

Eindevaluatie Experiment regelarme instellingen (ERAI)

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting.....	6
1. Inleiding	8
1.1 Methode.....	8
2. Doel en opzet van ERAI	9
2.1 Doelen	9
Paradigmashift.....	9
De cliënt en de professional centraal.....	9
2.2 Opzet	10
2.3 Context: het zorgsysteem.....	10
3. Opzet van het experiment.....	11
3.1 Organisatie van ERAI	11
Experimenten van zorgaanbieders.....	11
Meldingen van regeldruk	11
Hervorming Langdurige zorg.....	12
3.2 Inhoud van de experimenten	12
Indicatie van zorg	12
Bekostiging en verantwoording van zorg.....	13
Kwaliteitsmeting en –verantwoording.....	13
4. Resultaten van ERAI.....	15
4.1 Waardegedreven werken bevordert kwaliteit van zorg	15
4.2 Onnodige regels kunnen daadwerkelijk teruggedrongen worden	17
4.3 Resultaten in een complex stelsel.....	17
5 Opvolging van de resultaten in landelijk beleid.	19
Toegang tot zorg: indicatie.....	19
Bekostiging en verantwoording van zorg.....	19
Kwaliteitsmeting en –verantwoording.....	20
6 Lessen van ERAI	22
De ‘bedoeling van de zorg’ centraal stellen vergt visie, lef en een continue dialoog tussen alle partijen.....	22
Zorgaanbieders kunnen zelf veel doen om de interne regeldruk op de werkvloer te verminderen.....	22

Regelreflex is hardnekkig	22
Het terugdringen van regels vindt plaats in een complex systeem.	22
Creëer goede randvoorwaarden voor experimenteren.....	23
Verbinding met het veld leidt tot betere regelgeving en uitvoering	23
Getoond leiderschap maakt het verschil.....	23
Feiten en Fictie	23
Bijlage 1: beschrijving experimenten zorgaanbieders	24
Verpleging en Verzorgingsinstellingen	24
Activite (palliatieve zorg).....	24
Allerzorg (palliatieve zorg).....	24
Buurtzorg (thuiszorg).....	24
Cordaan (verpleging en verzorging)	25
De Hoven (verpleging en verzorgingshuis zorg)	25
Icare (verpleging en verzorging en thuiszorg).....	25
Ijselheem (verzorgingshuiszorg)	26
Kwadrant Groep (thuiszorg)	26
Opella (verpleging en verzorging en thuiszorg).....	26
Pantein (thuiszorg)	26
Vilente (verpleging en verzorgingshuis zorg / thuiszorg).....	27
Vitras (thuiszorg)	27
De zorgboog (wijkverpleging).....	27
Gehandicaptenzorgaanbieders	28
Abrona (gehandicaptenzorg).....	28
Cordaan (gehandicapentenzorg).....	28
JP Van den Bent (gehandicaptenzorg).....	28
Middin (gehandicaptenzorg)	29
Philadelphia (divers).....	29
Prisma (gehandicaptenzorg).....	29
Overig	29
De Drie Notenbomen (GGZ)	29
GGZ Friesland (GGZ)	30
Stichting transmurale zorg (transmuraal)	30
Surplus	30

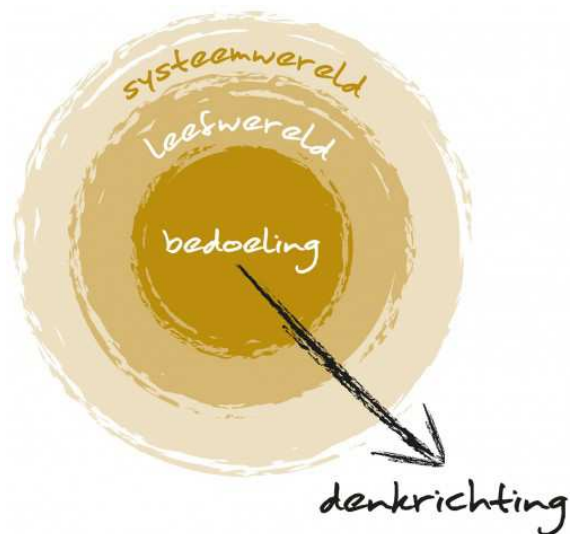
Voorwoord

In 2011 is VWS met het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) een bijzonder experiment gestart. De toenmalige staatssecretaris van VWS sprak de hoop uit dat deze experimenten zouden bijdragen aan een paradigmashift door een andere kijk op zorg.¹ Is het mogelijk om de kwaliteit van zorg anders te benaderen, en meer rekening te houden met de behoefte van de cliënt? Hoe krijgt de cliënt meer zeggenschap in de beslissingen die betrokkenen in de zorgketen maken? En op welke manier kunnen zorgverleners meer ruimte en vertrouwen krijgen in hun dagelijkse werkzaamheden? De experimenten zouden moeten leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg naast een vermindering van administratieve lasten. Het uitgangspunt van ERAI was om uit te gaan van een bottom up benadering, hetgeen in het veld het meest leeft. Het was daarom noodzakelijk om zorgaanbieders te mobiliseren om van ERAI een succes te maken. Op hun beurt leverden de betrokken ketenpartners² en VWS inspanningen om de voorstellen van de zorgaanbieders zo goed mogelijk te accommoderen.

ERAI werd een bijzonder experiment. 28 zorgaanbieders gingen het experiment aan, waarvan 23 het experiment hebben afgerond. Bijna 700 meldingen van onnodige regelgeving kwamen binnen bij het ingerichte meldpunt. De zorgaanbieders kregen ieder een 'buddy' binnen het ministerie van VWS en de ketenpartners sloten zich aan bij ERAI. Waar de zorgaanbieders tegen regelgeving aanliepen hielpen de buddies van VWS deze samen met de ketenpartners te ontwarren. Deelnemers van het experimenten kregen voor regelgeving die in de weg zat tijdelijk ontheffing.

Dit bijzondere experiment heeft zijn waarde gekregen door de niet aflatende inzet van de deelnemers. Zij hebben VWS en de ketenpartners keer op keer geconfronteerd met vragen rondom niet consistente of in hun ogen onnodige regelgeving. Ook hebben zij voorstellen gedaan hoe hier op een andere manier mee om te gaan. Door dit experiment is de afstand tussen het ministerie en de praktijk kleiner geworden. Dat heeft zeker positieve gevolgen voor het huidige en toekomstige beleid. Uit de tussenevaluatie³ en de eindgesprekken met deelnemers bleek dat de

deelnemers dit proces als de start van een beweging zagen. Bestuurders gaven aan dat hun motivatie om mee te doen, begon bij de intrinsieke overtuiging dat de zorg echt beter moest, de behoefte van de cliënt centraal moest komen te staan, en dat de professionals, diegene die daadwerkelijk de zorg verlenen, hun werk goed moesten kunnen doen. Zij gaven aan dat de systeemwereld te veel de inrichting van organisaties



Figuur 1 (uit: Wouter Hart, verdraaide organisaties)

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 29515, nr 50.

² NZa, CAK, ZiNL, IGZ, CIZ en zorgkantoren.

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 31 765, nr. 95

heeft bepaald. Dit kan worden omgedraaid door 'de bedoeling' meer centraal te stellen.⁴ In dit evaluatierapport zal dit begrip dan ook regelmatig terugkomen.

Tot slot, een beweging is nooit af. Met ERAI hebben de deelnemers werk gemaakt van het vormgeven van cliëntgerichte zorg door het terugdringen van regeldruk. De praktijk is echter ook weerbarstig gebleken, bijvoorbeeld doordat er een verschuiving van lasten plaatsvond richting ketenpartners. In de experimenten zijn mooie resultaten geboekt, maar nieuwe uitdagingen op dit terrein dienen zich continu aan. VWS gaat deze uitdagingen, samen met de betrokken partijen, aan. Zo heeft ERAI rechtstreeks model gestaan voor de aanpak binnen 'Waardigheid en Trots' met 150 deelnemende aanbieders.

Want, om met de woorden van een van de zorgbestuurders te spreken: "wanneer regelgeving de hulpverlener verhindert de juiste zorg te bieden, dan zou die regelgeving niet van kracht moeten zijn".

⁴ In de gesprekken die zijn gehouden over de eindevaluatie werd verwezen naar het boek van Wouter Hart: verdraaide organisaties.

Samenvatting

ERAI had tot doel om aanbieders de mogelijkheid te geven meer cliëntgerichte, doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren, door de administratieve regeldruk te verminderen. In dit eindrapport wordt gesproken over 'de bedoeling' van de zorg, waarmee wordt bedoeld op waar de zorg echt om draait, de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Tijdens ERAI is ervaren welke regels 'de bedoeling van zorgverlening' belemmeren, en hoe deze vereenvoudigd of afgeschaft kunnen worden. Binnen ERAI werkten zorgaanbieders, VWS en de betrokken veldpartijen samen om dit te bewerkstelligen. ERAI bestond uit twee onderdelen:

- Experimenteren: 23 zorgaanbieders hebben een experiment voltooid waarin het verbeteren van de kwaliteit van zorg centraal stond. Zij hebben onder andere geëxperimenteerd met de indicatiestelling, de inkoop en de kwaliteitsverantwoording.
- Het melden van hinderende regels: bijna 700 meldingen zijn gedaan van regels die zorgaanbieders als belemmerend ervaren.

Deze eindevaluatie bestaat uit een beschrijving van het verloop, de resultaten en de lessen die geleerd zijn uit ERAI. Deze eindevaluatie bouwt voort op de uitgebreide tussenevaluatie die is gehouden. De evaluatie is tot stand gekomen door een analyse van de interne (tussen)evaluaties die door de zorgaanbieders zijn gehouden en gesprekken die naar aanleiding daarvan zijn gevoerd. Dit document markeert geen einde van een project, maar de neerslag van een continu gezamenlijk proces om regeldruk in de zorg te verminderen.

ERAI heeft zorgaanbieders, veldpartijen, en het ministerie van VWS in staat gesteld om ervaring op te doen met regelarm werken in de zorg, en om hier lering uit te trekken. ERAI heeft een aantal concrete resultaten opgeleverd. Deze resultaten hebben betrekking op twee centrale inzichten:

- **Waardegedreven werken bevordert de kwaliteit van zorg:** door te beginnen bij het doel wat je wilt bereiken, namelijk goede zorg voor de cliënt, verandert de manier waarop de organisatie (op alle niveaus) werkt en hoe dit werk ervaren wordt door professionals.
- **Onnodige regels kunnen daadwerkelijk teruggedrongen worden:** door de zorgrelatie tussen cliënt en professional centraal te stellen, werd duidelijk welke regels belemmerend werken om goede zorg te leveren. Tijdens de experimenten is ontdekt dat het daadwerkelijk mogelijk is om deze regels te vereenvoudigen of weg te nemen, zodat de regeldruk vermindert terwijl de kwaliteit van de zorg behouden blijft of verbetert. Dit kan rechtstreeks leiden tot meer kwaliteit voor de cliënt.

In dit rapport worden deze centrale inzichten onderbouwd met concrete resultaten uit de experimenten. Ook wordt er ingegaan op de beleidsmaatregelen die zijn genomen op basis van de resultaten van het experiment. Voorbeelden die hierbij worden genoemd zijn onder andere het inkoopkader Wlz, het AZR berichtenverkeer, het bevroren van de

CQ index voor de V&V, vereenvoudigingen in DigiMV, reductie van het aantal prestaties in de wijkverpleging en de geldigheidsduur van de Wlz indicatie. Ook worden initiatieven die nu worden ondernomen beschreven die mede tot doel hebben cliëntgerichte zorg verder vorm te geven, zoals het programma 'Waardigheid en Trots' en maatregelen uit de brief 'Waardig Leven met Zorg'.⁵

Het experiment heeft aangetoond dat het mogelijk is om cliëntgerichte zorg vorm te geven door de administratieve lasten terug te dringen, maar laat ook zien dat dit zeer complex is. Het vormgeven van het experiment heeft van alle betrokkenen veel gevraagd en de praktijk is weerbarstig gebleken. Nieuwe uitdagingen op dit terrein dienen zich continu aan. Het succes van ERAI is te danken aan de enorme inzet die alle partijen hebben geleverd.

Het experiment heeft belangrijke lessen opgeleverd. Aan het einde van dit rapport worden deze weergegeven. De belangrijkste les is dat het centraal stellen van 'de bedoeling van de zorg' visie, lef en een continue dialoog vergt, waarbij alle betrokken partijen van professionals tot beleidsmakers een belangrijke rol hebben te vervullen. Alleen door de bedoeling centraal te stellen kunnen administratieve lasten daadwerkelijk worden teruggedrongen.

⁵ 26 februari 2016, kenmerk 930368-147878-LZ

1. Inleiding

In 2011 is het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) gestart. Zorgaanbieders konden regeldruk bij het ministerie van VWS melden en ideeën aandragen om de kwaliteit van zorg te vergroten door regelarmer te gaan werken. 23 instellingen hebben uiteindelijk experimenten voltooid. De experimenten liepen uiteen van het zelf-indiceren van cliënten door zorgprofessionals, tot het hanteren van alternatieve kwaliteitssystemen. Nu, vijf jaar later, is het moment gekomen om in een eindevaluatie terug te kijken op het verloop en de resultaten van ERAI, en in beeld te brengen welke lessen geleerd zijn. Het verbeteren van de kwaliteit, doelmatigheid en cliëntgerichtheid door het terugdringen van regeldruk in de zorg is echter een continu proces, dat ook door moet gaan nadat ERAI voltooid is.

Deze eindevaluatie geeft op papier een samenvatting van de belangrijkste resultaten en lessen uit ERAI. De grote meerwaarde van ERAI is echter moeilijk op papier over te brengen. Deze laat zich het beste ‘ervaren’ door te spreken met al die mensen die hebben deelgenomen. Uit hun verhalen blijkt hoe waardevol het experiment was, maar ook wat een grote uitdaging het is om bestaande patronen te doorbreken. Om hier meer inzicht in te geven zijn op www.invoorzorg.nl deze verhalen beschreven.

1.1 Methode

Het doel van deze eindevaluatie is om de lessen van alle betrokkenen te beschrijven en zo te ontdekken hoe we samen focus kunnen houden op de bedoeling van de zorg. Deze eindevaluatie heeft daarom de vorm van een synthese van de evaluaties, waarin vooral gezocht wordt naar de grote lijnen.⁶ De eindevaluatie is uitgevoerd door het ministerie van VWS. Hiervoor is gekozen omdat binnen VWS alle kennis over het experiment aanwezig is. Door ook zelf de evaluatie uit te voeren wordt er voor gezorgd dat de kennis over de aanpak van het experiment en de geleerde lessen ook goed binnen de VWS organisatie worden geborgd. Voor de eindevaluatie is gebruik gemaakt van de landelijke tussenrapportage van KPMG en de (interne) tussen- en eindevaluaties van de deelnemers en ketenpartners. Op basis van deze stukken zijn ook gesprekken gevoerd met deelnemers en ketenpartners. Voor de organisatie van deze gesprekken is ondersteuning gebruikt van een extern bureau.

De aanpak van deze eindevaluatie is tweeledig. Enerzijds blikt de eindevaluatie terug op ERAI, en brengt verbanden aan tussen de lessen van alle betrokkenen. Anderzijds wordt vooruit gekeken: waar staan we na de afronding van ERAI, welke resultaten van ERAI zijn geland in beleid en welke lessen zijn geleerd? De opbouw van de eindevaluatie ziet er als volgt uit:



⁶ Nadere informatie en documenten over ERAI en de deelnemende aanbieders is te vinden op de website www.invoorzorg.nl.

- Hoofdstuk 2: Doel en opzet van ERAI
 - Met welke doelen is ERAI gestart?
 - Hoe is ERAI op basis van deze intenties ontworpen?
- Hoofdstuk 3: Opzet van het experiment
 - Welk implementatie-proces heeft plaatsgevonden bij ERAI?
 - Hoe is ERAI vervolgens in de praktijk verlopen?
- Hoofdstuk 4: Resultaten van ERAI
 - Wat heeft ERAI opgeleverd?
- Hoofdstuk 5: Opvolging van de resultaten in landelijk beleid
 - Hoe zijn de resultaten opgevolgd?
- Hoofdstuk 6: Lessen uit ERAI
 - Welke lessen volgen uit ERAI?

2. Doel en opzet van ERAI

2.1 Doelen

Het primaire doel van ERAI was dat de cliënt weer het middelpunt van het zorgproces zou vormen. De behoefte van de cliënt moest weer centraal komen te staan. Vanuit die gedachte krijgt kwaliteit van zorg een andere betekenis. De relatie tussen zorgverlener en cliënt vormt de basis, wat betekent dat professionals meer ruimte en vertrouwen nodig hebben om aan te kunnen sluiten op wat de cliënt nodig heeft. Zorgverleners en bestuurders ervoeren dat bepaalde regels in de zorg de kwaliteit van zorg niet ten goede kwam. Binnen ERAI werd daarom ruimte gecreëerd waardoor aanbieders konden beginnen bij de basis: hoe willen wij goede zorg verlenen? En welke regels dragen daar niet aan bij? De regelgevende en uitvoerende instanties zouden de aanbieders ondersteunen door ruimte in de regels te faciliteren. ERAI ging daarmee uit van een bottom-up benadering: het experiment begon bij de zorgaanbieders en bij hun voorstellen om goede zorg te bevorderen.

Paradigmashift

De toenmalige staatssecretaris van VWS sprak in 2011 de hoop uit dat regelarme experimenten zouden bijdragen aan een paradigmashift door een andere kijk op zorg. De experimenten zouden moeten leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg, door een vermindering van regeldruk. Zorgaanbieders hebben de kans gekregen om in samenwerking met de ketenpartners te laten zien op welke wijze zij betere zorg willen en kunnen realiseren. Met meer oog voor het welbevinden van de cliënt en minder interne- en externe administratieve lasten.

De cliënt en de professional centraal

De cliënt en de professional zijn het middelpunt van het zorgproces. Het uitgangspunt van de experimenten was om de zorg weer vorm te geven op basis van deze relatie. Cliënten krijgen meer zeggenschap en professionals faciliteren dat cliënten zoveel mogelijk regie over hun eigen leven behouden.

2.2 Opzet

ERAI bestond uit twee onderdelen. Het eerste onderdeel behelsde de inventarisatie van hinderende regels. Professionals werkzaam in de langdurige zorg konden hier melden welke regels volgens hen cliëntgerichte zorg belemmeren. Hiervoor is destijds een speciaal meldpunt geopend.

Het tweede onderdeel betrof de uitvoering van experimenten door zorgaanbieders: zij konden voorstellen aanleveren voor een experiment waarin de bedoeling van de zorg voorop stond en konden aangeven welke regels aanpassing of verruiming vroegen. VWS heeft in 2011 de zorgaanbieders opgeroepen om deel te nemen aan ERAI. De voorstellen moesten aan de volgende criteria voldoen:

1. De kwaliteit van de zorg die de zorgaanbieder leverde mocht niet ter discussie staan.
2. Men moest een goed beeld hebben van wat de deelname aan het experiment zou moeten opleveren.
3. De experimenten moesten minimaal budgetneutraal zijn en het CAK moest de eigen bijdrage kunnen vaststellen en innen.
4. Er moest meer kwaliteit, doelmatigheid of cliëntgerichtheid ontstaan door het verminderen van regeldruk.

Binnen ERAI kregen de deelnemers de vrijheid om te experimenteren op basis van vertrouwen.

2.3 Context: het zorgstelsel

De langdurige zorg is georganiseerd in een complex stelsel, waarbij veel verschillende instanties betrokken zijn om het geheel betaalbaar en kwalitatief hoogstaand te houden (zie figuur 2). Binnen deze complexe context heeft ERAI vorm gekregen.

Figuur 2: het stelsel van langdurige zorg (Bron: Ministerie van VWS)



3. Opzet van het experiment

3.1 Organisatie van ERAI

Experimenten van zorgaanbieders

De intentie was om het experiment te starten met 5 geïnteresseerde zorgaanbieders. De animo bleek echter zeer groot. 120 zorgaanbieders hebben in 2011 een voorstel gedaan om een experiment te doen. De ingediende voorstellen zijn door VWS samen met de ketenpartners beoordeeld. Op basis van de voorselectie en nadere gesprekken zijn uiteindelijk 28 zorgaanbieders van start gegaan.⁷ Dit betreft aanbieders in de verpleging en verzorging, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. In 2012 is er veel contact geweest tussen de aanbieders en de betrokken veldpartijen. Tijdens deze gesprekken bleek hoe complex het is om ruimte te creëren om zorg echt anders te organiseren.

De zorgaanbieders hebben een projectplan geschreven en doelstellingen voor het experiment gedefinieerd. In overleg met de betreffende ketenpartners en VWS zijn de experimenten vervolgens vorm gegeven. Dit heeft veel tijd in beslag genomen. Het bleek niet eenvoudig om bepaalde regels buiten werking te stellen. Er is veelvuldig overleg gevoerd met de ketenpartners om inzichtelijk te krijgen hoe regels buiten werking konden worden gesteld en welke gevolgen dit had voor bijvoorbeeld ICT systemen. Dit heeft veel gevergd van alle betrokken partijen. Hierdoor is wel inzichtelijk geworden hoe de systemen werken en hoe alle ketenpartners van elkaar afhankelijk zijn.

Voor de start van het experiment hebben alle deelnemers hebben een 'go'-brief van VWS ontvangen, waarin de aanpassing in de regelgeving en de rol van de ketenpartners hierbij was omschreven. In 2013 zijn de meeste deelnemers van start gegaan met de experimenten, een enkeling begon al eerder. Een klein aantal aanbieders was al anders gaan werken en zag in ERAI een goede kans om resultaten daarvan te delen. Ook in de uitvoering van de experimenten hebben de aanbieders zoveel 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.

Meldingen van regeldruk

In de zomer van 2011 zijn er bijna 700 meldingen gedaan van regels die volgens zorgaanbieders de zorg voor cliënten niet verbetert of zelfs belemmert. In deze meldingen gaven zorgverleners aan van welke regel zij last hadden en hoe deze volgens hen weggenomen of versimpeld kon worden. Iedere melding is vervolgens beantwoord door het ministerie van VWS en - wanneer dat van toepassing was - de regelgevende of uitvoerende instantie, zoals de NZa of het CIZ. Met alle melders is telefonisch contact opgenomen. Hieruit bleek dat, na het contact, lang niet alle regels meer als overbodig werden ervaren. Een goede uitleg over het waarom van de regel was dan voldoende. De meldingen zijn thematisch geordend. In verschillende brieven aan de Tweede Kamer is

⁷ Waarvan uiteindelijk 23 zorgaanbieders een experiment hebben afgerond.

aangegeven hoe de meldingen zijn opgevolgd en welke maatregelen ter verbetering zijn genomen.⁸ In hoofdstuk 5 van dit rapport wordt hier nader op ingegaan.

Hervorming Langdurige zorg

Vanaf 2015 is de langdurige zorg in Nederland ingrijpend hervormd. ERAI heeft in 2011 vorm gekregen onder de AWBZ. De resultaten van ERAI moeten in die context worden gezien. Met de hervormingen zijn er fundamentele keuzes gemaakt. Vraagstukken rondom bijvoorbeeld de toegang tot de huidige Wlz en mogelijkheden rond zelf-indiceren, zijn anders dan dat die onder de AWBZ waren. Dit neemt niet weg dat de resultaten van ERAI bruikbaar zijn. Verschillende resultaten van ERAI zijn gedurende de looptijd van het experiment meegenomen bij het vormgeven van de hervormingen. Bijvoorbeeld doordat in de Wmo en Zvw meer maatwerk centraal staat. De wijkverpleegkundige heeft meer regie en kan zelf indiceren. Maar ook omdat er een cultuurverandering in gang is gezet, waarbij de relatie cliënt – professional meer centraal is komen te staan, wat eveneens een continue aandacht voor het wegnemen van administratieve lasten met zich mee brengt. Dit geldt zowel op het niveau van zorgaanbieders als op het niveau van beleidsmakers.

De hervormingen van de langdurige zorg hebben ook laten zien het bieden van meer maatwerk en het centraal stellen van de relatie cliënt-professional door het terugdringen van administratieve lasten een continu proces is. Door de hervormingen dienen nieuwe uitdagingen zich aan. Dit is ook aangegeven in de voortgangsrapportages over de hervormingen van de langdurige zorg.⁹ Het is hierbij belangrijk om ook in de toekomst de geleerde lessen uit ERAI mee te blijven nemen. Later in deze evaluatie wordt hier op ingegaan.

3.2 Inhoud van de experimenten

Een uitgebreide beschrijving van de experimenten is beschikbaar op www.invoorzorg.nl. In bijlage 1 is een korte samenvatting opgenomen van ieder experiment. Samengevat vallen de experimenten binnen ERAI grofweg uiteen in drie categorieën. Een aanzienlijk aantal zorgaanbieders voerde experimenten uit in meerdere van deze categorieën. De meldingen zijn grofweg onder te verdelen in dezelfde categorieën.

Indicatie van zorg

15 aanbieders hebben geëxperimenteerd met alternatieve manieren van indiceren,¹⁰ en over regels met betrekking tot indicatie zijn diverse meldingen gedaan.¹¹ Op het gebied van indicatie werd vooral melding gemaakt over de uitgebreide verantwoording bij een aanvraag, de geldigheidsduur van een indicatie en de wachttijd voordat de zorg voor een cliënt daadwerkelijk ingezet kan worden.

⁸ Zie onder andere: Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 31765 nr. 31.

⁹ Zie o.a. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 34 104, nr. 63

¹⁰ Philadelphia, Allezorg, Vilente, Buurtzorg, JP van de Bent, De Hoven, Palet, Opella, GGZ Friesland, Icare, Abrona, Prisma, Stichting Transmurale zorg, Vitras, Zorgboog, Pantein

¹¹ De meldingen hadden voornamelijk betrekking op het tijdpad van het CIZ (6 weken), de onmogelijkheid om zelf te indiceren, de aan te leveren bewijslast en niet passende indicaties (sectorvreemde ZZP's)

De aanbieders wilden experimenteren met het zelf doen van indicaties binnen het primaire zorgproces. Zij hebben, in goed overleg met het CIZ, op verschillende manieren geëxperimenteerd met indicatie door zorgverleners, waar mogelijk bij de cliënt thuis. Het CIZ toetste (al dan niet steekproefsgewijs) achteraf en kon tussentijds benaderd worden met vragen. Ook experimenteerden aanbieders met het efficiënter inrichten van her-indicaties.

Bekostiging en verantwoording van zorg

De experimenten op het gebied van bekostiging en verantwoording van zorg hadden betrekking op de inkoop door zorgkantoren, zowel de reguliere zorg als de meerzorg.¹²

De belangrijkste meldingen die zijn gedaan zijn:

- De jaarlijkse budgetonderhandelingen in relatie tot de continuïteit van de zorg(organisatie);
- De zorginkoop is teveel gericht op de verdeling van middelen in plaats van sturing op kwaliteit;
- Inkoop en registratie aan de hand van niet uniforme functies en klassen;
- Verantwoordingseisen voor het verkrijgen van meerzorg.

Aanbieders en zorgkantoren hebben geëxperimenteerd met meerjarige lumpsum bekostiging,¹³ weekbudgetten zonder onderscheid in functies en klassen¹⁴ en uurprestaties op basis van een mengtarief.¹⁵ Arbona experimenteerde met groepsgewijze financiering en toetsing van meerzorg door het CCE, via beschikking afgegeven door het zorgkantoor.

Kwaliteitsmeting en -verantwoording

Zorgaanbieders ervoeren veel administratieve lasten in het meten en verantwoorden van de kwaliteit van zorg. Dit had bijvoorbeeld betrekking op het verplicht hanteren van een gecertificeerd kwaliteitssysteem (HKZ), de cliënttevredenheidsmetingen via de CQ-index, het melden van (val)incidenten, verplichtingen die gepaard gingen met de AO/IC bij accountants, de strikte hygiëneregels door de HACCP en het naast elkaar bestaan van verschillende kwaliteitsnormen (zichtbare zorg, IGZ eisen, normen verantwoorde zorg). Daarnaast ervoeren aanbieders de verantwoording rondom de Bopz als belastend. Over kwaliteitsverantwoording zijn veel meldingen binnengekomen, vooral met betrekking tot de CQ-index.

Aanbieders hebben op een aantal manieren geëxperimenteerd met alternatieve vormen van kwaliteitsmeting:

¹² Diverse meldingen hadden betrekking op de uitgebreide aanbestedingsprocedures voor de zorginkoop en de verschillende eisen van zorgkantoren. Daarnaast ervaren zorgaanbieders dat zorg versnippert door de verschillende financieringsvormen (schotten).

¹³ Abrona, Opella en Palet

¹⁴ ActiVite, Allertzorg en Vitras

¹⁵ Buurtzorg, Zorgboog en Icare

- De cliënt en zijn omgeving stonden aan de basis van de kwaliteitsmeting. Aanbieders maten de kwaliteit van zorg op basis van het geluk of welbevinden van hun cliënten, in samenspraak met de IGZ.¹⁶
- In de verantwoording van kwaliteit namen zorgaanbieders meer autonomie en kregen zij van de IGZ de ruimte om kwaliteit van zorg te verantwoorden op een manier die aansloot bij de organisatie. Zo konden aanbieders incidenten aan het IGZ melden op een manier die beter aansloot bij hun eigen registratie van incidenten,¹⁷ kregen aanbieders meer ruimte in het hanteren van erkende, maar niet meer verplicht gecertificeerde kwaliteitssystemen,¹⁸ en kon in sommige gevallen de AO/IC vervangen worden door een uitgebreide accountantsverklaring.¹⁹
- Vilente heeft geëxperimenteerd met het zelfstandig uitvoeren van de Bopz-toets.

¹⁶ Prisma, De Hoven, Vilente, Philadelphia, Abrona

¹⁷ Vilente, Prisma, de Hoven

¹⁸ Vilente, de Hoven

¹⁹ JP van der Bent

4. Resultaten van ERAI

ERAI heeft zorgaanbieders, ketenpartners, en het ministerie van VWS in staat gesteld om ervaring op te doen met cliëntgerichte zorg door regelarm werken, en om hier lering uit te trekken. ERAI heeft een aantal concrete resultaten opgeleverd. De focus ligt hierbij op twee centrale inzichten. In dit hoofdstuk wordt hier op ingegaan en worden resultaten in relatie tot deze inzichten gegeven. Voor een uitgebreide beschrijving van de resultaten per instelling wordt ook verwezen naar de eerder verschenen tussenrapportage van ERAI en de beschrijvingen op www.invoorzorg.nl.

De resultaten hebben betrekking op twee centrale inzichten:

- **Waardegedreven werken bevordert de kwaliteit van zorg:** door te beginnen bij het doel wat je wilt bereiken, namelijk goede zorg voor de cliënt, verandert de manier waarop de organisatie (op alle niveaus) werkt en hoe dit werk ervaren wordt. Door de cliënt centraal te zetten, veranderde het gedrag van medewerkers in de organisatie. Daardoor werden ze scherper op de interne organisatie-inrichting en ontdekten zij dat een aantal interne administratieve processen overbodig waren. Daarnaast ervoeren zij dat administratieve handelingen geen druk opleveren, als je weet waarom je ze verricht.
- **Onnodige regels kunnen daadwerkelijk teruggedrongen worden:** door te beginnen bij de zorgrelatie tussen cliënt en professional, werd duidelijk welke regels belemmerend werken om goede zorg te leveren. Tijdens de experimenten is ontdekt dat het daadwerkelijk mogelijk is om deze regels te vereenvoudigen of weg te nemen, zodat de regeldruk vermindert.

4.1 Waardegedreven werken bevordert kwaliteit van zorg

De drijfveer voor aanbieders om mee te doen met ERAI was het verbeteren van de zorg voor de cliënt. Ook uit de meldingen blijkt deze drijfveer nadrukkelijk: zorgprofessionals gaven veelvuldig aan dat administratieve processen cliëntgedreven zorgverlening vaak in de weg stond. Tijdens de experimenten ervoeren aanbieders dat de grootste verandering die plaatsvond geen betrekking had op de afschaffing van regels, maar op de visie en werkwijze van de organisatie. De ‘bedoeling van de zorg’ keerde door de experimenten terug in de haarvaten van de organisatie, door de cliënt werkelijk centraal te stellen in het primaire proces, en de professional de autonomie en verantwoordelijkheid te geven om waardegedreven te werken.

Door het primaire zorgproces door deze waardegedreven bril te bekijken, konden een heel aantal administratieve verplichtingen verminderd worden, bijvoorbeeld door informatie slimmer te bundelen, het aantal registraties te verminderen en kwaliteitsverantwoording ‘lichter’ in te richten.

Deze tendens heeft zich op een aantal concrete manieren gemanifesteerd:

- Uit het experiment van Activite blijkt dat wanneer zorgverleners meer ruimte krijgen om op basis van hun professionele oordeel en integriteit palliatieve zorg te verlenen, dit de door cliënten en naasten ervaren kwaliteit van zorg vergroot.

Bovendien halen zorgverleners hierdoor meer voldoening uit hun werk. Bij ActiVite was een reductie van 19% in het aantal uur per cliënt met dezelfde kwaliteit van zorg.

- Onder de naam 'Zorg Zonder Regels' heeft zorginstelling De Hoven een ambitieus veranderprogramma doorgevoerd. Er werd niet langer gedacht vanuit risico's, standaardisering en voorspelbaarheid, maar vanuit welbevinden van de bewoners. Voor het meten van welbevinden werd de Groninger Wellbeing Indicator gebruikt. Uit metingen is gebleken dat het welbevinden van de bewoners is verbeterd. Bewoners zijn nu weerbaarder, minder kwetsbaar en vinden ze dat de zorg beter aansluit op hun behoefte. Bovendien is de medewerkerstevredenheid aantoonbaar gestegen en is er meer zeggenschap voor bewoners.
- Philadelphia heeft haar volledige primaire proces opnieuw ingericht, volledig op basis van wat de organisatie de $VxV=V^2$ formule noemt: vrijheid vermenigvuldigd met verantwoordelijkheid geeft zelfvertrouwen en vertrouwen in elkaar. Door de ervaren vrijheid en verantwoordelijkheid van zorgverleners, ervoeren cliënten meer tijd, beschikbaarheid en aandacht, wat volgens naasten hun levensgeluk ten goede kwam.
- Prisma stelde het levensgeluk van de cliënt nadrukkelijk centraal. Het bundelen van informatie om aan administratieve verplichtingen te voldoen, maakte dat tijd vrijgespeeld werd om meer gerichte zorg en ondersteuning aan cliënten te bieden, met als doel het levensgeluk van de cliënt te vergroten met regie over eigen leven en eigenheid, zinvolle dagbesteding, een sociaal leven, en een prettige thuissituatie. De kwaliteit van leven van de cliënten is hierbij met 10% gestegen.
- Opella heeft zorginhoudelijke indicatoren geïncorporeerd in het ICT-systeem Fundum. Kracht van het systeem was dat deze ieder moment konden worden opgevraagd. Bij opella konden 9% meer cliënten worden geholpen met hetzelfde budget.
- Bij Icare is een cultuuromslag ontstaan bij de medewerkers over hoe zij naar zorg kijken. Ze zijn los gekomen van geprogrammeerd denken. Het komen tot een zorgplan is niet meer een beslisboom, maar een dialoog met de klant geworden over wat voor hem/haar belangrijk is en wat waarde toevoegt in zijn leven (welbevinden en leefplezier). Deze omslag in denken en doen in de ERAI-teams heeft een enorme olievlekkerwerking en is Icarebreed uitgebreid. Icare is in het experiment bij de 5 ERAI-teams gaan werken met een nieuwe zorgprestatie (de prestatie 'ZORG') waarbij geen onderscheid naar functie wordt gemaakt. Dit scheelt per team circa 3 à 4 uur per week aan administratieve lasten. Tijd die zij nu aan cliënten kunnen besteden. Voor de wijkverpleegkundige een sterke verbetering.

De bovenstaande voorbeelden betreffen bestendige resultaten: de resultaten van ERAI hebben aanbieders bewogen hun *gehele* organisatie kritisch onder de loep te nemen, en veranderingen door te voeren die blijk geven van waardegedreven werken binnen de gehele organisatie.

4.2 Onnodige regels kunnen daadwerkelijk teruggedrongen worden

Zorgaanbieders zijn over het algemeen bij machte om interne regeldruk zelfstandig terug te dringen, en ERAI heeft laten zien dat veel aanbieders hier ook werk van gemaakt hebben. Dit proces heeft grote inspanningen vereist van de aanbieders en hun bestuurders die bij ERAI betrokken waren. Zowel uit de experimenten van aanbieders, als uit de meldingen, blijkt echter ook dat een deel van de regeldruk die aanbieders ervaren extern georiënteerd is. Aanbieders hebben te maken met administratieve verplichtingen vanuit zorgkantoren, IGZ, NZa, CAK en accountants. Vaak staat het doel van deze regels, bijvoorbeeld het afleggen van financiële verantwoording of het tegengaan van fraude, niet ter discussie. Zorgaanbieders geven vooral aan hier efficiënter en effectiever mee om te willen gaan.

Een aantal concrete resultaten:

- Meerdere zorgaanbieders hebben ERAI aangegrepen om interne processen en hun bedrijfsvoering te herzien, en kritisch te kijken naar interne regeldruk. Middin, Vitras en Philadelphia hebben hier voortvarend in opgetreden. Zorg werd nadrukkelijker om de cliënt heen georganiseerd, in plaats van andersom. Zowel de cliënten zelf, als hun naasten, als professionals bleken op basis van interne evaluaties zeer te spreken te zijn over deze cultuuromslag.
- In samenspraak met de cliënt stelden de zorgverleners van IJsselheem een zorgleefplan op. De primaire focus is hierbij verschoven van risicosignalering naar wat er wel en niet mogelijk is bij de cliënt. Extern betekent dit bijvoorbeeld het inperken of geheel afzien van lange checklists die de gezondheidsrisico's in kaart moeten brengen. Intern moeten leidinggevende werkinstructies loslaten en meer vertrouwen op de deskundigheid van de professional op de werkvloer.
- Veel kwaliteitsprotocollen blijken in de kern noodzakelijk en bruikbaar te zijn. Cordaan heeft bewezen dat een beperking van de administratieve lasten ook kan worden behaald door processen in omvang te reduceren. Bijvoorbeeld door een versobering van het persoonlijk plan van de cliënt en een reductie van de verschillende evaluaties binnen de zorgaanbieder. Dit resulteert niet alleen in meer tijdswinst, maar ook in meer overzicht en gebruiksgemak.

Bovenstaande voorbeelden geven aan dat er concrete resultaten zijn geboekt die aansluiten bij de doelstelling van het experiment, namelijk het verbeteren van de kwaliteit, cliëntgerichtheid en doelmatigheid van zorg door de administratieve lasten te verlichten.

4.3 Resultaten in een complex stelsel

De resultaten laten zien dat het mogelijk is om, door waardegedreven te werken, de kwaliteit van zorg te vergroten en werk te maken van het terugdringen van administratieve lasten. ERAI heeft ook aangetoond dat keuzes die een partij maakt gevolgen kunnen hebben voor een andere partij. Er is sprake van een keten van partijen die samen samenhangend stelsel vormen. Hierbij vond naast het terugdringen van administratieve lasten soms ook een verschuiving van lasten plaats. Dit speelde

bijvoorbeeld rondom indicatiestelling waarbij professionals hebben ervaren hoe het is om zelf indicaties te stellen en taken van het CIZ over te nemen. Zij hebben hierbij veel moeten investeren in extra tijd opleiding en training om deze taak zelf goed te kunnen uitvoeren. Ook bij zorgkantoren, het CAK en het CIZ is veel extra tijd geïnverteerd in het mogelijk maken van uitzonderingen zodat er bij zorginstellingen kon worden geëxperimenteerd. Bij het terugdringen van de administratieve lasten is het belangrijk om de gevolgen voor alle ketenpartners goed te overzien.

5 Opvolging van de resultaten in landelijk beleid.

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan hoe de resultaten van ERAI zijn opgevolgd in landelijk beleid. Met de genoemde maatregelen wordt ook antwoord gegeven op de meldingen die zijn gedaan op deze thema's. Ook wordt ingegaan op de initiatieven die nog op de agenda staan. Hierbij wordt de onderverdeling van indicatie, bekostiging en verantwoording, en kwaliteitsmeting en –verantwoording aangehouden.

Toegang tot zorg: indicatie

Genomen maatregelen:

- **Indicatie Wlz voor onbepaalde tijd:** vanaf 2015 is de geldigheid van een indicatiebesluit van het CIZ voor onbepaalde tijd, met een aantal uitzonderingen zoals herstelbehandeling of gedragstherapie. Hierdoor zijn de administratieve lasten die gepaard gingen met het verlengen van indicaties over het algemeen verleden tijd.
- **Maatwerk in Zvw en Wmo:** in de Zvw en Wmo staat maatwerk centraal. Met de hervormingen langdurige zorg zijn hierin belangrijke stappen gezet en worden verdere maatregelen in gang gezet, bijvoorbeeld de introductie van gesprekken thuis (keukentafelgesprekken) in plaats van indicatiestelling onder de AWBZ op afstand en op het terrein van de wijkverpleegkundige die zelf kan indiceren.

Maatregelen die nu worden uitgevoerd:

- **Platform IZO:** door middel van het Platform IZO wordt inzicht en samenhang gebracht in informatievoorzieningstrajecten in de zorg en ondersteuning, vooral op de wettelijke domeinen Wlz, Wmo en Zvw.
- **Ontwikkelingen 'waardigheid en trots':** binnen het programma 'waardigheid en trots' wordt op diverse manieren gewerkt aan cliëntgerichte zorg. Ook vinden experimenten op het terrein van indicatiestelling onder dit programma doorgang.
- **Experimenteerartikel:** er is een experimenteerartikel onder de Wlz dat nieuwe experimenten mogelijk maakt. Het gaat dan onder andere om het experiment integraal PGB, experimenten op het vlak van dementiezorg, het ontwikkelen van de dienst thuisondersteuning²⁰, het inzetten van de kennis van de specialist ouderengeneeskunde in de wijken en het experimenteren met domeinoverstijgende bekostiging met als doel integrale zorg thuis te realiseren. **Waardig leven met zorg:** de maatregelen die zijn genoemd in de brief 'Waardig Leven met Zorg' (d.d. 26 februari 2016) hebben tot doel de zorg meer persoonsgericht te maken en het stelsel meer ten dienste van mensen te laten werken.

Bekostiging en verantwoording van zorg

Genomen maatregelen:

²⁰ TK 2015 - 2016, 29 282, nr. 238

- **Inkoopkader Wlz:** de zorgkantoren hebben onder de vlag van Zorgverzekeraars Nederland voor 2016 een gezamenlijk inkoopkader Wlz vastgesteld. Dit kader leidt er toe dat zorgkantoren aan de hand van uniforme criteria inkopen bij aanbieders, wat tot een vermindering van administratieve lasten leidt voor aanbieders die actief zijn in meerdere zorgkantooregio's.
- **AZR berichtenverkeer:** De vereenvoudiging van het AZR berichtenverkeer binnen ERAI is door de deelnemers als positief ervaren.
- **Declaratiestandaard (AW319):** op basis van de meldingen en experimenten is de standaard die aanbieders gebruiken voor het declareren van zorg bij de zorgkantoren sterk vereenvoudigd en uniform gemaakt. Daarmee is de weg vrij gemaakt om de maandelijkse productiemonitor te laten vervallen, wat voor zorgaanbieders minder administratieve lasten met zich mee brengt.
- **Het AGB-codestelsel** voor de identificatie van zorgaanbieders is gemoderniseerd. Er is een koppeling tot stand gebracht tussen het AGB-register en het bedrijvenregister van de Kamer van Koophandel.
- **Wijkverpleging:** Het aantal prestaties in de wijkverpleging is zoveel mogelijk gereduceerd. Daarnaast is het mogelijk om af te wijken van de reguliere bekostiging op basis van gerealiseerde uren verpleging en verzorging. Hiermee bestaat de mogelijkheid om een vast bedrag per cliënt af te spreken.
- **Minutenregistratie:** Hoewel VWS het voeren van een minutenregistratie door zorgaanbieders niet verplicht stelt, is er samen met het veld een alternatief ontwikkeld onder de noemer: zorgplan is realisatie. Dat heeft zorgaanbieders meer ruimte gegeven in de uitvoering. De NZa heeft, op verzoek van de branchevereniging van accountants, recentelijk het controleprotocol 2015 dienovereenkomstig aangepast.

Maatregelen die nu worden uitgevoerd:

- **Bekostiging wijkverpleging:** Per 2017 wordt gestreefd naar een nieuwe bekostiging wijkverpleging waarbij de huidige urenprikkel wordt weggenomen en de vrijheid voor de professional centraal staat. Ook het onderscheid in de huidige prestaties dient hiermee te vervallen.
- **Meerzorgregeling:** Het eerste experiment met de meerzorgregeling (gehouden bij zorginstelling Abrona) legde de nadruk op het effect van meerzorg op een groep cliënten of de omgeving en minder op individueel niveau. Hierdoor worden administratieve lasten verlicht. Inmiddels zijn er ook een 10-tal proeftuinen meerzorg 2.0 gestart, waarin de nadruk ligt op gezamenlijke oordeelvorming (aanbieder en CCE) en minder op de procedurele vereisten van de regeling.

Kwaliteitsmeting en -verantwoording

Genomen maatregelen:

- **CQ index bevroren in de V&V:** voor het verbeteren van kwaliteit van zorg voor de cliënt was de CQ index voor veel aanbieders niet het juiste instrument, daarom is deze bevroren. Hiervoor in de plaats zijn aanbieders aan de slag met

eigen cliënttevredenheidsmetingen, die veelal kort-cyclisch zijn en passend bij het primair proces, zodat medewerkers verbeteringen direct kunnen doorvoeren.

- **Halvering verantwoording maatschappelijke jaarverslagen en vereenvoudiging van DigiMV:** de verantwoording via het maatschappelijk jaarverslag is minder uitgebreid, door het halveren van het aantal vragen en de DigiMV is vereenvoudigd.
- **HKZ eisen zijn niet meer verplicht:** zorgaanbieders worden door de zorgkantoren niet meer verplicht te voldoen aan de HKZ-eisen, maar moeten kunnen aantonen dat zij beschikken over een werkend kwaliteitssysteem.
- **Melden van calamiteiten (zoals valincidenten) is vereenvoudigd:** het melden van calamiteiten is vereenvoudigd doordat dit digitaal kan. Daarnaast hoeven zorgaanbieders niet alle valincidenten meer te melden, maar gaat het er om dat zij *calamiteiten* melden: dat betekent dat zij zelf kunnen afwegen of er sprake is van een calamiteit.

Maatregelen die nu worden uitgevoerd:

- **Landelijk kwaliteitskader VVT en landelijk kwaliteitskader gehandicaptenzorg:** om de borging van kwaliteit beter te laten aansluiten bij de zorgpraktijk ontwikkelen partners in de verpleeghuiszorg en in de gehandicaptenzorg een nieuw kwaliteitskader, dat gevoed wordt vanuit de cliëntgedreven 'bedoeling' van zorgverlening. Dit kwaliteitskader wordt gevolgd door de IGZ en zorgkantoren.
- **Waardigheid en Trots:**
 - Binnen het programma Waardigheid en Trots experimenteren aanbieders verder met alternatieve kwaliteitsverantwoording, waarin het doel is dicht bij de beleving en het welbevinden van de cliënt te blijven.
 - Het zorg/leefplan is een belangrijk ontwikkelthema binnen W&T, waarbij het streven is om de cliënt (en in het verlengde de professional) eigenaar te laten zijn van het zorg/leefplan en dit niet in te zetten als verantwoordingsinstrument.
 - Aanbieders onderzoeken binnen W&T op welke manier de HACCP eisen primaire zorgproces ten goede komt en of er mogelijkheden zijn om dit op een andere manier in te richten.
 - Een aantal aanbieders probeert binnen de kaders van de BOPZ de leefomgeving van gedwongen zorg zo veel mogelijk aangesloten te houden op een natuurlijke omgeving voor de cliënt, met meer persoonlijke levensruimte.

6 Lessen van ERAI

In de brief van 23 december 2011²¹ over de start van ERAI is een aantal dilemma's geschetst:

-de wens voor meer ruimte versus de behoefte aan duidelijkheid.

-standaardisatie versus eigen invulling.

Deze dilemma's zijn nog steeds actueel. Bij het centraal stellen van de bedoeling van zorg is het continu zoeken naar balans. Balans tussen regels die noodzakelijk zijn voor een goed zorgproces en regels die ditzelfde proces juist in de weg staan. Balans tussen de roep om veiligheid, doelmatigheid en rechtmatigheid en het centraal stellen van het welbevinden. ERAI heeft ons laten zien dat het anders kan. Dit hoofdstuk gaat over de lessen die uit ERAI geleerd zijn.

De 'bedoeling van de zorg' centraal stellen vergt visie, lef en een continue dialoog tussen alle partijen.

ERAI heeft laten zien dat het mogelijk is om anders te werken. De relatie cliënt - professional centraal stellen en van daaruit werken vraagt veel van alle betrokken partijen. Het vertrekpunt is hierbij niet het aanpassen van bedrijfsprocessen en systemen, maar het fundamenteel anders kijken naar de zorg. Het vergt visie en lef om op een andere manier tegen 'risico's aan te kijken, door niet meteen regels op te stellen als incidenten zich hebben voorgedaan. Professionals, bestuurders, beleidsmakers en de politiek hebben hier allemaal een belangrijke rol in. Het vraagt van alle partijen om continu met elkaar in gesprek blijven over de dilemma's die zich aandienen.

Zorgaanbieders kunnen zelf veel doen om de interne regeldruk op de werkvloer te verminderen.

De deelnemers aan ERAI hebben laten zien dat zorgaanbieders zelf de interne regeldruk kunnen reduceren, indien ze de relatie tussen cliënt en professional centraal stellen. Dit heeft belangrijke winst in de beleefde kwaliteit van zorg bij cliënten en professionals opgeleverd.

Regelreflex is hardnekkig

ERAI maakt zichtbaar dat het lukt om overbodige regelgeving te verminderen maar dat dit een proces is dat continu moet worden uitgevoerd. Bij elke beleidswijziging dient de vraag van regulering zich aan. Ook nu zijn er belangrijke vraagstukken op het terrein van het terugdringen van administratieve lasten. VWS blijft daardoor in overleg met alle betrokken partijen om hier continu aan te werken.

Het terugdringen van regels vindt plaats in een complex systeem.

ERAI heeft laten zien dat het mogelijk is om regels terug te dringen en dat dit concrete resultaten kan opleveren. Hierbij dient goed te worden gekeken naar of er verschuiving van regelgeving plaatsvindt naar een andere partij binnen het zorgstelsel.

²¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-2012, 31 765, nr. 53

Creëer goede randvoorwaarden voor experimenteren.

De aanpak van ERAI is vernieuwend geweest. Met de deelnemers zijn gesprekken gevoerd over hoe ze de aanpak hebben ervaren. Uit deze gesprekken is gebleken dat zij de buddy structuur als heel waardevol hebben ervaren. Ook het krijgen van de 'go-brieven' bracht duidelijkheid over de randvoorwaarden van het experiment. Het experiment was nooit geslaagd zonder de aanhoudende inzet van alle ketenpartners zorgaanbieders en ketenpartners. Er werden ook een aantal kanttekeningen geplaatst. Deelnemers gaven aan dat zij naast helderheid over de experimenteerfase zij ook meer behoefte hadden aan het perspectief na de experimenteer fase. Bijvoorbeeld over de vraag hoe 'bewezen resultaten' vervolgens (landelijk) konden worden vertaald in beleid. Sommige deelnemers gaven ook dat de status van de experimenten rondom verlenging duidelijker had gekund. Deze lessen zijn onder andere meegenomen bij het vormgeven van het programma 'Waardigheid en Trots'.

Verbinding met het veld leidt tot betere regelgeving en uitvoering

In de evaluatiegesprekken worden steeds de buddies genoemd als van grote waarde. Voor aanbieders blijkt het van groot belang dat ze een aanspreekpunt hebben binnen het ministerie. Onbegrip kon worden weggenomen en soms bleken praktijkvoorbeelden van overbodige regelgeving zo evident dat de regelgeving ook snel kon worden aangepast. Voor het ministerie van VWS bleken de buddies ook van grote waarde. Kennis over de uitvoering werd hiermee binnen het ministerie geborgd. Het gevoel voor ieders rol in het zorgproces is toegenomen. Deze kennis is continu van toepassing en heeft zijn waarde bewezen bij de HLZ en de inrichting van het programma Waardigheid en Trots.

Getoond leiderschap maakt het verschil

We zien bij de bestuurders van de organisaties die deelnamen aan ERAI dat zij vanuit visie hun organisatie hebben ingericht. Hierbij staat de zorgverlening centraal en is de bedrijfsvoering hier dienend aan. Dit is een niet te onderschatten proces dat inspanning, lef en visie van de bestuurders en hun organisaties vraagt. De bestuurders geven aan dat het verbeteren van de tevredenheid van cliënten en medewerkers hun drijft en dat alleen door daar de focus op te houden ze het lukt om dit proces vol te houden.

Feiten en Fictie

De zorgaanbieders geven aan dat ze gedurende ERAI er achter zijn gekomen dat op een bepaalde manier uitvoering geven aan regelgeving in de praktijk niet noodzakelijk is. Zo is bijvoorbeeld het stickeren met data voor de houdbaarheid van levensmiddelen onder de HACCP niet strikt noodzakelijk. Hiernaast staat het aanbieders vrij om een eigen beleid voor sociale hygiëne te maken. VWS onderzoekt of we de belangrijkste feiten van de fictie kunnen scheiden en daarover met de aanbieders te gaan communiceren.

Bijlage 1: beschrijving experimenten zorgaanbieders

Verpleging en Verzorgingsinstellingen

Activite (palliatieve zorg)

ActiVite heeft ERAI aangegrepen om een experiment te houden binnen het domein van palliatieve zorg. Aanleiding hiervoor was de vraag van cliënten, naasten en curatieve zorgverleners om in de laatste levensfase van een cliënt 24 uur zorg per dag in te zetten. En dat is meer zorg dan de 81 uren per week volgens de toenmalige PTZ indicatie. In overleg met de NZa en het CAK werd gedurende twee jaar voor 471 cliënten een experimenteel dagtarief vastgesteld gebaseerd op 68 uur per week, met als doel vanuit dit dagtarief alle zorg te financieren, dus ook 24 uur zorginzet per dag. ActiVite werkte in dit experiment nauw samen met het Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-Holland Noord, lokale Vrijwilligersorganisaties Palliatieve Zorg en Hospices. Bovendien kortten de zorgverleners de CQ index voor palliatieve zorg in tot de meest relevante vragen, vanuit de gedachte dat een te uitgebreide enquête niet gepast is voor terminale patiënten en hun naasten.

Allerzorg (palliatieve zorg)

Het ERAI-experiment van Allerzorg bestond uit twee deelexperimenten: de palliatieve regelarme zorg (25 cliënten met zorgkantoor DSW in regio Westland) en het regelarm begeleiden van allochtonen met een terugkeerwens en een CIZ indicatie. Het laatste deelexperiment is gestaakt, omdat de minimale cliëntenomvang van vijf werd niet gehaald. Allerzorg heeft met de betrokken zorgkantoren en zorgverzekeraars een budget afgesproken behorende bij het indicatiebesluit, waarbij geldt planning is realisatie. De betrokken specialist, behandelaar of verpleegkundige bepaalt het resultaat. De verantwoordelijke verpleegkundige had binnen het resultaat de vrijheid om zorg te regisseren en hoefde daarbij geen onderscheid meer te maken naar functies en klassen.

Buurtzorg (thuiszorg)

ERAI was van toepassing op alle cliënten van Buurtzorg (extramuraal). Dit waren er ongeveer 60.000. Onderdeel van het experiment was de ingebruikname van het geautomatiseerde OMAHA-systeem. Hiermee werden de activiteiten die Buurtzorg ontplooid - inclusief de resultaten - gemonitord. Ook konden hiermee de zorgdoelstellingen per cliënt worden bepaald. Ten behoeve van de vereenvoudiging van de inkoopprocedure is Buurtzorg gaan werken met één inkoopbeleid en een leidend inkoopformat. Tevens zijn productieafspraken - welke zowel prijs als productie omvatten - gemaakt, waarbij partijen 1 prestatie met 1 gemiddeld tarief zijn overeengekomen. Uitgangspunt van het experiment was om deze prestatie te gebruiken in de gehele keten van indicatiestelling, inkoop, zorglevering en declaratie. In het experiment is bovendien de indicatiestelling teruggelegd in het primaire proces. Daarbij is afgesproken dat de MAZ, MEZ en MUT berichten niet meer nodig waren. Daarnaast is elektronisch gedeclareerd op basis van 1 landelijke AGB-code. Bij buurtzorg is als gevolg van het zelf indiceren door verpleegkundigen geen sprake geweest van stijgende kosten.

Ook het teruggaan naar 1 prestatie voor de inkoop heeft geen effect gehad voor de beheersbaarheid van de kosten.

Cordaan (verpleging en verzorging)

Het experiment in de sector verpleging en verzorging is uitgerold op een zestal locaties (400 cliënten) en bevat drie hoofdlijnen (1) een versoberd bouwwerk voor de kwaliteit rond de individuele cliënt, (2) een versterkte dialoog over kwaliteit in de uitvoerende zorgteams en (3) een nieuwe opzet in externe verantwoording met betrekking tot de informatie uit voorgaande punten. De bouwstenen voor de eerste hoofdlijn betroffen een versoberd persoonlijk zorgplan gericht op zes kernwaarden, een integrale risicobenadering voor de gebieden uit het landelijk kwaliteitskader en een reductie van de sets van protocollen. De tweede hoofdlijn bestond uit een sobere, halfjaarlijkse zelfevaluatie van de zorgteams aangevuld met audits. Binnen de derde hoofdlijn is gewerkt met een CQ-licht. In dit verband is dus afgeweken van de standaardwerkwijze inzake de zorginhoudelijke indicatoren, de CQ-index alsmede het kwaliteitsdocument VV&T.

De Hoven (verpleging en verzorgingshuis zorg)

Onder de naam 'Zorg Zonder Regels' heeft zorginstelling De Hoven een ambitieus veranderprogramma doorgevoerd. Er werd niet langer gedacht vanuit risico's, standaardisering en voorspelbaarheid, maar vanuit welbevinden van de bewoners. Vanuit deze gedachte is geëxperimenteerd en zijn de volgende regels buiten werking gesteld: HKZ, CQ-indexen, HACCP-verplichtingen en het meten en aanleveren van indicatoren normen voor verantwoorde zorg. Om de indicatiestelling dichterbij de cliënt en sociale omgeving te brengen is in het experiment gebruik gemaakt van de 'melding extramurale zorg' en de 'melding intramurale zorg 80-'. De Hoven heeft gebruik gemaakt van een alternatieve manier van meten van het welbevinden van bewoners via de Groninger Wellbeing Indicator. Uit metingen is gebleken dat het welbevinden van de bewoners sterk is verbeterd. Bewoners zijn nu weerbaarder, minder kwetsbaar en vinden ze dat de zorg beter aansluit op hun behoefte. Bovendien is de medewerkerstevredenheid aantoonbaar gestegen en is er meer zeggenschap voor bewoners.

Icare (verpleging en verzorging en thuiszorg)

In de regio's Zuid-Veluwe en Swifterbant (5 teams met in totaal circa 194 cliënten) heeft Icare geëxperimenteerd met onder meer zelfindicatie conform de 'melding extramurale zorg' en het stopzetten van de minutenregistratie. De focus van het experiment lag hierbij op meer zelfregie en zelfredzaamheid van de cliënt. De zorg is in samenspraak met de cliënt vormgegeven. De medewerkers werden door middel van scholing, gesprekken met elkaar, dialoogtafels en overleggen meegenomen in deze gedragsverandering die leidde tot een cultuurverandering. Daarnaast is Icare gaan werken met een nieuwe zorgprestatie (de prestatie 'ZORG') waarbij geen onderscheid naar functie wordt gemaakt. Dit scheelt per team circa 3 à 4 uur per week aan administratieve lasten. Tot slot is binnen de AZR het berichtenverkeer beperkt tot aan- en afmelding.

IJselheem (verzorgingshuiszorg)

Het experiment van IJselheem heeft gelopen op drie woonlocaties met in totaal 160 bewoners. Inzet van IJselheem was om tijdens de bespreking van het zorgleefplan met de cliënt niet meer een lange checklist met betrekking tot risicosignalering langs te lopen. De focus moest meer op de wensen en capaciteiten van de cliënt komen te liggen en minder op de gezondheidsrisico's. In dit verband kwam de expertise van de professional meer centraal te staan. Ook het multidisciplinair overleg is meer ingericht naar het welzijn van de cliënt.

Kwadrant Groep (thuiszorg)

Inzet van de Kwadrantgroep was om door het verminderen van de administratieve lasten rondom het indicatieproces en de AZR de zorgvraag van de cliënt meer centraal te zetten. Het experiment betrof extramurale zorg en omvatte ongeveer 250 cliënten. Tijdens het experiment is samen met de cliënt een zorgarrangement vastgesteld wat vervolgens werd vastgelegd in een zorgplan. Ten behoeve van het experiment is de Kwadrantgroep in de gelegenheid gesteld om zelf een melding extramurale zorg te doen middels een met de 80+-melding te vergelijken procedure. In het experiment was geen sprake meer van een MAZ, MEZ of MUT-bericht. Declaratie was leidend. Kwadrantgroep heeft tevens deelgenomen aan de Eigen Bijdrage-pilot in het kader van de gegevensaanlevering aan het CAK.

Opella (verpleging en verzorging en thuiszorg)

Opella heeft het ERAI-project uitgevoerd in haar hele werkgebied inclusief alle locaties. Dit kwam neer op 700 cliënten die zijn opgenomen en 850 cliënten met extramurale AWBZ-zorg. Tijdens het experiment heeft Opella de mogelijkheid gehad om zelf vaststellen welke zorg- en ondersteuningsbehoefte cliënten hebben. Voor de duur van het experiment is Opella gestopt met HKZ-certificeren, de aanlevering van de zorginhoudelijke indicatoren en de CQ-scores. In plaats daarvan is een alternatief kwaliteitssysteem geïncorporeerd in een ICT-systeem voor de gehele organisatie. Daarnaast heeft Opella geëxperimenteerd met klantvolgende bekostiging. Voorts is Opella met de zorgkantoren Menzis en Achmea een lumpsumfinanciering overeengekomen gebaseerd op de aantallen van de herschikking vermenigvuldigd met de prijzen 2013. Tevens heeft Opella deelgenomen aan de Vecozo-pilot en is zij een pilot gestart met het afschaffen van de minutenregistratie: het aantal extramurale uren zorg werd gebaseerd op het zorgplan. Tot slot heeft Opella aandacht besteed aan moderne medezeggenschap en interne en externe communicatie.

Pantein (thuiszorg)

Pantein heeft ERAI gebruikt om te experimenteren met het programma 'Zorg? Zo geregeld' met 501 cliënten binnen de regio van Zorgkantoor Coöperatie VGZ. Doel van dit programma was om administratieve lasten gekoppeld aan het indiceren van cliënten te verminderen, en meer verantwoordelijkheid bij de zorgcoördinator van Pantein te beleggen. De zorgcoördinator indiceerde op locatie in overleg met de cliënt, waarbij het CIZ om advies gevraagd kon worden wanneer nodig. Bovendien was herindicatie bij een mutatie van de zorgbehoefte niet meer noodzakelijk, en werd het dubbel opvragen van persoonsgegevens geminimaliseerd. Het experiment heeft verder vorm gekregen onder

de noemer zorgplan is realisatie. Dit project had tot doel het afschaffen van de minutenregistratie, waarbij de regeldruk rondom registratie en administratie efficiënter ingericht kon worden. Dit is door het zorgkantoor in 2014 goedgekeurd en is met succes geïmplementeerd in 2015 .

Vilente (verpleging en verzorgingshuis zorg / thuiszorg)

De omvang van de cliëntengroep waarop het experiment betrekking had betreft circa 1300 cliënten (ouderen) in 10 verpleeg- en verzorgingshuizen evenals de cliënten die thuiszorg ontvangen. In het experiment heeft Vilente vanaf 1 januari 2013 zelf voor al haar cliënten, zowel intra- als extramuraal, geïndiceerd. Hierbij is gebruik gemaakt van een niet leeftijdsgebonden 80+-melding, de melding extramurale zorg en de melding intramurale zorg 80-. Daarnaast hebben de specialisten oudergeneeskunde van Vilente zelf de BOPZ-toets afgenomen bij cliënten. Dit heeft plaatsgevonden conform de bestaande wet- en regelgevingsystematiek zoals toegepast door het CIZ. In het verlengde van ERAI heeft Vilente een mensgerichte zorgvisie geïmplementeerd en zijn het zorgleefplan en het ECD ingevoerd.

Vitras (thuiszorg)

Bij het experiment van Vitras zijn circa 330 cliënten betrokken verdeeld over twee gemeenten. In het experiment heeft Vitras de toegang tot de AWBZ-zorg laten bepalen door de huisarts. De wijkverpleegkundige draagt vervolgens middels een intake zorg voor de inhoudelijke indicatiestelling conform de werkwijze 'melding extramurale zorg'. Zelfregie, zelfredzaamheid en het afbouwen van zorg staan centraal. Vitras heeft in dit kader eveneens geëxperimenteerd met het aanbieden van een zorgaanbod dat breder is dan het traditionele zorgaanbod (PV, VP, BG en AIV). Omdat Vitras het proces van zorgverlening anders in heeft gericht, zal Vitras voor de duur van het experiment niet (kunnen) voldoen aan de leveringsvoorwaarden voor zorg zonder verblijf en eisen inzake dossiervorming van het zorgkantoor. De Inspectie toetste aan de hand van het exitplan en het zorgdossier. Vitras is bovendien gaan werken met een vast weekbudget op cliëntniveau gekoppeld aan de indicatie.

De zorgboog (wijkverpleging)

Brede zorgaanbieder de zorgboog heeft binnen ERAI geëxperimenteerd met indicatie door wijkverpleegkundigen. Hiermee zou de wijkverpleging een sterkere signalerende en coördinerende rol krijgen om efficiënt passende zorg te bieden aan kwetsbare cliënten in de wijk. Doel van het experiment was om zowel de kwaliteit van zorgverlening te vergroten, als administratieve lasten bij zowel wijkverpleegkundigen als in de back-office te verminderen. Er zijn productieafspraken - welke zowel prijs als productie omvatten - gemaakt, waarbij partijen 1 prestatie met 1 gemiddeld tarief zijn overeengekomen. Uitgangspunt van het experiment was om deze prestatie te gebruiken in de gehele keten van indicatiestelling, inkoop, zorglevering en declaratie. In het experiment is bovendien de indicatiestelling teruggelegd in het primaire proces. Daarbij is afgesproken dat de MAZ, MEZ en MUT berichten niet meer nodig waren.

Gehandicaptenzorgaanbieders

Abrona (gehandicaptenzorg)

Met de deelname aan ERAI beoogde Abrona regels zowel intern als extern terug te dringen met als resultaat meer aandacht voor de cliënt. Het experiment heeft betrekking op 250 cliënten verdeeld over verschillende woonlocaties. In het kader van de geldigheid van indicaties heeft het CIZ binnen het experiment automatisch herindicaties afgegeven bij een gelijkblijvende zorgvraag en is gewerkt met taakmandaat. Voorts heeft Abrona de administratieve processen rondom de zorginhoudelijke indicatoren en de CQ-index vervangen voor een nieuw kwaliteitsdenken op basis van het zorgplan en heeft Abrona geëxperimenteerd met groepsgewijze financiering en toetsing van meerzorg door het CCE, via beschikking afgegeven door het zorgkantoor. Tot slot is gewerkt met een lumpsum-bekostiging waarbij het traditionele onderscheid in functies is losgelaten.

Cordaan (gehandicapentenzorg)

In de sector gehandicaptenzorg heeft Cordaan geëxperimenteerd op zeven locaties. Bij benadering betrof het experiment 150 cliënten. Evenals bij de verpleging en verzorging zijn er drie hoofdlijnen te ontwaren: (1) een versoberd bouwwerk voor de kwaliteit rond de individuele cliënt, (2) een versterkte dialoog over kwaliteit in de uitvoerende zorgteams en (3) een nieuwe opzet in de externe verantwoording. De eerste hoofdlijn bestaat uit een versoberd persoonlijk plan gericht op zes kernwaarden, een overzicht doelrealisatie per cliënt, een integrale risicobenadering voor de gebieden uit het landelijk kwaliteitskader en een aparte inventarisatie van de eigen ervaringen van de cliënt. Onder de tweede hoofdlijn 'Zicht op kwaliteit' is gewerkt met een individuele kwaliteitskaart waarin de informatie uit hoofdlijn 1 is gebundeld. Voorts is halfjaarlijks geëvalueerd bij een van de zorgteams. De derde hoofdlijn bevat de poging om de externe verantwoording niet via aparte registraties te verlopen, maar direct af te leiden uit informatiebronnen dicht op het primaire proces. Het accent is hier komen te liggen op de kwaliteitskaart en de bundeling 'mijn ervaringen'.

JP Van den Bent (gehandicaptenzorg)

Het experiment heeft betrekking op 2500 cliënten en is onder te verdelen naar vier hoofdthema's. Allereerst zouden cliënten een indicatie met een langere geldigheidsduur krijgen en voerde de zorgaanbieder zelf de herindicaties uit. Daarnaast is geëxperimenteerd met uniforme zorginkoop op basis van cliënt- en medewerkerstevredenheid, met alleen afspraken over de prijs. Voorts is ingezet op een vereenvoudiging van het proces van meldingen aan het IGZ. Hierbij is de nadruk komen te liggen op verbeteracties en de reflectie op de gebeurtenis en niet op de vastlegging hiervan. Elk kwartaal worden de verbeteracties geëvalueerd en geanalyseerd. Hierdoor ontstaat meer bewustzijn binnen de organisatie. Ook is geëxperimenteerd met de AO/IC. De AO/IC is zo ingericht dat deze aansluit bij de reguliere processen. De accountants hebben, op basis van ervaringen uit de dagelijkse praktijk, getoetst op 'soft' controls. Dit is vervolgens vastgelegd in de accountantsverklaring. Hiermee is een directe relatie gelegd tussen de inhoudelijke dienstverlening en de processen/budgetten.

Middin (gehandicaptenzorg)

De experimentele afspraken werden toegepast binnen de zorgkantorregio DWO en omvatten 350 cliënten en 15 verschillende locaties. Middin heeft de tijdregistratie losgelaten en is gaan declareren op basis van de uren in het zorgplan. Tevens is Middin gaan werken met een compacte afspraken kaart voor de cliënt. Deze diende eveneens als uitgangspunt voor de evaluatie die elk kwartaal plaatsvond. Middin heeft van het momentum gebruikt gemaakt met de invoering van digitale agendaplanning en de introductie van de ECD.

Philadelphia (divers)

ERAI had betrekking op 100 cliënten van Philadelphia op 7 (kleine) locaties in de regio Zwolle. Doel van het experiment was tweeledig: door enerzijds kwaliteitsverantwoording intern en in samenwerking met het CIZ en zorgkantoor te vereenvoudigen, zou anderzijds door toegenomen autonomie van de professional de kwaliteit van zorgverlening omhoog moeten gaan. De organisatie heeft ERAI aangegrepen om naast effectievere externe verantwoording, vooral binnen de gehele organisatie een ander handelingsperspectief te creëren waarin de zelfstandige, verantwoordelijke medewerkers bijdragen aan meer levensgeluk van cliënten

Prisma (gehandicaptenzorg)

Het experiment 'Zorgrijk-Regelarm' had tot doel om meer te sturen op kwaliteit en doelmatigheid. Kwaliteit van leven is door cliënten, hun netwerk, en medewerkers van Prisma onder andere vertaald naar het geluk van een cliënt. Geluk is vervolgens vertaald in zes indicatoren (waaronder regie, eigenheid, etc.) en meetbaar gemaakt tot een overzicht per cliënt. Dit maakt dat Prisma de gemiddelde geluks- dan wel kwaliteitsstijging per cliënt kan meten. Het is momenteel geïmplementeerd bij 650 cliënten, verdeeld over ca. 60 locaties. Niet alleen binnen de primaire zorg, maar breder binnen de organisatie wakkert Prisma een nieuwe mindset aan vanuit eigen verantwoordelijkheid bij en vertrouwen in medewerkers gericht op het geluk (kwaliteit) van de cliënt, en stimuleert medewerkers om kritischer en creatiever te gaan werken. Ook wordt de externe verantwoording hier continue tegen aan gehouden om die te vereenvoudigen, bijvoorbeeld met CIZ en Zorgkantoor. Zo voert Prisma in het kader van ERAI zelf alle herindicaties uit, waarbij externe verantwoordingsinformatie sterk gereduceerd is.

Overig

De Drie Notenbomen (GGZ)

Het experiment heeft betrekking op 50 cliënten van Herbergier Thuis (kleinschalig wonen voor mensen met geheugen problemen). Gedachte achter het experiment van De Drie Notenbomen was dat de zorg moet aansluiten op de behoefte van de cliënt. Hiervoor is een nieuw zorgconcept ontwikkeld waarin de zorg om de cliënt en de mantelzorger heen is gebouwd. In overleg met de cliënt zijn zorgpakketten samengesteld. Dit werd vervolgens vertaald naar een persoonlijke offerte. Voorts heeft elke cliënt een persoonlijk assistent toegewezen gekregen die verantwoordelijk was voor alle zorg en dienstverlening. Ter verbetering van de communicatie is een digitaal

communicatieplatform ontwikkeld voor familie, mantelzorgers en de eerste lijn. De Drie Notenboomen is vrijgesteld van de aanlevering van zorginhoudelijke indicatoren en het gebruik van de CQ-index. Als alternatief heeft een onafhankelijk bureau de kwaliteit van leven van cliënten getoetst. Ten behoeve van de bekostiging van de zorg vanuit de AWBZ is met zorgkantoor DSW afgesproken gebruik te maken van het Volledig Pakket Thuis.

GGZ Friesland (GGZ)

GGZ Friesland (700 cliënten) heeft haar experiment toegespitst op de aanvraagprocedures voor indicatiestelling AWBZ. Het experiment zag op het realiseren van een snellere toegang tot de ZZP GGZ C pakketten middels een standaard indicatieprotocol (SIP), het uitbreiden van de doelgroep van de SIP GGZ B en het maken van werkafspraken tussen CIZ en GGZ Friesland over verbetering van reguliere processen. De werkafspraken over reguliere processen betroffen enerzijds het reduceren van bewijslast rond de voorliggende voorzieningen en anderzijds het invullen van de digitale aanmeldfunctionaliteit

Stichting transmurale zorg (transmuraal)

“Transfer met Vertrouwen” is het enige experiment waaraan meerdere zorgaanbieders deelnemen. Dit onder de paraplu van de Stichting transmurale zorg. Het experiment had tot doel om te onderzoeken of de transferketen van ziekenhuizen naar thuiszorgorganisaties in de regio Haaglanden meer regelarm kon worden gemaakt. Hierbij is de focus op de intra- en extramurale zorg komen te liggen. Ten behoeve van een regelarm transferproces is ervoor gekozen om de transferverpleegkundige - in overleg met de cliënt - de zorgbehoefte te laten vaststellen. Dit is vervolgens middels een indicatieadvies (methode melding extramurale zorg of een melding 80-) aan het CIZ voorgelegd, dat de melding zonder voorafgaande controle omzet in een indicatiestelling. Declaratie gebeurde achteraf op cliëntniveau en op basis van daadwerkelijk geleverde productie.

Surplus

Surplus heeft namens de regio West-Brabant (gemeenten, zorgverzekeraar en de zorgaanbieders) in haar experiment aangesloten op de transitie samenhangend met de hervorming van de langdurige zorg. Deze regio bestond uit diverse zorgaanbieders, meerdere gemeenten, het zorgkantoor en de dominante zorgverzekeraar. Genoemde partijen hebben in de periode tot en met 2014 samengewerkt om de transitie zo goed mogelijk vorm te geven met zo min mogelijk administratieve lasten. Dit was onder meer mogelijk doordat partijen veelvuldig contact met elkaar hadden en vertrouwen in elkaar is opgebouwd. Begrip en inzicht ontstonden in elkaars belangen en in de dynamiek waar partijen afzonderlijk mee te maken hadden. Dit alles draagt er nu aan bij dat partijen elkaar beter verstaan waardoor er sneller en effectiever afstemming aan de orde is op de diverse, vooral overlappende ondersteunings- en zorg vragen. Door de samenwerking en uitwisseling van ervaringen wordt gestreefd naar eenduidiger en aansluitend beleid.