog wel passend is [STZ]. Daarnaast ervaart een aantal instellingen het opheffen van het maximum aantal uren zorg per week als een belangrijk element om de zorg te kunnen leveren die nodig is. Zo is het nu mogelijk om aan de start van een zorgtraject intensievere zorg te verlenen, om binnen een paar weken af te kunnen bouwen en uit te komen op een lagere

intensiteit dan voorheen [Pantein, Icare, Zorgboog]. In de palliatieve zorg werkt dit vaak andersom. Daar willen cliënten en hun mantelzorgers in de beginfase van de thuiszorg vaak nog zoveel mogelijk zelf doen, terwijl in een later stadium vaak 24-uurszorg nodig is. Nu het mogelijk is om de zorg flexibeler in te zetten op de momenten dat het nodig is, ontvangt niet alleen de cliënt de zorg die hij nodig heeft op het moment dat hij deze nodig heeft, maar kunnen ook de mantelzorgers hun ondersteuning langer volhouden. Dit heeft uiteraard een positief effect op het zorgvolume [ActiVite, Allertzorg].

6.2.2 Verantwoording richting zorgkantoor eenvoudiger

Door de 2 instellingen met experimenten die betrekking hebben op de vereenvoudiging van het inkoopproces, wordt een sterke reductie van administratieve lasten gerapporteerd. De ene instelling geeft een reductie van 50% aan in de tijd die voorafgaand aan het experiment werd besteed aan het inkoopproces [JP van den Bent]. De andere instelling geeft aan een bedrag van € 40.000 op jaarbasis te besparen door het gebruik van een uniform inkoopformat [Buurtzorg]. Het inkoopproces is volgens deze instelling gereduceerd van een doorlooptijd van vier weken naar een doorlooptijd van één week en door geen rekening te hoeven houden met regio-specifieke variabelen is daarnaast een besparing van 0,5 fte mogelijk geweest.

De 2 instellingen met experimenten die betrekking hebben op de vereenvoudiging van de verantwoording van de geleverde zorg geven aan geen reductie van administratieve lasten te realiseren. Dat heeft te maken met nog altijd bestaande administratieve lasten als gevolg van een eigen administratief systeem en van het berichtenverkeer [Middin, Pantein]. Van de instellingen die experimenteren met een hoger aggregatieniveau van rapportage zijn hiervan geen effecten bekend [De Drie Notenboomen, De Hoven].

De betreffende instellingen geven aan dat de zorgkantoren het belangrijk vinden om goed verantwoording af te kunnen leggen over hun taak aan de NZa. Daardoor willen ze graag voldoende gegevens van de instellingen ontvangen om aan de aan hen gestelde eisen te kunnen voldoen. In de praktijk komt het erop neer dat het erg afhankelijk is van de relatie met de contactpersoon bij het zorgkantoor welke afspraken mogelijk zijn. Daarbij komt dat een reductie van het takenpakket van het zorgkantoor mogelijk leidt tot een verlies van werkgelegenheid en dat werkt als belemmering voor een verdere reductie van administratieve lasten.

Ook bij instellingen die in het experiment geen kernelement hebben getoetst met betrekking tot de inkoop, is het inkoopproces tijdens de gesprekken aan de orde geweest. Verschillende instellingen geven aan dat het jaarlijkse inkoopproces erg veel tijd kost en onzekerheid oplevert [Abrona, Allertzorg, Philadelphia, Vitras]. Daarbij komt dat de eisen van zorgkantoren voor het nieuwe jaar vaak pas een half jaar voor de start van het nieuwe jaar bekend worden gemaakt, waardoor het voor instellingen erg ingewikkeld is op tijd aan de nieuwe eisen te voldoen [Abrona]. Aanpassing van de systemen levert veel aanvullende kosten op, terwijl het niet voldoen aan de eisen een korting op het budget oplevert.

6.2.3 Berichtenverkeer vereenvoudigd

De instellingen die zijn vrijgesteld van meldingen over aanvang, mutatie en einde van zorg geven aan dat de voordelen van deze werkwijze beperkt zijn, mede

doordat het een uitzondering betreft op de reguliere werkwijze [Icare, Buurtzorg, Palet, Zorgboog]. Een instelling geeft aan door ketenafhankelijkheden toch vaak melding te hebben gemaakt, ondanks het feit dat ze ervan waren vrijgesteld [Buurtzorg]. Daarnaast speelt mee dat de AW319 declaratie om veel informatie vraagt, die ondanks de vrijstelling van de meldingen toch vastgelegd moet blijven worden [Buurtzorg]. Daarbij komt dat het landelijke AZR format verschillend wordt toegepast door verschillende zorgkantoren[Buurtzorg].

De instellingen willen het berichtenverkeer graag verder vereenvoudigen, maar lopen tegen de bestaande afhankelijkheden aan. Elke stakeholder in het proces overziet slechts een klein onderdeel van het geheel, waarbij ook de onderlinge belangen verschillen [Middin]. Elke stakeholder wil zo goed mogelijk voldoen aan de verantwoordingseisen die voor die organisaties gelden, waardoor de behoefte aan informatie in de keten steeds groter wordt. In de praktijk blijken binnen ERAI dan ook slechts kleine stapjes mogelijk te zijn ter vereenvoudiging van het berichtenverkeer [Icare]. Instellingen verwachten een veel grotere daling in administratieve lasten op het moment dat een landelijke vereenvoudiging plaatsvindt [Buurtzorg, Icare].

Voor zover de vereenvoudiging van het berichtenverkeer betrekking heeft op de aanlevering van de eigen bijdrage op basis van de Vecozo pilot, verwijzen we naar de evaluatie van die pilot. En de instelling die is gaan werken met één AGB code per zorgkantoor geeft tot slot aan dat dit een sterke vereenvoudiging heeft opgeleverd. Wel merkt deze instelling op dat het wijzigen van de AGB code een bijzonder ingewikkeld proces is gebleken, dat sterk vereenvoudigd zou kunnen worden [Buurtzorg].

6.3 Samenvattend

Uit de experimenten komt een aantal uitgangspunten naar voren, dat van belang is met het oog op de toekomst:

- 1 De wijze van bekostiging mag geen belemmering zijn voor effectieve en doelmatige zorgverlening.
 - Door voldoende ruimte te laten in de eenheid van bekostiging (uur/dag/week/jaar/cliënt), kan de professional in dialoog met de cliënt bepalen op welk moment zorg het best kan worden ingezet om zoveel mogelijk toegevoegde waarde per euro te bieden.
 - Mantelzorgers kunnen hun ondersteuning langer volhouden op het moment dat formele zorg ingezet kan worden op de momenten dat dat nodig is.
- 2 Bekostiging vindt plaats op een zo hoog mogelijk detailniveau.
 - Het loslaten van het onderscheid in functies zorgt voor een daling van administratieve lasten en meer vrijheid om de zorg aan te laten sluiten bij de situatie van de cliënt.
 - Verantwoording van middelen op geaggregeerd niveau brengt minder administratieve lasten met zich mee dan verantwoording op individueel cliëntniveau.
- 3 Verantwoording over ingezette middelen vindt op uniforme wijze plaats.
 - Door het gebruik van een uniform format voor zorginkoop en voor het overige berichtenverkeer is een grote administratieve lastenreductie mogelijk

- 4 Gegevensuitvraag ten behoeve van zorginkoop is beperkt tot relevante informatie.
 - Het terugbrengen van de informatie-uitvraag rondom zorginkoop naar een beperkt aantal indicatoren op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid leidt tot een grote reductie van administratieve lasten.
- 5 Inzicht in de kosten voor de cliënt kan leiden tot meer regie en minder kosten
 - Door het gebruik van een offerte die de verschillende financieringsstromen (inclusief eigen bijdrage) inzichtelijk maakt kan de cliënt bewust keuzes maken.

Uit de experimenten blijkt dat een aanpassing van de reguliere werkwijze voor een beperkte groep instellingen of cliënten allerlei technische knelpunten met zich meebrengt, die met een landelijke invoering niet aan de orde zouden zijn. Daarnaast laat ERAI zien dat een enorme hoeveelheid afhankelijkheden bestaat in de keten, waardoor het vereenvoudigen van de administratieve processen bijzonder ingewikkeld is. Tot slot speelt mee dat een reductie van administratieve lasten ook een reductie aan werkgelegenheid met zich meebrengt, zowel bij zorgaanbieders als bij de stakeholders. De angst hiervoor werkt vertragend op de vereenvoudiging van het systeem.

6.3.1 Handvatten voor andere zorgaanbieders

Op het gebied van bekostiging en/of een andere verantwoording van de ingezette middelen is er een concreet handvat waar andere instellingen direct mee aan de slag zouden kunnen gaan, namelijk het in een offerte inzichtelijk maken van alle financieringsstromen en keuzes voor de cliënt [Opella].

Alle andere elementen die in de experimenten terugkomen, hebben vooral betrekking op de afspraken met de zorgkantoren en andere stakeholders.

7 Conclusie

Deze tussenevaluatie heeft de experimenten opgedeeld in afzonderlijke elementen en deze beschreven. Dit is echter niet het 'echte' verhaal van ERAI. ERAI is het verhaal van de mensen achter de experimenten. De cliënt wiens welbevinden is verbeterd door een andere kijk op zorg van de professional. De professional die meer in de eigen kracht wordt gezet.

De intentie achter ERAI is inzichtelijk te maken welke mogelijkheden er bestaan om overbodige administratieve lasten weg te nemen. Experimenterende zorgaanbieders hebben binnen de eigen organisatie zeer inspirerende veranderingen teweeg gebracht, die voor andere instellingen erg waardevol kunnen zijn. De basis van deze veranderingen ligt in het centraal stellen van de cliënt. De cliënt moet naar vermogen de regie kunnen voeren over zijn eigen leven, binnen of buiten een zorginstelling. De professional moet binnen de kaders van verantwoorde zorg voldoende ruimte krijgen binnen de organisatie om de cliënt hierbij te helpen.

Zorgaanbieders hebben geëxperimenteerd op basis van een visie die veelal heeft geleid tot een cultuuromslag. Daarbij is het van belang dat de visie wordt uitgedragen door het bestuur en op alle niveaus in een organisatie wordt gedeeld. Uit de experimenten komen verschillende praktische voorbeelden naar voren met betrekking tot het vereenvoudigen van protocollen en procedures, het versterken van de communicatie met de cliënt en zijn systeem en het vereenvoudigen van het zorginkoopproces in overleg met het zorgkantoor.

Uit de experimenten blijkt echter ook dat een deel van de administratieve lastenverlichting niet door instellingen zelf kan worden gerealiseerd. Op het gebied van toegang tot formele zorg, verantwoording over kwaliteit, de wijze van bekostiging en berichtenverkeer heeft de bestaande wet- en regelgeving, maar vooral de lagere regelgeving een grote impact. De experimenten laten zien dat richtlijnen en vaste werkwijzen innovatie belemmert en dat het afschaffen of verruimen van bepaalde regels kan leiden tot een hogere kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Instellingen laten zien dat het mogelijk is meer zorg per euro te leveren, een stijgende cliënt- en medewerkertevredenheid te realiseren en op een andere wijze verantwoording af te leggen over de geleverde zorg die meer aansluit bij het primaire proces.

In het algemeen geldt dat de deelnemende instellingen zich door ERAI meer bewust zijn geworden van de bestaande bewegingsruimte om te komen tot betere en efficiëntere zorg. Elke instelling heeft deze ruimte ingevuld op een manier die aansluit bij de situatie waarin de organisatie zich bevindt. Instellingen die intern nog veel administratieve complexiteit tegenkwamen, hebben zich in eerste instantie vooral gericht op het vereenvoudigen van de interne processen. Andere instellingen hebben gefocust op de administratieve lasten die in de keten optreden in de contacten met de stakeholders, zoals de zorgkantoren, het CIZ of de IGZ.

Naast alle mogelijkheden die ERAI laat zien voor reductie van administratieve lasten, is de conclusie dat experimenteren op bepaalde gebieden extra administratieve lasten met zich mee brengt. Doordat het ERAI experiment een uitzondering is op de reguliere situatie en er veel onderlinge afhankelijkheden bestaan, treden vaak technische knelpunten op en ontstaan soms knelpunten in de

afstemming met stakeholders.

Een uitgangspunt van ERAI was het uitgaan van vertrouwen. De verantwoordelijkheid voor kwaliteit en doelmatigheid zou in eerste instantie komen te liggen bij de professional en instelling zelf. Daarbij werd het idee van 'high trust, high penalty' gehanteerd. In de praktijk blijkt dit principe moeilijk te realiseren. Dit heeft ermee te maken dat ERAI plaatsvindt binnen een systeem dat niet is ingericht op basis van dit principe. Dat betekent dat de betrokken stakeholders eigen verantwoordings-eisen kennen en daar graag aan willen voldoen. Ook speelt mee dat elke partij een eigen referentiekader kent, waardoor het soms lastig blijkt een gezamenlijk belang voor ogen te houden. Het opzij zetten van eigen belang, het voorop stellen van de cliënt en de professional en het overstijgen van organisatiegrenzen is een randvoorwaarde voor het realiseren van een grotere administratieve lastenreductie in de toekomst.

Regelarm werken betekent kritisch kijken naar het doel en het functioneren van de eigen organisatie en meebewegen met maatschappelijke ontwikkelingen. Dit betekent vaak het loslaten van oude patronen. De instellingen zijn de uitdaging hiervoor aangegaan met hun experiment en in vrijwel alle gevallen is een onomkeerbare cultuurverandering ingezet. Deze verandering vraagt veel van de betrokken professionals, van hen wordt een andere houding verwacht. En hoe simpel sommige werkwijzen uit het experiment ook lijken, zo ingewikkeld zijn ze om daadwerkelijk in de praktijk te brengen. Zoals een instelling vertelt 'lijken de veranderingen die hebben plaatsgevonden eenvoudig, maar zijn het wel knoppen die om moeten' [Abrona]. Alleen door de benodigde verandering bespreekbaar te maken op alle niveaus in een organisatie en hier ook vanuit de Raad van Bestuur expliciet steun aan te geven, is het mogelijk de benodigde cultuurverandering te realiseren.

Uiteindelijk gaat het erom dat alle partijen in de zorgketen een lerend systeem met elkaar creëren, dat is gebaseerd op een constructief kritische dialoog en wederzijds vertrouwen.

De hervormingen die nu gaande zijn betekenen voor de zorgaanbieders een uitdaging waarbij nog veel onzeker is. Een fase die om creativiteit en flexibiliteit vraagt. Twee eigenschappen waar zij ook in de experimenten veelvuldig gebruik van hebben gemaakt. Maar het biedt zeker ook kansen waarbij het van belang is samen te werken en initiatief te tonen.

