

**Evaluatie experimenten regelarme  
instellingen (ERA) in opdracht van  
ActiZ**

Evaluatie experimenten regelarme instellingen  
(ERAI) in opdracht van ActiZ

Enschede, 20 februari 2014  
PJ/14/0260/erai

dr. Patrick Jansen  
ir. Susan Veldhuis

## Inhoudsopgave

Samenvatting .....	3
1. Inleiding .....	4
1.1 Doelstelling .....	4
1.2 Onderzoeksaanpak .....	5
1.3 Leeswijzer .....	5
2. Overzicht experimenten .....	6
2.1 Overzicht instellingen .....	6
3. Resultaten en ervaringen .....	9
3.1 Overzicht van aandachtspunten .....	9
3.2 Beschrijving van resultaten en ervaringen .....	9
4. Beschouwing .....	17
Bijlage 1. Nadere omschrijving van de experimenten .....	19

## Samenvatting

Om een beeld te krijgen van de ervaringen binnen de Experimenten Regelarme Instellingen (ERAI) in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) is in opdracht van ActiZ bij 15 van haar leden een evaluatie verricht. Deze evaluatie biedt inzicht in de aspecten die relevant zijn om te borgen in het kader van de grote veranderingen de komende jaren in de zorgsector.

De experimenten zijn ingezet om met een vermindering van administratieve lasten meer tijd en welbevinden te realiseren voor cliënten. Alle experimenten leiden tot een grote cultuurverandering (omslag naar ontzorgen), ondanks dat er nog maar weinig of zelfs negatieve effecten zichtbaar zijn op het gebied van administratieve lasten. Vanuit de mogelijkheden van de cliënt wordt integraal gekeken naar de werkelijke zorgbehoefte en de noodzakelijke zorg en ondersteuning.

Door de regie en verantwoordelijkheid rondom de zorg bij de zorgprofessional neer te leggen, zijn zowel medewerkers als cliënten meer tevreden en wordt de zorg doelmatig georganiseerd. Zorgorganisaties zien, in de eigen administratie, dat bovendien minder zorg wordt geleverd dan voorheen.

De samenwerking met de ketenpartners, zoals het zorgkantoor, CIZ, CAK en gemeenten is in de meeste regio's verbeterd door kennisdeling en samenwerkingsafspraken. Maar de experimenten maken ook duidelijk dat de ketenpartners tegen diverse wetten en regels aanlopen die belemmerend doorwerken naar de zorgorganisaties. Daarnaast bestaan er allerlei uitzonderingssituaties waardoor het nog niet is gelukt om voor alle cliënten organisatie-breed echt regelarm te werken. Het is goed, dat alle experimenten 'bottom-up' zijn gestart en vormgegeven, maar de ervaringen maken duidelijk dat een fundamentele verandering alleen mogelijk is als ook 'top down' de wet- en regelgeving wordt aangepast.

Binnen de zorgorganisaties vergroten de experimenten de bewustwording dat verandering mogelijk is. De resultaten passen volledig binnen de doelstelling van de diverse transitie die momenteel plaatsvinden in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De evaluatie maakt duidelijk dat het een brede opgave is voor ActiZ, haar leden, landelijke en gemeentelijke overheden en verschillende stakeholders (zoals CIZ en zorgkantoren) om de processen die met de experimenten in gang zijn gezet, te borgen en een vervolg te geven. De essentie bestaat uit het realiseren van een cultuurverandering en het weer in de kracht zetten van professionals.

## 1. Inleiding

Mensen die in de zorg werken, willen in de eerste plaats zorg verlenen, geen formulieren invullen. Toch gaat veel tijd op aan administratieve handelingen en blijft er weinig tijd over voor de cliënt. Gemiddeld besteden zorgprofessionals 60% van hun werkdag aan directe zorgtaken en 40% aan administratieve taken<sup>1</sup>. Minder tijd voor administratie betekent meer tijd voor de cliënt. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) agendeert deze bureaucratie in de langdurige zorg nadrukkelijk door het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI).

Aan het Experiment Regelarme Instellingen namen 28 organisaties deel. Zij kregen de mogelijkheid om beter en praktischer te werken. Hiermee wil het departement ook de circa 700 meldingen van hinderende wet- en regelgeving oplossen, die de afgelopen jaren bij VWS zijn ingediend. De experimenten moeten aantonen welke regels overbodig zijn en mogelijk kunnen worden geschrapt.

Om de resultaten van de experimenten aan te tonen evalueert elke aanbieder zijn eigen experiment, op basis van eigen criteria. Daarnaast organiseert het ministerie van VWS regelmatig bijeenkomsten voor alle organisaties die meedoen aan de experimenten en voor landelijke stakeholders en brancheorganisaties.

ActiZ heeft bureau HHM gevraagd om bij haar leden die meedoen aan ERAI te inventariseren wat de ervaringen zijn.

### 1.1 Doelstelling

Het doel van deze evaluatie is inzicht verkrijgen in de opgedane ervaringen binnen de ERAI-experimenten in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT), die ActiZ kan gebruiken:

- voor een passende belangenbehartiging en bijdrage aan de landelijke beleidsontwikkelingen binnen de zorg,
- in samenhang met de lokale/regionale belangenbehartiging door haar leden,
- in het licht van de grote systeemwijzigingen die in aantocht zijn,
- om in te zetten in de communicatie met het ministerie van VWS voor de landelijke beleidsontwikkeling.

De evaluatie is gericht op het in beeld brengen van zowel de (tussen) resultaten van de experimenten als de ervaringen van de deelnemende ActiZ-leden.

---

<sup>1</sup> Invoorzorg. Op weg naar minder administratieve lasten. Standaardisatie van informatievragen van concessiehouders voor de vermindering van administratieve lasten voor zorgaanbieders (2011).

## 1.2 Onderzoeksaanpak

De evaluatie hebben we opgedeeld in vier fasen.

### Fase 1. Overzicht experimenten

Om de achtergrond van de experimenten te verkennen, is deskresearch uitgevoerd. Hierdoor hebben we de aanleiding, doelstelling en omvang van de experimenten uitgevoerd door ActiZ-leden scherp gekregen. Van de 28 experimenten worden 15 experimenten uitgevoerd door ActiZ-leden.

### Fase 2. Inventarisatie ervaringen

Om de resultaten en ervaringen van de experimenten in kaart te brengen zijn interviews afgenomen met een aantal betrokken personen (projectleider, teamleider, inhoudsdeskundige) van de deelnemende zorgorganisaties. Bij deze interviews was steeds een beleidsmedewerker van ActiZ aanwezig. De interviews geven zicht op de resultaten van en ervaringen met het experiment. Tevens is ingezoomd op punten die volgens de instellingen vanuit het experiment geborgd moeten worden binnen de langdurige zorg. In totaal zijn er 15 interviews afgenomen.

### Fase 3. Terugkoppeling ervaringen

De uitkomsten zijn in een plenaire bijeenkomst aan de deelnemers teruggekoppeld. Tijdens deze bijeenkomst is, naast het delen van de resultaten, aandacht besteed aan het concretiseren en prioriteren van de ervaringen, in samenspraak met de zorgorganisaties. ActiZ kan deze ervaringen gebruiken in haar belangenbehartiging en communicatie naar VWS en andere partijen. De leden van ActiZ kunnen deze ervaringen gebruiken ter versterking van de eigen rolinvulling. Het functioneel verbinden van de landelijke en lokale belangenbehartiging is een belangrijk onderdeel bij de transities.

### Fase 4. Rapportage

De resultaten en ervaringen van de experimenten zijn in deze rapportage verwerkt en in conceptvorm voorgelegd aan ActiZ en de ERAI-deelnemers, waarna nog enkele aanpassingen zijn gedaan. De rapportage geeft allereerst inzicht in de resultaten van en ervaringen met de experimenten. Tevens geeft deze inzicht in de belangrijke onderwerpen voor de belangenbehartiging van ActiZ: welke thema's willen de leden van ActiZ borgen, wat wil men veranderen in de nieuwe wet- en regelgeving en waar willen de leden van ActiZ van af?

## 1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft op hoofdlijnen een overzicht van de onderwerpen waarop de 15 verschillende experimenten zich richten. De ervaringen en enkele uitgangspunten die uit de experimenten naar voren komen in hoofdstuk 3 aan bod. Op basis van deze resultaten beschrijft hoofdstuk 4 de acties die de zorgorganisaties, ActiZ, overheden en stakeholders kunnen verrichten om de werkwijzen, die hebben geleid tot positieve ervaringen, te borgen in de toekomstige ontwikkelingen van de zorg.

## 2. Overzicht experimenten

In dit hoofdstuk gaan we nader in op een toedeling van de 15 experimenten naar de volgende thema's: toegang, bekostiging, zorgstelsel, kwaliteit en berichtenverkeer.

### 2.1 Overzicht instellingen

In tabel 1 presenteren we een overzicht van de instellingen die deelnemen aan de regelarme experimenten (en lid zijn van ActiZ). Deze beschrijving is gebaseerd op informatie uit de Go-brieven van VWS en opmerkingen die we naar aanleiding van de interviews hebben gekregen van de deelnemers. In bijlage 1 is per experiment een uitgebreidere beschrijving opgenomen. Het betreft 15 ActiZ-leden waarbij tijdens de start van de evaluatie (zomer 2013) sprake was van een ERAI-experiment. Per zorgorganisaties is aangegeven welke thema's centraal staan.

Zorgorganisatie	Korte beschrijving van het experiment	Thema
1. Vilente	Proces van indicatiestellen versnellen om zo sneller de gewenste en noodzakelijke zorg te kunnen leveren.	Toegang
2. Palet	Integrale bepaling van zorg en ondersteuningsbehoefte (AWBZ en Wmo) van de wijk Leeuwarden-West.	Zorgstelsel Toegang Bekostiging
3. De Hoven	Met 'Zorg zonder Regels' wil De Hoven hun beproefde andere manier van werken voortzetten om zo het welbevinden van hun cliënten te stimuleren. Medewerkers krijgen meer regie en eigen verantwoordelijkheid om hun werk invulling te geven.	Toegang Kwaliteit
4. Kwadrantgroep	De Kwadrantgroep wil door het verminderen van administratieve lasten rondom het indicatieproces en AZR de zorgvraag van cliënt en de vrijheid voor de medewerkers meer centraal stellen.	Toegang Kwaliteit Berichtenverkeer
5. Marente	Marente wil door het verminderen van administratieve lasten rondom het indicatieproces en AZR de zorgvraag van de cliënt en de vrijheid voor de medewerkers meer centraal stellen.	Toegang Kwaliteit Berichtenverkeer
6. Pantein <sup>2</sup>	Pantein wil het zorgproces efficiënter maken door indicatie gerelateerde activiteiten te reduceren en de verantwoordelijkheid voor de zorgbehoefte bepaling bij zorgcoördinatoren (wijkverpleegkundigen) te leggen. Sinds 1-1-2014 is de indicatiestelling teruggelegd bij het CIZ, waarbij de aanvraag wordt voorbereid door de wijkverpleegkundige.	Toegang Berichtenverkeer
7. Buurtzorg NL	Buurtzorg Nederland wil de bureaucratie verminderen door het aantal producten te verminderen tot 1 dat wordt gebruikt in de gehele keten waarbij meer informatie over de ingezette interventies en bereikte resultaten wordt geleverd op basis van het Omaha-systeem.	Bekostiging Berichtenverkeer Toegang Kwaliteit

<sup>2</sup> Het Experiment bij Pantein is per 1-1-2014 gewijzigd naar 'zorgplan = realisatie'.

Zorgorganisatie	Korte beschrijving van het experiment	Thema
8. Vitras CMD	Vitras CMD gaat aan de slag met een vereenvoudigd proces van indicatiestelling, een innovatief aanbod van zorg- en hulpverlening en een vereenvoudigde wijze van verantwoording naar het zorgkantoor.	Toegang Kwaliteit
9. ActiVite	In het experiment levert ActiVite palliatieve zorg op maat in de thuissituatie, op basis van de wensen en behoeften van hun cliënten.	Kwaliteit
10. De Zorgboog	De Zorgboog wil voor de thuiszorg de wijkverpleegkundige de spin-in-het-web functie in de wijk terug geven. De cliënt wordt daarbij maximaal in de 'eigen kracht' gezet waardoor de inzet van professionele zorg tot het minimaal noodzakelijke beperkt kan blijven. In het experiment wil De Zorgboog de toegang tot de omvang van de zorg niet laten bepalen door het CIZ maar door wijkverpleegkundigen op basis van hun professionele oordeel.	Kwaliteit Toegang
11. Icare	Het doel is om meer tijd te besteden aan cliënten in plaats van registratie. De zorg moet goedkoper door de zelfredzaamheid van cliënten en de omgeving van cliënten te stimuleren.	Kwaliteit Toegang Bekostiging
12. Cordaan	Het doel is te gaan werken met een sterk versoberd kwaliteitsbouwwerk voor hun zorgteams, zodat er ruimte ontstaat om met de cliënt en binnen de teams de dialoog over kwaliteit te kunnen voeren, waardoor er uiteindelijk meer tijd aan de cliënt kan worden besteed.	Kwaliteit
13. IJsselheem	IJsselheem wil het gesprek met de cliënt richten op het welzijn. Wat kan de cliënt zelf en waar heeft hij/zij ondersteuning nodig. Het bespreken van alle mogelijke gezondheidsrisico's met behulp van een checklist is losgelaten.	Kwaliteit
14. Surplus	Surplus wil de aanzet geven tot een voorbeeldregio in de transitie van de AWBZ naar de WMO. De organisatie wil tot standaardisatie van de transitie komen.	Kwaliteit Zorgstelsel
15. Careyn <sup>3</sup>	In 'Het Regelarme Dorp' staat de zelfredzaamheid van de cliënt centraal. Professionals indiceren zelf, zoeken naar substitutie en samenwerking met andere zorg/welzijnsprofessionals en informele zorg. Ze hebben hiertoe regelruimte en de administratieve processen worden vereenvoudigd.	Zorgstelsel

Tabel 1. Overzicht van instellingen

Van de vijftien experimenten richten tien experimenten zich op het verbeteren van de kwaliteit, negen experimenten richten zich op een verandering rondom het proces van toegang en indicatiestelling. Drie experimenten werken met een andere vorm van bekostiging, bij vier experimenten staat een verandering in het

<sup>3</sup> Het experiment bij Careyn is eind 2013 gestopt. Zie voor meer informatie: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/11/21/kamerbrief-over-stand-van-zaken-experiment-regelarm-careyn.html>



berichtenverkeer centraal en bij drie experimenten is sprake van veranderingen in het zorgproces door de hele keten.

Tijdens de interviews met betrokken personen van de deelnemende zorgorganisaties is duidelijk geworden dat:

- de resultaten en ervaringen vaak thema-overstijgend zijn,
- de resultaten gerelateerd aan een thema (bijvoorbeeld toegang) indirect of direct gevolgen hebben voor de ervaringen en resultaten binnen andere thema's,
- door allerlei (systeem)belemmeringen de administratieve lasten niet zijn verlicht, maar wel positieve resultaten zijn bereikt op het gebied van cliënttevredenheid, medewerkerstevredenheid en cultuuromslag,
- de experimenten vaak kleinschalig zijn gestart maar gedurende de looptijd langzaam worden uitgebreid,
- de experimenten tegemoet komen aan langgekoesterde wensen bij de professionals binnen de deelnemende organisaties,
- men bereid is om (tijdelijk) een extra investering te doen in de backoffice (die nodig is om het experiment binnen de bestaande wet- en regelgeving uit te voeren), omdat men ziet welke positieve effecten het experiment heeft voor de frontoffice (werkplezier en kwaliteit van zorg).

### 3. Resultaten en ervaringen

De resultaten van en ervaringen met de experimenten beschrijven we in dit hoofdstuk. Uit de interviews blijkt dat de ervaringen met de experimenten thema-overstijgend zijn. Om deze reden beschrijven we de resultaten en ervaringen per aandachtspunt, waarbij we aangeven in hoeverre dit van toepassing is op de toegang, kwaliteit en bekostiging/verantwoording.

Paragraaf 3.1 bevat een totaaloverzicht, vervolgens zijn in paragraaf 3.2 de aandachtspunten nader uitgewerkt.

#### 3.1 Overzicht van aandachtspunten

Het creëren van meer tijd voor de cliënt door het verminderen van de administratieve lasten, is het uitgangspunt van de experimenten. Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat de experimenten tot bredere resultaten en aandachtspunten leiden. We herkennen de volgende aandachtspunten:

- Cultuuromslag
- Integrale benadering van de zorgbehoefte
- Regie en verantwoordelijkheid bij zorgprofessionals
- Interne bewustwording
- Samenwerking met ketenpartners
- Clienttevredenheid
- Medewerkerstevredenheid
- Objectieve toetsing
- Administratieve lastenverlichting
- Uitzonderingssituaties

Uit de interviews met de zorgorganisaties blijkt dat het merendeel van de genoemde aandachtspunten voor alle thema's van toepassing is. Dit is grotendeels te verklaren doordat wijzigingen (zowel administratief als in denk- en handelwijze) in een bepaalde fase van het proces (zoals de toegang of kwaliteit) doorwerken in andere fasen van het proces.

#### 3.2 Beschrijving van resultaten en ervaringen

De bovengenoemde aandachtspunten zijn uitgewerkt in deze paragraaf. Hierbij geven we een korte omschrijving en indien mogelijk enkele voorbeelden vanuit de experimenten.

##### Cultuuromslag

Het merendeel van de zorgorganisaties geeft aan, dat het experiment heeft bijgedragen aan een cultuuromslag, zowel in het denken als in het handelen. Er wordt meer vanuit de eigen kracht van de cliënt en de zelfredzaamheid gedacht, dan vanuit het recht op zorg (de indicatie) en de professional krijgt meer handelingsvrijheid. Deze omslag past goed bij de veranderende omgeving van de zorgorganisaties (de kantelingsgedachte). Een aantal voorbeelden:

- In het Multi Disciplinair Overleg wordt weer over de cliënt gesproken, in plaats van over de lijstjes met punten die over de cliënt moeten worden ingevuld (zoals risicosignalering).

- Samen met de cliënt wordt gekeken naar wat iemand nog wel kan en/of weer kan leren en van daaruit naar de hulp die eventueel nodig is, in plaats van denken vanuit beperkingen. Gezocht wordt naar de vraag achter de vraag.
- In enkele experimenten wordt het gedrag van de medewerkers onderzocht. Door de bevindingen terug te koppelen en te bespreken met elkaar wordt het maken van de omslag gestimuleerd.
- Door het hanteren van één integrale parameter, een weekbudget of wijkbudget wordt gestimuleerd dat er wordt gedacht vanuit de behoefte van de cliënt op het betreffende moment en niet vanuit een gestelde indicatie op papier.
- Binnen een aantal experimenten wordt kritisch gekeken naar verantwoordingsinformatie. Hierin wordt bewust nagedacht welke informatie nodig is om het welbevinden van de cliënt en de kwaliteit van de zorglevering te kunnen weergeven. Met andere woorden, welke informatie doet er nu echt toe.

Een verandering in het proces, en met name een verandering in de manier van denken en handelen kost tijd. Het verlengen van de looptijd van de experimenten tot eind 2014 maakt het mogelijk om deze omslag door te zetten. Daarentegen zorgt de onduidelijkheid in de voortzetting van het proces na het experiment voor:

- belemmering in de voortgang van het experiment; de onduidelijkheid kan zorgen voor vertraging in het experiment, vanwege de kritische houding van de medewerkers dat het experiment maar tijdelijk is;
- bezorgdheid ten aanzien van de borging van de resultaten van de experimenten die goed aansluiten bij de op handen zijnde transitie, met name de veranderde houding van de medewerkers; dit proces is namelijk onomkeerbaar.

Een cultuuromslag van wantrouwen naar vertrouwen is voor alle partijen in de keten noodzakelijk. Zoeken naar een passende en betekenisvolle informatiebehoefte van stakeholders en de wijze waarop hieraan kan worden voldaan, is hierbij de uitdaging.

#### Integrale benadering zorgbehoefte

Doordat een indicatie wordt afgegeven in functies en klassen, wordt de zorglevering bepaald door deze geïndiceerde functies. Dit betekent dat per week een aantal uur van een bepaalde functie(combinatie) moet worden geleverd die past binnen de geïndiceerde functies, terwijl de daadwerkelijke behoefte van de cliënt anders kan zijn (bijvoorbeeld aan begeleiding in plaats van persoonlijke verzorging). Een aantal zorgorganisaties experimenteert met een integrale prestatie, waarmee de noodzakelijke zorg integraal, op maat en op het gewenste moment kan worden geleverd. Het denken in losse functies en klassen wordt op deze manier losgelaten en er wordt bewust gekeken naar de zorg en ondersteuning die de cliënt nodig heeft. De zorgbehoefte kan per dag of week variëren en worden beantwoord met de mogelijkheden die (de bandbreedte van) de integrale prestatie biedt.

#### Interne bewustwording

Het merendeel van de experimenten wordt uitgevoerd in een deel van een organisatie (op één locatie, of voor een deel van de cliënten). Niet alle medewerkers krijgen hierdoor te maken met veranderingen in het proces. Vanuit de experimenten is meerdere malen aangegeven, dat de status 'experiment regelarm' heeft bijgedragen aan de bewustwording binnen de organisatie. Daarnaast zijn er

door de experimenten enkele andere punten genoemd gerelateerd aan het interne proces:

- Deelname aan de experimenten heeft op alle lagen in de organisatie geleid tot het bewustzijn voor het verminderen van de administratieve lasten. Hieraan heeft ook het contact met (de 'buddy' van) VWS bijgedragen.
- Diverse organisaties willen het experiment verder uitrollen binnen de organisatie, maar geven wel aan dat dit niet vanzelf gaat. Het is een proces waarin veel moet worden geïnvesteerd om alle professionals en managers mee te krijgen. Door wijzigingen helder en duidelijk te communiceren, en hierbij duidelijk de doelen aan te geven kan iedereen worden meegenomen in de verandering. Als dit niet gebeurt, kunnen veranderingen als belastend worden ervaren.
- Daarnaast leiden de experimenten (nog) niet tot aantoonbare lagere kosten. Soms zijn de kosten zelfs (tijdelijk) hoger, omdat bijvoorbeeld in het begin intensieve zorg en/of ondersteuning wordt ingezet om cliënten iets aan te leren waarna de zorginzet na verloop van tijd kan worden verminderd.
- Tevens vragen de administratieve processen veel tijd omdat de experimenten wel moeten passen binnen de organisaties die voor het overige (grootste) deel van hun zorgverlening te maken hebben met bestaande wet- en regelgeving.
- Wel is in de meeste gevallen de kwaliteit verbeterd, maar dat wordt niet direct ervaren door de professionals en managers die niet deelnemen aan de experimenten (zij zitten nog 'gevangen' in oude systemen van de bestaande wet- en regelgeving).
- Door de nieuwe werkwijze breder toe te passen binnen de organisaties zullen steeds meer medewerkers de kwalitatieve meerwaarde gaan ervaren. De kwantitatieve winst (lagere kosten) komt later.

De deelnemende organisaties geven aan, dat er, ondanks dat er al veel is bereikt, ook intern nog veel werk is te doen. Hierbij wordt door enkele organisaties die extramurale zorg leveren aangegeven, dat de communicatie soms wordt bemoeilijkt door de veelheid van de (extramurale) teams. Hierbij is het niet altijd mogelijk om met regelmaat aandacht te besteden aan de uitgangspunten van het experiment, waardoor het proces van bewustwording (en cultuuromslag) veel tijd vergt.

#### Regie en verantwoordelijkheid bij zorgprofessionals

Zorgprofessionals werken in het huidige systeem volgens de indicatie. Hierin staat op welke functies en in welke omvang een cliënt recht heeft. Daarnaast moeten er diverse lijstjes worden ingevuld ter verantwoording van de levering en kwaliteit van de zorg. In vrijwel alle experimenten is sprake van meer regie en verantwoordelijkheid voor de zorgprofessionals. Dit wordt veroorzaakt door verschillende aspecten:

- Het zelf indiceren door zorgprofessionals leidt tot meer regie bij de professional. De professional besluit in overleg met de cliënt welke zorg wordt ingezet.
- Bewustwording dat de zorg niet in geïndiceerde functies en klassen geleverd hoeft te worden, maar dat integraal wordt gekeken naar wat de cliënt echt nodig heeft. Wat kan iemand zelf nog en waar heeft men zorg en ondersteuning bij nodig?

- De omslag richting ontzorgen. Zorgprofessionals gaan meer redeneren vanuit de gedachte wat een cliënt nog wel kan, in plaats van te denken vanuit de beperkingen van een cliënt. In de experimenten worden ze hierin gestimuleerd.
- Door een integrale parameter kan de professional zelf inschatten welke zorg op welk moment het best passend is.

Uit de experimenten blijkt ook dat het noodzakelijk is dat er vertrouwen is in het handelen van de zorgprofessional en dat men in teamverband evaluaties uitvoert. In de zorgteams moet aandacht zijn voor een gezamenlijke aanpak, waarbij het voor kan komen dat de professional los moet komen van de eigen waarden en gedrag, omdat de cliënt het uitgangspunt is. Daarnaast moeten de professionals in staat zijn tot zelfreflectie, moet binnen de teams voldoende ruimte zijn voor dialoog en het open bespreken van eventuele dilemma's. Intercollegiale toetsing speelt hierin een belangrijke rol. Dit vraagt om een investering in nieuwe vormen van deskundigheidsbevordering.

#### Samenwerking met ketenpartners

Wijzigingen die de zorgorganisaties doorvoeren hebben in het merendeel van de gevallen gevolgen voor het (administratieve) proces bij ketenpartners. Dit betekent dat er voorafgaand aan alle experimenten veel overleg is geweest met de ketenpartners. Duidelijk werd dat niet alle partijen direct op één lijn zaten. In enkele experimenten heeft dit geleid tot momenten waarop zorgorganisaties zich afvroegen of ze wel moesten doorgaan met het experiment. Het gaat hierbij om onder andere de volgende punten waarbij gedurende het experiment in veel gevallen de samenwerking met de ketenpartners is veranderd:

- kennisdeling en afstemming;
- veranderingen in het administratieve proces;
- veranderingen in de rolverdeling;
- samenwerking met andere zorgorganisaties.

Door het merendeel van de zorgorganisaties is enerzijds aangegeven, dat de experimenten ertoe hebben geleid dat de samenwerking met de ketenpartners, zoals het zorgkantoor, CIZ, CAK en gemeenten is verbeterd. Door het delen van ervaringen, het bespreken van knelpunten en mogelijkheden wordt bij de ketenpartners de urgentie voor een verandering in werkwijze herkend. Met name het 'in gesprek gaan' met de partijen over de nut en noodzaak leidt tot kortere lijntjes in de samenwerking.

Anderzijds leidden de veranderingen in het administratieve proces (zoals het aanvragen van een 'ERAI-indicatie'<sup>4</sup> in plaats van een reguliere indicatie in functies en klassen, veranderingen in de verantwoordingsinformatie en het afgeven van een weekbudget) bij een aantal experimenten tot weerstand bij de ketenpartners. Dit wordt met name veroorzaakt doordat deze veranderingen ook gevolgen hebben voor het (administratieve) proces voor de ketenaanbieders. Het vaststellen van de eigen bijdrage is nu bijvoorbeeld gebaseerd op de functies en klassen. Door het leveren

---

<sup>4</sup> Bijvoorbeeld een indicatie op basis van één integrale parameter.

van zorg vanuit een integrale prestatie (waarbij de afzonderlijk geleverde functies niet helder zijn) is dit niet meer mogelijk.

Ook veranderingen in de rolverdeling leidden in enkele experimenten tot weerstand bij ketenpartners. Bij een aantal experimenten wordt door de zorgorganisaties zelf een indicatie afgegeven (vergelijkbaar met de indicatiemelding ZZP 80+). Dit betekent dat het CIZ formeel wel verantwoordelijk blijft voor het indicatiebesluit, maar de CIZ-rol voor deze aanbieders hierdoor (nu ook voor extramurale zorg en cliënten < 80) verandert van indicerend naar toetsend.

Het verbeteren van de samenwerking met andere zorgverleners is binnen aantal experimenten een specifiek thema. Om deze samenwerking goed te laten verlopen worden afspraken goed gedocumenteerd en regelmatig geëvalueerd. Vanuit een aantal experimenten is aangegeven, dat de samenwerking echt is verbeterd (bijvoorbeeld de samenwerking met huisartsen door de centrale rol van de wijkverpleegkundige). Met als belangrijkste reden dat de contacten 'opnieuw' zijn gelegd en er nieuwe afspraken zijn gemaakt. De samenwerking is in sommige gevallen verslechterd omdat andere zorgverleners nadeel ondervinden (hogere administratieve lasten) als gevolg van het experiment bij collega aanbieders.

#### Cliënttevredenheid

'Meer tijd voor de cliënt door administratieve lastenverlichting' is het uitgangspunt van het experiment. Een groot deel van de zorgorganisaties geeft aan, dat cliënten deelname aan de experimenten als positief ervaren. Dit wordt met name veroorzaakt door de volgende punten:

- Doordat er minder verschillende zorgverleners bij de cliënt worden ingezet ontstaat er meer stabiliteit en rust in de cliëntsituatie.
- Door het zelf indiceren door de zorgorganisatie kan er sneller worden gestart met de zorglevering, en heeft de cliënt minder te maken met verschillende instanties.
- Door de zorgorganisaties worden informatiebijeenkomsten en familieavonden georganiseerd waarbij veel informatie wordt gegeven over 'het nieuwe denken en handelen'. Hierdoor zijn de cliënt en zijn systeem beter op de hoogte van veranderingen. Dit heeft een positief effect op de cliënttevredenheid.
- Door het zelf indiceren worden zorgverleners minder gestoord in het primaire proces; door een aantal zorgorganisaties is aangegeven, dat ze in het verleden tijdens de zorgverlening vaak werden gebeld door CIZ-medewerkers om informatie over cliënten aan te leveren voor het opstellen van indicatiebesluiten. Deze verstoringen komen nu veel minder voor waardoor men meer tijd kan besteden aan de directe zorgverlening.

De hogere cliënttevredenheid wordt deels bereikt door een vermindering van de administratieve lasten in het primaire proces waardoor meer tijd ontstaat voor de cliënt. De verandering in werk- en denkwijze heeft daarnaast een grote invloed op de hogere tevredenheid. Cliënten ervaren het over het algemeen als positief dat ze vanuit hun eigen kracht worden benaderd.

Aan de andere kant geven zorgorganisaties aan dat het ook voor cliënten wennen is dat het 'recht op zorg' binnen de experimenten is verdwenen. Deze omslag in denken kost ook tijd voor cliënten, hun familie en andere mantelzorgers.

### Medewerkerstevredenheid

De veranderingen in het (primaire) proces, zoals een aangepaste werkwijze door veranderingen of vermindering van protocollen, hebben grote gevolgen voor de manier van denken en handelen van de zorgprofessionals en andere medewerkers in de deelnemende organisaties. Zorgprofessionals krijgen meer regie en verantwoordelijkheid, en hebben meer tijd voor de cliënt in het primaire proces. De ervaringen van de zorgprofessionals zijn dan ook overwegend positief. Hieronder enkele voorbeelden:

- Zorgprofessionals worden in het primaire proces minder gestoord door diverse vragen van de indicatiestellers; dit geeft meer stabiliteit en rust.
- Het in eigen kracht zetten van en ruimte geven aan de zorgprofessional heeft een positieve uitwerking op de tevredenheid van de medewerkers, omdat hierdoor meer klantgericht kan worden gewerkt.
- Meer tijd in het primaire proces betekent dat de zorgprofessional 'het vak weer terug krijgt', daarnaast past het in de maatschappelijke omslag.
- De registraties die men in het kader van het experiment verricht (zoals de CO-light, een aangepast vereenvoudigd zorgplan, een weekkaart, geen losse en overbodige risicosignalering) dragen nu bij aan het primaire proces, waardoor de nut en noodzaak duidelijk is.
- Er wordt veel aandacht besteed aan de competenties van het personeel, daarnaast wordt door middel van scholing en training hier nadrukkelijk aandacht geschonken aan de ontwikkeling van medewerkers.

Naast de positieve aspecten, die met name worden herkend door medewerkers in het primaire proces (de zorgprofessionals), wordt door medewerkers in de backoffice (administratie) nog geen positieve verandering herkend. Wel wordt aangegeven dat de veranderingen kunnen leiden tot een positief effect op de administratieve lasten en medewerkerstevredenheid, maar dat hier op dit moment nog geen sprake van is door de uitzonderingssituaties (zie hierna), het niet aansluiten van het ICT-systeem op de vernieuwde werkwijze en de weerstand bij stakeholders die vanwege de bestaande wet- en regelgeving nog wel behoefte hebben aan allerlei informatie.

### Objectieve toetsing

Binnen een aantal experimenten wordt door zorgorganisaties zelf een indicatie gesteld of een integrale 'ERAI-indicatie' aangevraagd (vergelijkbaar met de indicatiemelding ZP 80+, waarbij het CIZ formeel verantwoordelijk blijft voor het indicatiebesluit). De zorgorganisaties geven aan, dat ze open staan voor een objectieve en inhoudelijke toetsing van de indicaties die ze hebben gesteld en de zorg die ze vanuit deze indicatie hebben geleverd. Het betreft hier niet alleen een technische toetsing (enkel cijfermatig op basis van AZR-gegevens en correcte aanlevering), maar met name een inhoudelijke toetsing waarbij wordt gekeken of de indicatie die is afgegeven ook daadwerkelijk aansluit bij de inhoudelijke zorgbehoefte van de cliënt. Zorgorganisaties zien in de eigen administratie dat in de experimenten minder zorg wordt geleverd dan voorheen. Op deze manier kunnen zorgorganisaties aantonen dat ze in staat zijn een goede indicatie te geven van de daadwerkelijke zorgbehoefte van de cliënt. Deze ervaringen zijn relevant in het kader van de discussie rondom 'upcoding'.

### Administratieve lastenverlichting

Het uitgangspunt van de experimenten regelarme instelling is 'meer tijd voor de cliënt door administratieve lastenverlichting.' Door een verandering in de manier van denken en handelen is in een aantal gevallen meer tijd ontstaan in het primaire proces (dus meer tijd voor de cliënt).

Echter, door een groot deel van de zorgorganisaties wordt aangegeven, dat er nog minimaal sprake is van administratieve lastenverlichting. Hiervoor worden de volgende twee belangrijkste oorzaken aangegeven:

- Vanwege de uitzonderingsposities (zie ook het kopje hieronder) kan in veel gevallen geen 'ERAI-indicatie' worden aangevraagd, waardoor er twee administratieve processen parallel lopen.
- Een verandering in de informatiestromen moet worden ondersteund door de ICT. Omdat het een experiment betreft, en vanwege de uitzonderingssituaties, is bij het merendeel van de zorgorganisaties en de stakeholders het ICT systeem hier niet volledig op aangepast, waardoor dit niet aansluit bij het nieuwe proces, en er geen sprake is van administratieve lastenverlichting.

De zorgorganisaties die nu met één prestatie werken (in plaats van 24 bij de reguliere teams) ervaren wel een kleine lastenverlichting, omdat ze achteraf minder controles en correcties hebben.

### Uitzonderingssituaties

Zoals gezegd zijn er 28 zorgorganisaties die een experiment uitvoeren (waarvan 15 instellingen lid zijn van ActiZ). Dit is, ten opzichte van het totaal aantal zorgorganisaties, een relatief kleine groep. Hierdoor ontstaan er veel uitzonderingssituaties. Een aantal voorbeelden van uitzonderingssituaties:

- Een 'ERAI-indicatie' is niet overdraagbaar voor een zorgorganisatie die niet deelneemt aan één van de experimenten. Dit geldt ook voor het doorzetten binnen een organisatie, als het een andere locatie (met een andere AGB-code) betreft.
- Een 'ERAI-indicatie' overschrijft alle lopende indicaties, waardoor geen deelaanvragen via ERAI kunnen worden gedaan. Hierdoor moet opnieuw een volledige indicatie worden aangevraagd, wat meer tijd kost dan een deelaanvraag. Daarnaast kan het voorkomen dat indien hier niet nauwkeurig mee wordt omgegaan, bij het aanvragen van een losse functie, de rest van de aanvraag vervalt en de 'nieuwe indicatie' ontoereikend is (doordat het 'oude' deel van de indicatie vervalt).
- Door de uitzonderingspositie moet er voor de deelnemers ook bij ketenpartners een uitzondering in het proces worden gemaakt (zie ook: samenwerking met ketenpartners).
- Binnen de ketenpartners is niet iedereen bekend met de afspraken die in het kader van de experimenten zijn gemaakt, dit leidt tot onduidelijkheid.
- Vanwege de beperkte omvang van de experimenten worden veel bestaande administratieve handelingen alsnog uitgevoerd richting de stakeholders, omdat anders vanwege uitval door technische problemen omzetverlies wordt gedraaid.
- Een aantal experimenten geeft aan dat voor ongeveer 30% van de cliënten geen 'ERAI-indicatie' gedaan kan worden. Het betreft hier onder andere cliënten met een persoonsgebonden budget (PGB), met een indicatie voor zorg bij een



andere zorgaanbieder, medisch specialistische verpleging thuis (MSVT), advies, informatie en voorlichting (AIV) en ketenzorg.

- Voor een standaard indicatieprotocol (SIP) is het aanvragen van een 'ERAI-indicatie' meer werk dan een reguliere indicatieaanvraag. Ook is het niet mogelijk om na een 'ERAI-indicatie' een SIP of Herindicatie via Taakmandaat (HIT) aan te vragen.
- Er ontstaat een verschil in werkwijze voor cliënten met 'ERAI-indicatie' en cliënten zonder 'ERAI-indicatie'.

Deze uitzonderingssituaties hebben als gevolg dat de administratieve lasten binnen de experimenten niet zijn verminderd maar in de backoffice juist groter zijn geworden.

## 4. Beschouwing

De resultaten en ervaringen met de experimenten zijn in het vorige hoofdstuk beschreven. De belangrijkste punten voor de belangenbehartiging komen in dit hoofdstuk aan bod. Hierbij beschrijven we waar zorgorganisaties, ActiZ, het ministerie van VWS, gemeenten en landelijke stakeholders (zoals CIZ, zorgkantoren, CVZ) zich op moeten richten om vervolg te geven aan de (uitkomsten van de) experimenten.

De experimenten zijn ingezet om met een vermindering van administratieve lasten meer tijd en welbevinden te realiseren voor cliënten. Alle experimenten leiden tot een grote cultuurverandering (omslag naar ontzorgen), ondanks dat er nog maar weinig of zelfs negatieve effecten zichtbaar zijn op het gebied van administratieve lasten. Vanuit de mogelijkheden van de cliënt wordt integraal gekeken naar de werkelijke zorgbehoefte en de noodzakelijke zorg en ondersteuning.

Door de regie en verantwoordelijkheid rondom de zorg bij de zorgprofessional neer te leggen, zijn zowel medewerkers als cliënten meer tevreden en wordt de zorg doelmatig georganiseerd. Zorgorganisaties zien, in de eigen administratie, dat bovendien minder zorg wordt geleverd dan voorheen.

De samenwerking met de ketenpartners, zoals het zorgkantoor, CIZ, CAK en gemeenten is in de meeste regio's verbeterd door kennisdeling en samenwerkingsafspraken. Maar de experimenten maken ook duidelijk dat de ketenpartners tegen diverse wetten en regels aanlopen die belemmerend doorwerken naar de zorgorganisaties. Daarnaast bestaan er allerlei uitzonderingssituaties waardoor het nog niet is gelukt om voor alle cliënten organisatie-breed echt regelarm te werken. Het is goed, dat alle experimenten 'bottom-up' zijn gestart en vormgegeven, maar de ervaringen maken duidelijk dat een fundamentele verandering alleen mogelijk is als ook 'top down' de wet- en regelgeving wordt aangepast.

Binnen de zorgorganisaties vergroten de experimenten de bewustwording dat verandering mogelijk is. De resultaten passen volledig binnen de doelstelling van de diverse transities die momenteel plaatsvinden in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het is daarom van belang dat de processen die met de experimenten in gang zijn gezet worden geborgd en een vervolg krijgen. Echter, de zorgorganisaties vrezen dat de beheersmatige en controlerende maatregelen die worden genomen ten gevolge van gesignaleerde upcoding belemmerend werken voor de invulling van de regierol door de zorgprofessional.

Dit betekent een brede opgave voor ActiZ, haar leden, landelijke en gemeentelijke overheden en de diverse stakeholders gericht op een herinrichting van het stelsel, een cultuurverandering binnen organisaties en het weer in de kracht zetten van professionals.

De ervaringen binnen de experimenten leren ons dat het essentieel is dat de nieuwe wet- en regelgeving daadwerkelijk vanuit de volgende uitgangspunten vorm en inhoud krijgt.

- Zet de cliënt echt centraal in de zorgverlening, vertrek vanuit de integrale vraag van de cliënt.
- Biedt een integraal aanbod rondom de cliënt, passend bij zijn of haar vraag.
- Ga bij de (her)inrichting van de zorg en ondersteuning uit van vertrouwen in plaats van wantrouwen.
- Voorkom allerlei nieuwe regels en zoek naar uniformiteit bij de transitie.
- Zet de professional in de lead; geef hem/haar de regie en verantwoordelijkheid om (de toegang tot) passende zorg te organiseren en te verlenen.
- Kijk op een andere manier naar kwaliteit, hanteer gegevens en instrumenten vanuit het primair proces en voorkom onnodige registraties.
- Zorg ervoor, dat de (administratieve) systemen deze uitgangspunten ondersteunen.

Aangezien alle experimenten een eigen dynamiek en uitkomst kennen en nog doorlopen tot en met 2014, is het nu nog niet mogelijk om definitieve conclusies te trekken. Omdat de diverse transities vanaf 2015 worden ingevoerd is nu het moment om zaken goed en structureel te borgen.

Gezien de positieve ervaringen van de ERAI-experimenten en de doelstellingen van de transities is voor het merendeel van de experimenten geen weg meer terug. Vanuit de opgedane ervaringen moet worden bekeken hoe de reguliere praktijk kan worden omgezet naar een situatie die voldoet aan de geformuleerde uitgangspunten. De deelnemers aan de experimenten geven aan hierin graag een rol te spelen. Zij zijn bereid om de winsten van de experimenten zichtbaar te maken en bereid zijn om deze naar anderen binnen en buiten de eigen zorgorganisatie uit te dragen. Zo kan gezamenlijk worden gewerkt aan de noodzakelijke culturomslag binnen verschillende lagen in de zorgorganisatie en bij de diverse stakeholders.

ActiZ kan een bijdrage leveren door de resultaten mee te nemen binnen de verschillende interne gremia die in het kader van de belangenbehartiging reeds bestaan. Daarnaast kan ActiZ zich samen met stakeholders op landelijk niveau inzetten om de noodzakelijke veranderingen op de agenda's van de stakeholders te zetten en de randvoorwaardelijke omstandigheden te creëren die nodig zijn om de positieve ervaringen op grote schaal te realiseren.

## Bijlage 1. Nadere omschrijving van de experimenten

	Vilente
Thema	Toegang
Beschrijving	Vilente wil in dit experiment de indicatiestelling (zowel intra- als extramuraal) versnellen door de indicatie zelf af te geven middels een met de huidige 80+ melding te vergelijken werkwijze. De huidige 80+ melding dient dus te worden opgerekt, in die zin dat de melding niet meer leeftijdsgebonden is, ook voor extramurale zorgverlening kan worden gehanteerd en ook voor sectorvreemde indicaties kan worden gebruikt. Daarnaast wil Vilente zelf de BOPZ-toets afnemen waarna het CIZ, net als bij de indicatiemelding, automatisch een besluit afgeeft.
Doelstelling	Door het proces van de indicatiestelling te versnellen, zal de (beoogde) cliënt sneller de gewenste en noodzakelijke zorg ontvangen. Dit geeft de zorgadviseurs meer tijd om zich te richten op een goede, juiste en snelle begeleiding van (potentiële) cliënten.
Regelvrije afspraken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijziging <u>zorgindicatiebesluit</u> die ertoe strekt dat Vilente in de gelegenheid is voor de cliënten die zich bij hen melden, een 'melding extramurale zorg' en een 'melding intramurale zorg 80+' te doen.</li> <li>• Vilente wordt voor de duur van het experiment in staat gesteld de <u>BOPZ-beoordeling</u>, vanuit het taakmandaat zelf uit te voeren en hiervoor een melding te doen bij het CIZ. Het CIZ neemt vervolgens het officiële besluit.</li> </ul>
Aantal cliënten	De omvang van de cliëntengroep betreft circa 1.300 ouderen in zowel alle 10 verpleeg- en verzorgingshuizen alsmede de cliënten die thuiszorg krijgen. In het experiment wordt verwacht dat ongeveer 90 cliënten onder de nieuwe indicatiemethoden vallen.
Bijzonderheden	Geen.
Contactgegevens	Patricia Crompvoets mail via secretariaat <a href="mailto:m.harmsen@vilente.nl">m.harmsen@vilente.nl</a>

Palet	
Thema	Zorgstelsel, toegang en bekostiging
Beschrijving	Het plan van aanpak van het experiment van Palet gaat uit van een integrale bepaling van de zorg en ondersteuningsbehoefte (AWBZ en Wmo) van de inwoners in de wijk Leeuwarden-West door een buurtverpleegkundige. Samen met de zelfstandige zorgprofessional wordt een plan opgesteld op basis van deze integrale benadering en start de zorglevering volgens het principe dat de planning overeenkomt met de realisatie. Diverse zorgaanbieders nemen deel aan het experiment (Palet, Thuiszorg het Friese Land, Noorderbreedte, Zorgkompas). Tijdens het experiment wil Palet gebruik maken van een wijkbudget dat zowel AWBZ-gelden als Wmo-gelden bevat. Het reguliere berichtenverkeer binnen de AWBZ naar het zorgkantoor vervalt.
Doelstelling	<p>Doelstelling van Palet is het leveren van integrale zorg- en dienstverlening die uitgaat van de wens, de leefstijl en de daadwerkelijke behoefte van de cliënt. Gevolg is dat eind 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de cliënt meer zeggenschap heeft;</li> <li>• de professional meer autonomie heeft;</li> <li>• de tevredenheid van cliënt en medewerker hoog is;</li> <li>• de administratieve last teruggebracht is en er minder regels zijn;</li> <li>• de cliënt vanuit een sluitende keten van welzijn, preventie en kort- en langdurige zorg, volkomen ontschot, flexibel en op maat bediend wordt, waarbij uitgegaan wordt van de kracht van cliënt en systeem;</li> <li>• de zorgconsumptie gedaald is;</li> <li>• de totale kosten gedaald zijn (minder hard stijgen) in vergelijking tot andere gebieden en dit binnen een 'levensvatbaar' organisatiemodel wordt uitgevoerd.</li> </ul>
Regelvrije afspraken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijziging zorgindicatiebesluit die ertoe strekt dat Palet in de gelegenheid is voor de cliënten die zich bij hen melden, een 'melding extramurale zorg' te doen.</li> <li>• Ten tijde van het experiment is er ruimte om de processen van zorginkoop en zorgkantoren op andere wijze vorm te geven.</li> <li>• De NZa stelt op grond van artikel 58 Wmg een beleidsregel Experiment Regelarme Instellingen op. In deze beleidsregel wordt opgenomen van welke nadere regels de instelling kan afwijken en welke beleidsregels de NZa zelf gewijzigd zal moeten toepassen.</li> <li>• Overige afspraken ten aanzien van zorgkantoren en NZa.</li> </ul>
Aantal cliënten	Het experiment heeft betrekking op zelfstandig wonende, met name oudere inwoners van Leeuwarden West. In AWBZ-termen betreft het hier personen met een extramurale indicatie. De verwachting is dat ongeveer 450 cliënten binnen het experiment gaan vallen. Per maand worden er 30 cliënten voor een indicatie verwacht.
Bijzonderheden	Geen.
Contactgegevens	Roeli Mossel mail via secretariaat: <a href="mailto:i.tjeerdsma@paletgroep.nl">i.tjeerdsma@paletgroep.nl</a>

De Hoven	
Thema	Toegang en kwaliteit.
Beschrijving	Het experiment van De Hoven omvat het project 'Zorg zonder Regels' dat reeds binnen de instelling wordt uitgevoerd onder begeleiding van de Rijksuniversiteit Groningen en het Universitair Medisch Centrum Groningen. De focus van het experiment ligt op het stimuleren van het welbevinden van cliënten. Medewerkers krijgen meer regie en eigen verantwoordelijkheid om hun werk invulling te geven en krijgen meer passie voor hun werk terug. Op basis van de positieve resultaten van het experiment 'Zorg zonder Regels' wil De Hoven de beproefde andere manier van werken voortzetten in een aantal onderdelen van hun organisatie (Zorgcentrum Viskenij in Baflo, Winkheem in Winsum, afdeling De Kwelder (Korsakov) in verpleeghuis Vliethoven en twee afdelingen somatiek. Eén afdeling in verpleeghuis Vliethoven en één in verpleeghuis De Twaalf Hoven. Met dit experiment wil De Hoven tevens de basis leggen voor het ontwikkelen van een alternatief instrument om de kwaliteit van zorg te verantwoorden.
Doelstelling	<p>Met het project 'Zorg zonder Regels' beoogt De Hoven aan te tonen dat het terugdringen van bureaucratie en regelgeving leidt tot meer aandacht voor de wensen en behoeften van cliënten en daarmee een positieve invloed heeft op hun welbevinden. Concreet verwachten ze de volgende doelstellingen te bereiken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het welbevinden van cliënten van De Hoven is vergroot ten opzichte van het welbevinden vóór het experiment Zorg zonder Regels;</li> <li>• De sfeer is sterk verbeterd op de afdelingen voor zowel cliënten als medewerkers;</li> <li>• Bewoners vinden dat ze zeggenschap hebben op de wijze waarop zij doorgaan met hun leven bij De Hoven;</li> <li>• Medewerkers hebben de vaardigheden om met cliënten afspraken te maken die leiden tot arrangementen, gebaseerd op het individueel welbevinden;</li> <li>• De Hoven heeft de basis gelegd voor het ontwikkelen van een alternatief instrument om de kwaliteit van zorg te verantwoorden.</li> </ul>
Regelvrije afspraken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijziging zorgindicatiebesluit die ertoe strekt dat De Hoven in de gelegenheid is voor de cliënten die zich bij hen melden, een 'melding extramurale zorg' en een 'melding intramurale zorg 80-' te doen.</li> <li>• Aanpassing Regeling verslaglegging WTZi, waarmee De Hoven gedurende het experiment niet hoeft te voldoen aan de eis om de gegevens van de Zorg Inhoudelijke indicatoren (ZI) en de Consumer Quality Index (CQ) aan te leveren.</li> <li>• Afwijken van 'Hygiëncode voor de voedingsverzorging in Zorginstellingen en Defensie'. Tijdens het experiment wijkt De Hoven af van de genoemde code met inachtneming van hygiëne en veiligheid.</li> <li>• Overige afspraken ten aanzien van zorgkantoren en de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit.</li> </ul>
Aantal cliënten	In totaal zijn bij het experiment 253 bewoners betrokken.
Bijzonderheden	Geen.
Contactgegevens	André Enter mail via: <a href="mailto:t.berkenbosch@dehoven.nl">t.berkenbosch@dehoven.nl</a>

De Friese Wouden en Palet (Kwadrantgroep)	
Thema	Toegang, kwaliteit en berichtenverkeer
Beschrijving	Achtergrond van het experiment is de visie van de Kwadrantgroep op zorg en dienstverlening. Kwadrantgroep wil door het verminderen van administratieve lasten rondom het indicatieproces en AZR de zorgvraag van de cliënt meer centraal stellen. De zorgvraag van de cliënt en meer vrijheid voor de medewerkers spelen in het plan een belangrijke rol. Kwadrantgroep wil dit bereiken door medewerkers zelf de zorg voor de cliënt te laten indiceren. Tevens worden de administratieve lasten verminderd door te experimenteren met het sterk vereenvoudigen van het berichtenverkeer (AZR).
Doelstelling	Optimale doelmatige beantwoording van de zorgvraag van de cliënt is het centrale doel, dit is drievoudig: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteit van zorg/cliënttevredenheid vergroten door de zorg beter af te stemmen op de vraag;</li> <li>• De motivatie van medewerkers vergroten, doordat ze de ruimte krijgen om zorg zelf te organiseren;</li> <li>• Beheersing van het zorgvolume en kosten, doordat er minder zorg wordt geïndiceerd en er minder administratieve lasten zijn.</li> </ul>
Regelvrije afspraken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijziging zorgindicatiebesluit (artikel 9) die ertoe strekt dat de Kwadrantgroep in de gelegenheid is voor de cliënten die zich bij hen melden, een 'melding extramurale zorg' te doen.</li> <li>• Ten tijde van het experiment is er ruimte om de processen van zorginkoop en zorgkantoren op andere wijze vorm te geven.</li> <li>• De NZa stelt op grond van artikel 58 Wmg een beleidsregel Experiment Regelarme Instellingen op. In deze beleidsregel wordt opgenomen van welke nadere regels de instelling kan afwijken en welke beleidsregels de NZa zelf gewijzigd zal moeten toepassen.</li> <li>• Overige afspraken ten aanzien van zorgkantoren, NZa en het CAK.</li> </ul>
Aantal cliënten	Het experiment betreft de extramurale zorg en omvat bij de Kwadrantgroep ongeveer 250 cliënten. Het gaat hierbij om de gehele extramurale cliëntenpopulatie van de Kwadrantgroep, hieronder vallen niet de intramuraal geïndiceerde cliënten die overbruggingszorg in de vorm van thuiszorg ontvangen.
Bijzonderheden	Geen.
Contactgegevens	Aukje Jorritsma / Roeli Mossel mail via secretariaat: <a href="mailto:marjan.de.haan@friesewouden.nl">marjan.de.haan@friesewouden.nl</a>

Marente	
Thema	Toegang, kwaliteit en berichtenverkeer
Beschrijving	Achtergrond van het experiment is de visie van Marente op zorg en dienstverlening. Marente wil door het verminderen van administratieve lasten rondom het indicatieproces en AZR de zorgvraag van de cliënt meer centraal stellen. De zorgvraag van de cliënt en meer vrijheid voor de medewerkers spelen in het plan een belangrijke rol. Marente wil dit bereiken door medewerkers zelf de zorg voor de cliënt te laten indiceren. de administratieve lasten worden verminderd door te experimenteren met het sterk vereenvoudigen van het berichtenverkeer (AZR).
Doelstelling	Optimale doelmatige beantwoording van de zorgvraag van de cliënt is het centrale doel, dit is drievoudig: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteit van zorg/cliënttevredenheid vergroten door de zorg beter af te stemmen op de vraag;</li> <li>• De motivatie van medewerkers vergroten, doordat ze de ruimte krijgen om zorg zelf te organiseren;</li> <li>• Beheersing van het zorgvolume en kosten, doordat er minder zorg wordt geïndiceerd en er minder administratieve lasten zijn.</li> </ul>
Regelvrije afspraken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijziging zorgindicatiebesluit (artikel 9) die ertoe strekt dat Marente in de gelegenheid is voor de cliënten die zich bij hen melden, een 'melding extramurale zorg' te doen.</li> <li>• Ten tijde van het experiment is er ruimte om de processen van zorginkoop en zorgkantoren op andere wijze vorm te geven.</li> <li>• De NZa stelt op grond van artikel 58 Wmg een beleidsregel Experiment Regelarme Instellingen op. In deze beleidsregel wordt opgenomen van welke nadere regels de instelling kan afwijken en welke beleidsregels de NZa zelf gewijzigd zal moeten toepassen.</li> <li>• Overige afspraken ten aanzien van zorgkantoren, NZa en het CAK.</li> </ul>
Aantal cliënten	Het experiment betreft de extramurale zorg en omvat bij Marente ongeveer 3000 cliënten. Het gaat hierbij om de gehele extramurale cliëntenpopulatie van Marente, hieronder vallen niet de intramuraal geïndiceerde cliënten die overbruggingszorg in de vorm van thuiszorg ontvangen.
Bijzonderheden	Geen.
Contactgegevens	Dennis Ouwehand mail via secretariaat <a href="mailto:miranda.vandenberg@marente.nl">miranda.vandenberg@marente.nl</a>



Pantein	
Thema	Toegang en berichtenverkeer
Beschrijving	<p>Kernachtig wil Pantein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zelf de zorgvraag vaststellen voor nieuwe cliënten in de AWBZ die een beroep doen op extramurale AWBZ-zorg en die nog geen thuiszorg van Pantein ontvangen;</li> <li>• Daarover een vereenvoudigde melding aan het CIZ sturen, en;</li> <li>• Daar tevens het verdere berichtenverkeer met het zorgkantoor en het CAK op aanpassen;</li> <li>• Door bij elke cliënt allereerst uit te gaan van de zorgvraag en de omgeving krijgt de zorgcoördinator alle ruimte en verantwoordelijkheid om een doelgericht zorgplan te maken met als doel om zo snel mogelijk te komen tot minder zorg en meer zelfredzaamheid bij de cliënt (aandacht voor doelmatigheid).</li> </ul>
Doelstelling	Pantein wil het zorgproces efficiënter maken door indicatie gerelateerde activiteiten te reduceren en de verantwoordelijkheid voor de zorgbehoefte bepaling bij zorgcoördinatoren (wijkverpleegkundigen) te leggen.
Regelvrije afspraken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijziging zorgindicatiebesluit (artikel 9) die ertoe strekt dat Pantein in de gelegenheid is voor de cliënten die zich bij hen melden, een 'melding extramurale zorg' te doen.</li> <li>• Ten tijde van het experiment is er ruimte om de processen van zorginkoop en zorgkantoren op andere wijze vorm te geven.</li> <li>• Overige afspraken ten aanzien van zorgkantoren, NZa en het CAK.</li> </ul>
Aantal cliënten	Onder de nieuwe indicatiemethode vallen naar schatting over de gehele periode van het experiment 500 nieuwe cliënten (representatieve steekproef) van Thuiszorg Pantein in de zorgkantorregio Noordoost Brabant.
Bijzonderheden	Experiment is per 1-1-2014 gewijzigd. Pantein stapt, gezien de administratieve voordelen, over op het 'planning=realisatie-model'. Omdat het zorgkantoor dit niet verenigbaar acht met het oorspronkelijke onderwerp van het experiment (namelijk, de vaststelling van de indicatie door de zorgcoördinator) is Pantein gestopt met de verkorte indicatiestellingsprocedure.
Contactgegevens	Thomas Pas mail via secretariaat <a href="mailto:secretariaatthuiszorg@pantein.nl">secretariaatthuiszorg@pantein.nl</a>

Buurtzorg Nederland	
Thema	Bekostiging, berichtenverkeer, kwalitatieve verantwoording en toegang
Beschrijving	De visie van Buurtzorg Nederland is dat de huidige productbenadering in de extramurale AWBZ een te grote focus geeft op het leveren en afrekenen van individuele functies in tijdseenheden, en dat dit de samenhang en de kwaliteit van onze zorg benadeelt. Een gevolg hiervan is het ontstaan van een aanzienlijke bureaucratie in het berichtenverkeer dat slechts ingaat op uren en producten(input) en niet op effect (resultaat). Buurtzorg Nederland geeft aan enerzijds de bureaucratie te kunnen verminderen indien het aantal producten wordt teruggebracht tot één, en dit wordt gebruikt voor de keten indicatie, inkoop, levering en declaratie. In plaats daarvan geeft Buurtzorg Nederland aan meer inhoudelijke informatie over de ingezette interventies en de bereikte resultaten voor de cliënt te zullen leveren op basis van het Omaha-systeem, dat Buurtzorg Nederland bij al zijn teams invoert (met ondersteuning van 'In Voor Zorg!').
Doelstelling	Naast het verminderen van de administratieve lasten verwacht Buurtzorg Nederland dat er meer inzicht zal zijn op de kwaliteit van zorg. Dit leidt tot betere uitkomsten voor de cliënt en lagere kosten.
Regelvrije afspraken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijziging artikel 9 van het Zorgindicatiebesluit.</li> <li>• De NZa stelt op grond van artikel 58 Wmg een beleidsregel Experiment Regelarme Instellingen op. In deze beleidsregel wordt opgenomen van welke nadere regels de instelling kan afwijken en welke beleidsregels de NZa zelf gewijzigd zal moeten toepassen.</li> <li>• De zorgkantoren hanteren alleen eenzelfde inkoopformat en accepteren de 1 prestatie 'Buurtzorg' en ook 1 tarief daarvoor. Ten tijde van het experiment is er ruimte om de processen van zorginkoop en zorgkantoren op andere wijze vorm te geven.</li> <li>• Indicatiestelling is sterk vereenvoudigd en gaat uit van 1 product.</li> <li>• Buurtzorg hoeft cliënten niet meer bij de zorgkantoren in zorg of uit zorg te melden (MAZ en MUT). Vanaf het moment dat er wordt gedeclareerd is de cliënt in zorg en als er niet meer gedeclareerd wordt betekent dit automatisch dat de cliënt niet meer in zorg is.</li> <li>• Het aantal AGBcodes van Buurtzorg is teruggebracht. Elk overkoepelend zorgkantoor heeft nu 1 AGB-code en niet meer een aparte code voor iedere zorgkantoorregio.</li> </ul>
Aantal cliënten	Het experiment heeft betrekking op alle cliënten van Buurtzorg Nederland. Thans levert Buurtzorg Nederland per maand aan circa 20.000 cliënten extramurale zorg.
Bijzonderheden	Geen.
Contactgegevens	Nienke Klerk mail via <a href="mailto:n.klerk@buurtzorg.com">n.klerk@buurtzorg.com</a>

VitrascMD	
Thema	Toegang en kwaliteit
Beschrijving	VitrascMD vindt dat het proces van zorgverlening overgereguleerd is. Structuur, procedures, werkwijzen, regels en hiërarchie zijn onbedoeld belangrijker geworden dan persoonlijke contacten. Het huidige stelsel zet naar mening van VitrascMD niet aan tot efficiency, maar juist tot (over)consumptie. VitrascMD wil daartoe een vereenvoudigd proces van indicatiestelling door huisarts en wijkverpleegkundige in combinatie met een innovatief aanbod van zorg- en hulpverlening aan cliënten en een vereenvoudigde wijze van verantwoording naar het zorgkantoor.
Doelstelling	Door middel van het experiment regelarm wil VitrascMD toetsen of een vereenvoudigd proces van indicatiestelling door huisarts en wijkverpleegkundige in combinatie met een innovatief aanbod van zorg- en hulpverlening aan cliënten en een vereenvoudigde wijze van verantwoording naar het zorgkantoor resulteert in een toename van de cliënttevredenheid, de medewerkerstevredenheid en lagere zorgkosten.
Regelvrije afspraken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijziging zorgindicatiebesluit die ertoe strekt dat VitrascMD in de gelegenheid is voor de cliënten die zich bij hen melden, een 'melding extramurale zorg' te doen.</li> <li>• Aanpassing Regeling verslaglegging WTZi, waarmee VitrascMD gedurende het experiment niet hoeft te voldoen aan de eis om de gegevens van de Zorg Inhoudelijke indicatoren (ZI) en de Consumer Quality Index (CQ) aan te leveren.</li> <li>• Ten tijde van het experiment is er ruimte om de processen van zorginkoop en zorgkantoren op andere wijze vorm te geven.</li> <li>• De NZa stelt op grond van artikel 58 Wmg een beleidsregel Experiment Regelarme Instellingen op. In deze beleidsregel wordt opgenomen van welke nadere regels de instelling kan afwijken en welke beleidsregels de NZa zelf gewijzigd zal moeten toepassen.</li> <li>• Overige afspraken ten aanzien van zorgkantoren en NZa.</li> </ul>
Aantal cliënten	Bij het experiment zijn naar verwachting ca. 650 cliënten betrokken. Het experiment vindt plaats in twee pilotgemeenten: De Bilt en Wijk bij Duurstede
Bijzonderheden	Geen.
Contactgegevens	Folkert Meijer mail via <a href="mailto:f.meijer@vitrascmd.nl">f.meijer@vitrascmd.nl</a>

	ActiVite
Thema	Kwaliteit
Beschrijving	In het experiment levert ActiVite palliatieve zorg op maat in de thuissituatie, op basis van de wensen en behoeften van terminale cliënten met een ptz-indicatie (of: indicatie voor palliatief terminale zorg). De zorg wordt geleverd vanuit een vast team van professionals en vrijwilligers. De zorgvraag van de cliënt wordt adequaat gevolgd, gericht op optimale zorg en ondersteuning. Door doelmatige inzet van middelen zullen gemiddeld genomen 55 van de 81 geïndiceerde ptz-uren per week worden benut. Het weektarief van € 3.181,- per week, gebaseerd op een gemiddelde van 55 uur per week en gericht op dit 24-uurszorgpakket, zal uitsluitend op AWBZ-zorg zijn gericht (dus persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding individueel). In de beginfase zal minder professionele zorg nodig zijn en meer informele zorg, en in de eindfase juist andersom. Met dit experiment kan meer maatwerk worden geleverd.
Doelstelling	Het experiment beoogt om de kwaliteit van leven in de laatste levensfase te verbeteren. Het gaat hierbij om méér uren zorg van hogere kwaliteit (in vergelijking met de palliatief terminale zorg zoals ActiVite die tot op heden kon leveren), binnen de bestaande kaders.
Regelvrije afspraken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De NZa stelt op grond van artikel 58 Wmg een beleidsregel Experiment Regelarme Instellingen op. In deze beleidsregel wordt opgenomen van welke nadere regels de instelling kan afwijken en welke beleidsregels de NZa zelf gewijzigd zal moeten toepassen.</li> <li>• Ten tijde van het experiment is er ruimte om de processen van zorginkoop en zorgkantoren op andere wijze vorm te geven.</li> <li>• Overige afspraken ten aanzien van zorgkantoren en NZa.</li> </ul>
Aantal cliënten	Naar verwachting zullen circa 400 cliënten gebruik maken van het zorgpakket gedurende de looptijd van het experiment in de regio van het werkgebied van ActiVite.
Bijzonderheden	Geen.
Contactgegevens	Liesbeth Leurs mail via secretariaat <a href="mailto:a.vd.vis@activite.nl">a.vd.vis@activite.nl</a>

De Zorgboog	
Thema	Kwaliteit en toegang
Beschrijving	De Zorgboog wil voor de thuiszorg de wijkverpleegkundige de spin-in-het-web functie in de wijk terug geven. Zij krijgt een signalerende en coördinerende rol met als inzet om de zorg rondom kwetsbare cliënten in de wijk beter en passend te organiseren. De cliënt wordt daarbij maximaal in de 'eigen kracht' gezet waardoor de inzet van professionele zorg tot het minimaal noodzakelijke beperkt kan blijven. In het experiment wil De Zorgboog de toegang tot de omvang van de zorg niet laten bepalen door het CIZ maar door wijkverpleegkundigen op basis van hun professionele oordeel.
Doelstelling	<p>Het experiment gaat uit van een toename van zowel de cliënt- als de medewerkerstevredenheid. Als gevolg ziet De Zorgboog:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De administratieve lasten reduceren en de professionele handelingsvrijheid vergroten, waardoor het werk voor de zorgmedewerkers aantrekkelijker wordt;</li> <li>• Een CQ die bij het beëindigen van het experiment tenminste gelijk of hoger is dan de score bij de nulmeting;</li> <li>• Ruimte scheppen om vanuit een visie op de wijkzorg de rol van de wijkverpleegkundigen beter in te vullen;</li> <li>• De zorgtoegang voor klanten en verwijzers vereenvoudigen;</li> <li>• Een maatschappelijke bijdrage leveren aan de beheersing van de AWBZ door mee te werken aan een systeem dat prikkelt tot het zuinig inzetten van professionele zorg in plaats van het reageren op de productieprikkel in het huidige systeem;</li> <li>• Een tenminste gelijke of hogere productiviteit van het directe zorgpersoneel realiseren dan de score bij de nulmeting;</li> <li>• De kosten voor de administratie in de backoffice terugdringen met twee fte op jaarbasis.</li> </ul>
Regelvrije afspraken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijziging artikel 9 van het Zorgindicatiebesluit.</li> <li>• De NZa stelt op grond van artikel 58 Wmg een beleidsregel Experiment Regelarme Instellingen op. In deze beleidsregel wordt opgenomen van welke nadere regels de instelling kan afwijken en welke beleidsregels de NZa zelf gewijzigd zal moeten toepassen.</li> <li>• Ten tijde van het experiment is er ruimte om de processen van zorginkoop en zorgkantoren op andere wijze vorm te geven.</li> <li>• Overige afspraken ten aanzien van zorgkantoren, NZa en het CAK.</li> </ul>
Aantal cliënten	Bij het experiment zijn naar verwachting 3.200 cliënten op jaarbasis betrokken, dat grosso modo neerkomt op de totale extramurale cliëntenpopulatie.
Bijzonderheden	Geen.
Contactgegevens project leider	Judy Bakens mail via secretariaat <a href="mailto:margret.lemaire@zorgboog.nl">margret.lemaire@zorgboog.nl</a>

	Icare
Thema	Kwaliteit, toegang en bekostiging.
Beschrijving	Icare wil toe naar een transparant proces dat volledig gericht is op het bieden van de juiste zorg, in plaats van het huidige bureaucratische proces gericht op rechten op basis van een indicatie. Onder juiste zorg wordt verstaan: die zorg die noodzakelijk is voor zelfstandigheid en kwaliteit van leven van de klant. Zorg die gebaseerd is op evidence based practice en professionele standaarden, waarbij optimaal gebruik wordt gemaakt van eigen mogelijkheden van de klant en zijn omgeving. De regie komt te liggen bij de teams wijkverpleegkundigen in relatie met de cliënt. De declaratie aan het zorgkantoor is gebaseerd op de planning die voortvloeit uit de met cliënten afgesproken zorgplannen. Icare wil in twee pilots (regio's) experimenteren met het wijzigen van de indicatiestelling procedure door het CIZ en het laten vervallen van de 5-minuten registratie per prestatie. Tevens wil Icare het AZR berichtenverkeer terug brengen tot het aan- en afmelden van klanten. Bovendien wil Icare in het kader van het experiment werken met een nieuwe zorgprestatie. Daarnaast zal de declaratie niet meer gebaseerd zijn op de minutenregistratie maar op 'planning is realisatie' (onderdeel van het zorgplan).
Doelstelling	Doelstellingen van het experiment zijn: minder tijd aan registratie en administratieve handelingen, meer tijd voor de cliënt, meer tevreden cliënten en medewerkers, goedkopere zorg, onder meer doordat de zelfredzaamheid van cliënten en de omgeving van cliënten wordt gestimuleerd.
Regelvrije afspraken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijziging zorgindicatiebesluit (artikel 9) die ertoe strekt dat Icare in de gelegenheid is voor de cliënten die zich bij hen melden, een 'melding extramurale zorg' te doen.</li> <li>• De NZa stelt op grond van artikel 58 Wmg een beleidsregel Experiment Regelarme Instellingen op. In deze beleidsregel wordt opgenomen van welke nadere regels de instelling kan afwijken en welke beleidsregels de NZa zelf gewijzigd zal moeten toepassen.</li> <li>• Ten tijde van het experiment is er ruimte om de processen van zorginkoop en zorgkantoren op andere wijze vorm te geven.</li> <li>• Overige afspraken ten aanzien van zorgkantoren, NZa en het CAK.</li> </ul>
Aantal cliënten	Het experiment wordt uitgevoerd in twee rayons: Zuid Veluwe en Flevoland. Het aantal betrokken AWBZ-clieënten in team Swifterbant (Flevoland) is circa 60. In relatie tot de totale cliëntenpopulatie extramuraal in Flevoland is dat 6,53%. Het aantal AWBZ cliënten in teams Zuid Veluwe is circa 134. In relatie tot de totale cliëntenpopulatie extramuraal in Zuid Veluwe is dat 9,8%.
Bijzonderheden	Geen.
Contactgegevens	Ria Olthof mail via secretariaat <a href="mailto:i.soet@icare.nl">i.soet@icare.nl</a>

Cordaan	
Thema	Kwaliteit
Beschrijving	<p>Kernachtig gesteld is het doel van het experiment van Cordaan te gaan werken met een sterk versoerd kwaliteitsbouwwerk voor hun zorgteams. Hierbij past dat Cordaan snoeit en schraapt in het woud van registraties en rapportages, protocollen en signaleringslijsten. De kwaliteitsverantwoording blijft wel bestaan, namelijk door de externe verantwoording helemaal te koppelen aan het persoonlijk plan. De kern van de verandering zit in een eenvoudig en helder persoonlijk plan, een integrale risicosignalering en het voeren van de dialoog over kwaliteit met de cliënt en binnen de teams.</p> <p>Daarnaast wil Cordaan een CQ-light variant bedenken en invoeren. Het meten van de cliënttevredenheid wordt gekoppeld aan de evaluatie van het persoonlijk plan. Met deze informatiebronnen, gekoppeld aan het persoonlijk plan kan direct sturing- en verantwoordingsinformatie gegeven worden. Deze informatie maakt de huidige uitvraag vanuit Zichtbare Zorg overbodig voor Cordaan en Cordaan gaat dat in het experiment demonstreren. Kwaliteit komt vooral tot stand in de directe relatie/dialoog tussen cliënt en zorgverleners. Vanuit dit perspectief heeft Cordaan de Universiteit van Amsterdam (UvA) bereid gevonden onderzoek te doen bij teams en locaties die in het experiment zijn betrokken.</p>
Doelstelling	<p>Met deze aanpak verwacht Cordaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het werken aan kwaliteit meer focus heeft en daardoor verbetert;</li> <li>• De kwaliteit nadrukkelijk als kernopdracht van de zorgteams wordt ervaren;</li> <li>• De zorgteams meer tijd voor de cliënt beschikbaar hebben;</li> <li>• Verantwoording over kwaliteit veel doelmatiger wordt.</li> </ul>
Regelvrije afspraken	<p>Aanpassing Regeling verslaglegging WTZi, waarmee Cordaan niet hoeft te voldoen aan de eis om gegevens aan te leveren (ZI meetresultaten en CQ-indicatoren). Cordaan heeft met het zorgkantoor afspraken gemaakt over een andere wijze van externe verantwoording voor de locaties die deelnemen aan de pilot.</p>
Aantal cliënten	<p>Het experiment heeft betrekking op een reeks locaties en zorgteams die samen omstreeks 650 cliënten bereiken; bij benadering 300 in de gehandicaptenzorg en 350 in de ouderenzorg.</p>
Bijzonderheden	Geen.
Contactgegevens	<p>Eline van Geest mail via secretariaat <a href="mailto:jtoorneman@cordaan.nl">jtoorneman@cordaan.nl</a></p>

IJsselheem	
Thema	Kwaliteit
Beschrijving	IJsselheem wil een cliëntbespreking waarin het welzijn van de cliënt meer centraal staat. Het gesprek met de cliënt is daarom niet meer gericht op gezondheidsrisico's. Onderwerp van gesprek is wat de cliënt nog zelf kan en waar hij/zij aanvullende ondersteuning wenst. De checklist met betrekking tot risicosignalering wordt niet meer besproken met de cliënt. Het doel is de kwaliteit van de zorg te verhogen door werkelijk in gesprek te komen met de cliënt. Tijdens dit gesprek met de cliënt en tijdens de cliëntbespreking staat het welzijn van de cliënt centraal. Het doornemen van de checklist kost veel tijd en focust het gesprek te veel op medische aspecten. De risico's komen voldoende aan de orde in het zorgleefplan. IJsselheem vertrouwt hierbij op de professionaliteit van haar medewerkers.
Doelstelling	Het doel is om de kwaliteit van het gesprek met de cliënt en de kwaliteit van het cliëntgesprek te verhogen, waardoor de zorg beter wordt afgestemd op de mogelijkheden en wensen van de cliënt zelf.
Regelvrije afspraken	Gedurende het experiment is IJsselheem niet verplicht voor iedere cliënt een risicosignaleringslijst voor zorgproblemen conform het kwaliteitsdocument VV&T af te werken. IJsselheem kan afzien van de verplichting om gegevens aan te leveren voor de zorginhoudelijke meting in het kader van de normen verantwoorde zorg.
Aantal cliënten	Het experiment loopt op drie locaties met in totaal circa 160 bewoners.
Bijzonderheden	Van dit experiment is ook een casusbespreking beschikbaar. Het experiment is afgerond per 1-1-2014.
Contactgegevens	Paula van den Bogaart mail via secretariaat <a href="mailto:i.mateboer@ijsselheem.nl">i.mateboer@ijsselheem.nl</a>



	Surplus
Thema	Kwaliteit
Beschrijving	<p>Surplus wil tot standaardisatie van de transitie komen. De organisatie wil voorkomen dat er opnieuw te veel administratieve procedures gaan ontstaan. Bij de administratieve lastenverlichting komen zaken kijken als: inkoop van zorgkantoor (ZK) naar gemeenten, verwevenheid welzijn, wijkverpleging, zorgverzekeraar (ZV), relatie in transfer ziekenhuizen. Om tussen de verschillende partijen tot een zo doelmatig mogelijke inzet te kunnen komen, zullen verschillen in inkoopdoelstellingen, conflicterende of overlappende regels weggenomen moeten worden. De inhoudelijke beoordeling van het experiment zal vooral gericht zijn op de met de cliënt overeengekomen zorgarrangementen, welke zijn vastgelegd in de zorgplannen. Er moet ook een transitie van claim- naar compensatiecultuur ontstaan. Het succes hiervan zal deels afhangen van de wijze waarop er geadmistreerd wordt.</p>
Doelstelling	<p>De lastenverlichting zal leiden tot meer tijd voor de cliënt en de doelmatigheid. Het resultaat 'meer kwaliteit' zal afhankelijk zijn van de uitkomst die samen met gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders tot stand moet komen.</p>
Regelvrije afspraken	Onbekend.
Aantal cliënten	Onbekend.
Bijzonderheden	Geen.
Contactgegevens	<p>Martin Brouwers mail via <a href="mailto:martin.brouwers@surplusgroep.nl">martin.brouwers@surplusgroep.nl</a></p>

Careyn	
Thema	Zorgstelsel
Beschrijving	Careyn stelt de cliënt centraal met als doel de cliënt zo zelfredzaam mogelijk te laten zijn en te zoeken naar substitutie. Dat komt samen in 'Het Regelarme Dorp'. Dit betekent meer vrijheid in het handelen van het wijkteam en de wijkverpleegkundige speelt in het plan van Careyn een belangrijke rol. Zorg en ondersteuning wordt gecombineerd met informele zorg waarbij de zelfredzaamheid van de cliënt centraal staat. Dat wordt onder meer mogelijk gemaakt door te indiceren vanuit het zelfredzaamheidsperspectief en een bepaalde vrije ruimte aan te houden in de bekostiging. De vrije ruimte biedt gelegenheid voor het stimuleren van informele zorg, het opzetten van netwerken met andere betrokken instanties en vroegtijdige signalering van mogelijke hulpvragen. Tevens worden de administratieve lasten verminderd door te experimenteren met het sterk vereenvoudigen van het berichtenverkeer en het bieden van een alternatieve vorm van kwaliteitsmeting ten aanzien van de CQ-index en HKZ.
Doelstelling	In de visie van Careyn leidt dat tot: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het ontwikkelen en beter benutten van sociale netwerken in een wijk hetgeen leidt tot minder inzet van professionele zorg, meer doelmatigheid en hogere kwaliteitsbeleving door cliënten;</li> <li>• Meer nadruk op het vroegtijdig signaleren van verlies aan zelfredzaamheid bij mensen en maatregelen nemen om de zelfredzaamheid te stimuleren;</li> <li>• Meer ruimte bij professionals om de zorg voor cliënten zelf te regelen, waarmee meer effectiviteit en hogere tevredenheid van cliënten en medewerkers wordt bereikt.</li> </ul>
Regelvrije afspraken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijziging zorgindicatiebesluit die ertoe strekt dat Careyn in de gelegenheid is voor de cliënten die zich bij hen melden, zelf een indicatie te stellen.</li> <li>• Aanpassing Regeling verslaglegging WTZi, waarmee Careyn niet hoeft te voldoen aan de eis om gegevens aan te leveren (ZI meetresultaten en CQ-indicatoren). Daarnaast heeft Careyn met het zorgkantoor afgesproken dat zij niet meer zullen voldoen aan de eisen van HKZ.</li> <li>• Ten tijde van het experiment is er ruimte om de processen van zorginkoop en zorgkantoren op andere wijze vorm te geven.</li> <li>• De NZa stelt een beleidsregel Experiment Regelarme Instellingen op. In deze beleidsregel wordt opgenomen van welke nadere regels de instelling kan afwijken en welke beleidsregels de NZa zelf gewijzigd zal moeten toepassen.</li> <li>• Overige afspraken ten aanzien van zorgkantoren, NZa en het CAK.</li> </ul>
Aantal cliënten	Het experiment betreft de gehele extramurale zorg die Careyn nu levert aan circa 15.000 cliënten.
Bijzonderheden	Experiment is gestopt per 1-11-2013
Contactgegevens	Gerda Voorwinde mail via <a href="mailto:g.voorwinde@careyn.nl">g.voorwinde@careyn.nl</a>

Bezoekadres Thermen 1, 7521 PS Enschede  
Postadres Postbus 262, 7500 AG Enschede  
Telefoon (053) 4330548 Internet [www.nhm.nl](http://www.nhm.nl)  
E-mail [info@nhm.nl](mailto:info@nhm.nl) KvK-nummer 08120363