



De resultaten van het eindonderzoek van Frieslab naar behoefte, vraag, aanbod, financiering en mogelijkheden om het systeem te doorbreken



### Frieslab

Het werk van Frieslab zit er op. U kunt er mee aan de slag. De rapporten blijven beschikbaar in de boekenkast van [www.frieslab.nl](http://www.frieslab.nl).

### Colofon:

Het kan wel! is een uitgave van Frieslab.

### Auteurs:

Drs. S. Bouman, programma manager Frieslab  
Dr A. Laan, bureau HHM

Leeuwarden, 2014

### LEESWIJZER

Dit boek is geschreven als interactieve pdf. U kunt klikken op links waardoor u naar het betreffende rapport, artikel of de website wordt doorverwezen.

Hiernaast staat bijvoorbeeld [www.frieslab.nl](http://www.frieslab.nl) in het blauw. Klik erop en u komt bij de website van Frieslab. Sluit u de website weer af dan komt u weer terug in dit boek.

Mensen die liever van papier lezen kunnen het uitprinten. Zo kunt u het lezen op een wijze die u prettig vindt: met achtergrondinformatie of zonder, digitaal of in papier.

U wordt ook uitgenodigd om uw eigen kennis toe te voegen, zie bijvoorbeeld [pagina 20](#), 'Uit het veld'.

De inhoud van dit boek is samengevat in een **filmpje**. U kunt de film bekijken of de losse elementen gebruiken in uw presentatie. Met als doel: blijven(d) veranderen.

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina

**1** INLEIDING

- 1.1 Wat is Frieslab  
Wat ging vooraf in Frieslab 1
- 1.2 Hypothese Frieslab 2  
Het model

**2** WERKWIJZE

- Onderzoek

**3** BEHOEFTE – VRAAG

- 3.1 Factoren
- 3.2 Van factoren naar mechanisme
- 3.3 Hoe doorbreek je het mechanisme?

Samengevat →

**4** VRAAG – AANBOD

- 4.1 Factoren
- 4.2 Van factoren naar mechanisme
- 4.3 Hoe doorbreek je het mechanisme?

Samengevat →

**5** AANBOD – FINANCIER

- 5.1 Factoren
- 5.2 Van factoren naar mechanisme
- 5.3 Hoe doorbreek je het mechanisme?

Samengevat →

**6** FRIESLAB IN VERANDERKUNDIG PERSPECTIEFF

- 6.1 De methode Frieslab
- 6.2 Veranderen op organische wijze
- 6.3 Koppeling methode Frieslab en veranderen op organische wijze
- 6.4 Twee Frieslab rapporten, afgezet tegen de methode Frieslab en de Verandertheorie
  - 1 Keten of kartel. Onderzoek naar het kartelverbod in de ketenzorg.
  - 2 Casemanagement van idee naar model

Samengevat →

**7** HANDVATTEN VOOR EEN TOTAALANPAK

- 7.1 Kernmechanisme: De Cirkel van Tevredenheid
- 7.2 Doorbreek de Cirkel van Tevredenheid
- 7.3 Complexe verandering vereist een totaalaanpak
- 7.4 Conclusie
- 7.5 Nu jij: deel successen

- Methode Frieslab model
- ← Inhoudsopgave
- Volgende pagina
- ← Vorige pagina

- Nawoord
- Bronnen
- Lijst met geïnterviewde personen

# 1 INLEIDING

## 1.1 WAT IS FRIESLAB

Frieslab signaleert en analyseert knelpunten in zorg en dienstverlening en zoekt naar oplossingen. Het gaat vooral om problemen in ketenzorg, ketenregie en de overgang tussen de wetten AWBZ, Wmo, Wjz, Zvw en Wpg.

Frieslab brengt experts en organisaties bij elkaar om voor deze knelpunten oplossingen te zoeken. Met de oplossingen wordt in projecten geëxperimenteerd.

Frieslab ondersteunt bij het opstarten van de projecten en bundelt de resultaten in een advies aan de staatssecretaris van VWS.

### Wat ging vooraf in Frieslab 1

Bij de start van Frieslab in maart 2009 constateerde het ministerie van VWS dat de samenhang in de toepassing van zorgwetten in de dagelijkse praktijk onvoldoende is. Daarom krijgen cliënten niet altijd de best passende zorg die nodig is. De vraag die zij zich daarbij stelde is of het probleem in de wet zit, in het gedrag van organisaties of in het gedrag van burgers.

Het ministerie van VWS vroeg Frieslab knelpunten te inventariseren en zo mogelijk op te lossen rondom:

- Sluitende keten
- Regie op de keten
- Kwaliteit in de keten

Frieslab werd gestart en streeft naar een sluitende keten van welzijn, preventie, care en cure. Zij keek vooral naar de projectresultaten en destilleerde hieruit modellen en methodieken die landelijk toepasbaar zijn. Frieslab concludeerde na 3 jaar (Bouman & Laan, 2012):

- Er is veel meer mogelijk dan menigeen denkt.
- De werkelijke schotten tussen de wetten zijn kleiner dan de **ervaren schotten**.
- De Mededingingswet is onhelder en met behulp van de **mededingingsmonitor** kunnen aanbieders de grenzen opzoeken om de benodigde samenwerking bewust aan te gaan (Bouman & Popma, 2010).  
**Zie ook keten of kartel.**
- Er zit overlap in taken van cliëntondersteuning en het Wmo loket. Op grond van het Frieslab model voor **cliëntondersteuning** kunnen gemeenten optimale cliëntondersteuning in hun gemeente vormgeven waardoor cliënten tevreden zijn, meer regie ervaren, beter geholpen worden en kosten kunnen bespaard (De Jong et al., 2009).

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina



- Er is grote onduidelijkheid rondom de **financiering van casemanagement** (Bouman & Welling, 2011). Zie ook **Casemanagement van idee naar model**. Frieslab constateert dat dit een containerbegrip is geworden. Voor elk ziektebeeld zijn er andere definities van casemanagement. Het Frieslab model voor casemanagement brengt ordening aan waardoor de definitie van casemanagement wordt afgebakend en daardoor wordt helder wat de best passende financieringsvorm is. Na de decentralisaties is dit ook voor **gemeenten interessant**.
- Bij diverse Frieslab projecten wordt aangetoond dat door beter aan te sluiten op de daadwerkelijke behoefte van de klant de kwaliteit van leven wordt vergroot, de regie versterkt, participatie verhoogd en de kosten worden verlaagd (Bouman & Laan, 2012), zie **De resultaten van 3 jaar frieslab**. Centrale vragen hierbij aan de klant zijn: Wat is het probleem? En, hoe kunnen we dit zo simpel mogelijk oplossen?

## 1.2 HYPOTHESE FRIESLAB 2

Veel maatregelen die de overheid neemt, zoals het decentraliseren van AWBZ-functies naar de Wmo en overheveling naar de Zvw, richten zich op het doorvoeren van aanpassingen van wet- en regelgeving, met als doel de uitgaven in de zorg te beheersen. Uit de eerste 3 jaar Frieslab bleek dat het gedrag van mensen ook een grote rol speelt. De vraag is daardoor of alleen ingrijpen op de wet- en regelgeving toereikend is.

Burgers, indicatiestellers, hulpverleners, leidinggevenden en organisaties op het gebied van zorg en welzijn zijn vaak ‘systeemvolgend’. Gedrag dat past bij een oud systeem leidt bij het veranderen van het systeem niet automatisch tot nieuw gedrag. Bij het doorvoeren van maatregelen om passende ondersteuning te realiseren moet het dan ook niet alleen gaan om het verruimen van mogelijkheden en het geven van juiste financiële prikkels, maar vooral om stimuleren van gewenst gedrag.

### Het model

Om te kunnen onderzoeken welke factoren van invloed zijn op het bieden van passende ondersteuning heeft Frieslab zich allereerst op een basismodel gericht (Brouns 2012). In dit basismodel schematiseert en vereenvoudigt Frieslab wat zij de afgelopen vijf jaar heeft gezien. De gedachtegang achter het model is als volgt:

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina

Figuur 1 Behoeftte, vraag, aanbod en financiering



Ieder mens heeft behoeften. Sommigen hebben een ondersteuningsbehoefte. Deze behoefte manifesteert zich al dan niet in een vraag. Voor deze vraag is wel of geen aanbod beschikbaar. Dit aanbod wordt wel of niet gefinancierd.

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina



De financiering – en daarmee het aanbod – is leidend en naar de daadwerkelijke behoefte lijkt niemand meer te kijken.

➔ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina

Ook zag Frieslab voorbeelden van werkwijzen of projecten waarbij de behoefte van de klant wel het vertrekpunt was. Deze projecten liepen echter tegen knelpunten aan in de financiering of in de wet en regelgeving.

Frieslab gaat in dit rapport op zoek naar factoren die de kantelpunten van behoefte naar vraag, van vraag naar aanbod, van aanbod naar financiering beïnvloeden. De veronderstelling is dat elkaar beïnvloedende factoren

zichzelf versterkende mechanismen in gang zetten die ertoe leiden dat burgers niet de ondersteuning krijgen die zij nodig hebben.

Uit de analyse van de actoren, factoren en mechanismen kunnen passende interventies worden gedestilleerd, die deze mechanismen kunnen doorbreken zodat burgers wel passend ondersteund kunnen worden op grond van hun daadwerkelijke behoefte.

# 2 WERKWIJZE

De vraagstelling van deze bundeling van observaties, gespreksfragmenten en resultaten van Frieslab luidt:

- Welke factoren hebben invloed op kantelpunten van  
1) behoefte naar vraag, 2) van vraag naar aanbod en  
3) van aanbod naar financiering?
- Welke effecten heeft dit en welke mechanismen  
worden hierdoor in gang gezet?
- Hoe kan hierop worden gestuurd?

## Onderzoek

Om deze vragen te kunnen beantwoorden verrichtte Frieslab kwalitatief onderzoek naar het gedrag en de beweegredenen van mensen – klanten, professionals en leidinggevenden – die zich op schakelpunten bevinden in de keten van behoefte, vraag, aanbod en financiering van zorg en ondersteuning. Waarom doen mensen zoals ze doen? Hoe verhouden (maatregelen op het gebied van) wet- en regelgeving zich tot culturele factoren? De focus ligt daarbij op de care. In de cure spelen mogelijk andere factoren en mechanismen een rol.

Het ministerie van VWS vroeg Frieslab om verhalen:

*‘Laat ons maar zien wat er in de praktijk gebeurt’.*

**Het onderzoek is gebaseerd op drie bronnen:**

### 1 De projecten

De Frieslab projecten vormen de basis voor dit onderzoek. Elk Frieslab project richt zich op mogelijke praktische verbeterpunten om ondersteuning op maat voor burgers of cliënten te realiseren. Elk project vertrekt vanuit een verschillend perspectief en biedt de mogelijkheid om de afzonderlijke schakelpunten inzichtelijk te maken. De projectresultaten worden niet in dit rapport gepresenteerd, maar in afzonderlijke Frieslab rapporten of projectrapportages.

### 2 De interviews

Er vonden diepte-interviews plaats. Samen met de data-verzameling uit de projecten over verschuivingen in zorgconsumptie geven ze zicht op de vraag waarom mensen zorg vragen, waarom welk (nieuw) aanbod beschikbaar is, hoe en waarom mensen hiervan gebruik maken en tenslotte hoe dit wordt gefinancierd, in het licht van de veranderingen in wet- en regelgeving. Naast inhoudelijke argumenten komen daarbij culturele aspecten voor het voetlicht die van invloed zijn op de schakelpunten uit bovenstaande figuur.

➔ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina



### 3 De verhalen

*In het leven in het algemeen en in de zorg in het bijzonder zijn verhalen van belang om te begrijpen wat er gebeurt en waarom.*

(Liefde, WHJ de, 2002)

Illustratieve verhalen van betrokkenen laten zien welke factoren van invloed zijn op de schakelpunten. Frieslab deed een oproep op haar website naar ‘kromme tenen-momenten’. Iedereen kent immers voorbeelden uit zijn of haar omgeving waarin iemand teveel of juist te weinig zorg of ondersteuning kreeg. Die verhalen – inclusief de argumentatie: ‘waarom kreeg je kromme tenen, wat had anders gekund en gemoeten, waarom gebeurde dat niet of deed je dat niet, hoe zou het wel kunnen?’ – worden gebruikt in dit onderzoek.



→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina

# 3 BEHOEFTE – VRAAG

Ieder mens heeft behoeften. Deze resulteren niet automatisch in een vraag naar zorg of ondersteuning. Dat hoeft ook niet. Ook niet alle vragen naar zorg of ondersteuning komen voort uit een behoefte. Hoe werkt dit in de praktijk en welke factoren spelen hierbij een rol? Dit hoofdstuk beschrijft de factoren die van invloed zijn op de kantelpunten tussen behoefte en vraag, de mechanismen die dit versterken en manieren waarop je de mechanismen kunt doorbreken.



## 3.1 FACTOREN

Alle geïnterviewde personen die het model kregen voorgesteld herkennen zich in het onderscheid tussen behoefte en vraag. Zij voegen hieraan toe dat in het huidige zorgsysteem onvoldoende naar de behoefte wordt gekeken. Er wordt als volgt geredeneerd:

*‘Een zorgaanbieder wordt betaald voor de uren zorg die hij biedt, niet voor de zorg die hij voorkómt’.*

In werkelijkheid ligt dit iets genuanceerder. Daarom kijkt Frieslab in deze paragraaf naar de factoren die van invloed zijn op de overgang tussen behoefte en vraag.

➔ **Klant kent behoefte onvoldoende en heeft nauwelijks zicht op mogelijkheden**

Bekend is dat sommige mensen met een zorgvraag bij een zorgorganisatie of bijvoorbeeld Wmo loket binnenkomen terwijl er eigenlijk nog een vraag achter ligt. De vraag achter de vraag, wordt dat in jargon genoemd.

➔ Methode Frieslab model

➔ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

➔ Vorige pagina

Daar wordt vraagverheldering op ingezet. Frieslab wil door het maken van het onderscheid tussen vraag en behoefte de achterliggende behoefte achterhalen om pas dan te kijken wat de best passende oplossing is. Dat hoeft geen zorgaanbod te zijn. Respondenten geven aan dat dit moeilijk is. Een van de oorzaken is dat de klant niet altijd inzicht heeft in wat zijn eigen behoeften werkelijk zijn of hij kan zijn vraag niet formuleren.

#### VOORBEELD

Meneer is 82 jaar, woont thuis en is licht dementerend. Er is huishoudelijke hulp ingezet. Meneer is onrustig, vaak boos en de laatste tijd steeds vaker agressief. Hij raakt steeds meer vervuild, ziet er slecht uit en gaat hard achteruit. De huishoudelijke hulp signaleert dat er meer zorg nodig is. Een omtinker gaat met hem praten. Hoe was het vroeger, wat voor werk deed hij? Hij bleek vanaf zijn pensioen 's ochtends de krant te hebben rondgebracht. Dat vond hij heerlijk. De omtinker regelde met de lokale organisatie voor huis aan huis folders dat hij 2 keer in de week mee mocht lopen en deed de folders in de bus. Nadat hij hiermee klaar was ging hij net als vroeger douchen. Hij sloep en at weer en gaandeweg knapte hij op.

Een gangbare reflex van zorgaanbieders is om de zorg op te hogen als een klant achteruit gaat. Dit terwijl andere oplossingen soms beter werken omdat ze beter aansluiten bij de behoefte van een klant.

#### VOORBEELD

In een verkennend onderzoek naar de behoefte aan begeleiding van kinderen met een PGB zijn 30 verhalen van kinderen opgetekend. Ouders geven aan dat hun kind begeleiding nodig heeft en vragen een indicatie aan. Vervolgens geven ze zelf de begeleiding met het PGB en geven aan overbelast te zijn. Zij vertellen dat ze niet weten waar ze moeten zijn en wie hen kan helpen om het kind passend te ondersteunen. Hun kind krijgt geen zorg in natura, of de zorg die er wel is zou niet passen bij de behoefte van het kind. De vraag die dit oproept is of de zorg er inderdaad niet is, of dat ouders vinden dat het reguliere aanbod niet goed genoeg is voor hun kind. In de 30 casussen wordt totaal € 369.000 besteed aan kinderen, wier ouders zeggen zich niet geholpen te voelen.

Zie ook rapport [Behoeftte aan begeleiding](#) (Bouman, 2014).

➡ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➡ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina

Hieruit valt af te leiden dat mensen soms niet weten hoe ze hun behoeften duidelijk moeten maken, wat ze moeten vragen, wat de consequenties zijn en bij wie ze moeten zijn. Dit wordt bevestigd door een **onderzoek van Nivel** (Rademakers, 2013).

Soms komen mensen met een heel concrete vraag bij de hulpverlener. Zij zijn zo vastberaden in hun vraag dat ze niet scherp hebben wat hun eigenlijke behoefte is. Of ze komen met een concrete vraag die logisch lijkt, maar voorbijschiet aan de eigen verantwoordelijkheid van mensen en daarmee aan de daadwerkelijke behoefte.

#### VOORBEELD

Mevrouw komt bij het Wmo-loket. Zij heeft volgens de vervoersregeling recht haar kinderen te bezoeken: 8 keer per jaar met een maximum van 70 kilometer. Haar kinderen wonen in Dronten. Dat is vanuit Friesland 80 kilometer. Er volgt een relaas over niet passende regels, en starre gemeente ambtenaren, het gaat maar om een verschil van 10 kilometer! De Wmo-adviseur speelt de vraag terug. ‘Hoe denkt u zelf dat dit opgelost kan worden?’ Uiteindelijk komt er een oplossing: de gemeentetaxi brengt mevrouw tot de Ketelbrug, daar pikken de kinderen haar op. Dat zou dan zo’n 70 km zijn. Geen ideale oplossing. De Wmo-adviseur gaat verder. ‘Maar wat vraagt u nou eigenlijk van de gemeente? Wil niet elke ouder zijn kinderen bezoeken

en betalen ze dat niet gewoon zelf? Waarom moet de gemeente dit betalen?’ Mevrouw vindt het bij nader inzien wel wat veel gevraagd. Uiteindelijk is de oplossing: de gemeente betaalt de volledige rit vier keer per jaar en mevrouw betaalt haar eigen vervoer vier keer per jaar.

#### ➔ ‘Recht op zorg principe’

In de AWBZ en Zvw is sprake van recht op zorg. Dit heeft het denken van veel mensen beïnvloed. Veel mensen zijn groot geworden met het idee dat ze later, als ze oud zijn, recht hebben op verzorging in een tehuis. In de Wmo is dit ‘recht op zorgprincipe’ inmiddels losgelaten. Oude en nieuwe principes lopen in de praktijk door elkaar heen. Het veronderstelde recht op zorg leidt nog regelmatig tot claimedrag. Dit doet zich ook voor bij jonge mensen. Respondenten dragen een aantal voorbeelden aan, waaronder dat van een mevrouw wiens buurvrouw zei: ‘Doe dat nou, daar heb je recht op. Mevrouw Pieterse krijgt toch ook thuishulp van de gemeente, dan krijg jij het vast ook.’ Soms gaat claimen onbewust. Mensen zijn niet op de hoogte van de kosten van de zorg, van andere mogelijkheden of men denkt er simpelweg niet (voldoende) over na.



➔ Methode Frieslab model

➔ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

➔ Vorige pagina

**VOORBEELD**

De intake van de kraamzorg komt op huisbezoek bij een hoogzwangere vrouw. De vraag of er mantelzorg is, wordt negatief beantwoord. Ouders en schoonouders wonen immers ver weg en het stel woont pas net in deze gemeente, van een uitgebreide vriendenkring is geen sprake. Mevrouw wordt vol geïndiceerd voor kraamzorg en krijgt daarna extra uren op grond van het feit dat er nog 2 kinderen onder de 4 zijn. Mevrouw is tevreden. Na een maand verschijnt de rekening. Er wordt een eigen bijdrage gevraagd die oploopt tot € 100. Mevrouw schrikt en bedenkt dat ze voor dat geld ook wel de burens had kunnen vragen een wasje te doen, en een oppas had kunnen regelen voor de andere kinderen. Met de baby was immers niets mis.

 **Persoonskenmerken en klantprofielen**


Persoonlijke kenmerken van mensen zijn van invloed op de overgang tussen behoefte en vraag. Hierbij hoort ook de sociaal economische status (ses). Mensen met een lage status zijn gemiddeld minder gezond en leven minder lang dan mensen met een hogere status. Onderzoeksbureau Motivaction onderscheidt verschillende type cliënten (**Wat werkt bij wie?**).

Zo zijn er gemaksgesichte cliënten. Zij zijn te kenmerken als impulsieve en passieve consumenten die streven naar een onbezorgd en comfortabel leven. Er zijn mensen die alle hulp wegwuiven en zo lang mogelijk zelfstandig willen wonen. Zij geven duidelijk aan wat ze wel en wat ze niet willen. Motivaction noemt dit maatschappijkritische zorgcliënten. Sommigen stellen de hulpvraag zo lang uit dat het leed alleen maar groter wordt. Op zo'n moment moet de hulpverlener ingrijpen. Eén van de respondenten droeg het voorbeeld aan van iemand die eigenzinnig genoemd kan worden.

**VOORBEELD**

In het ziekenhuis van Heerenveen verschijnt een man bij de hoofdingang met een dikke knie. Hij kan amper lopen en heeft zijn klompen in zijn hand. Hij wordt in een rolstoel gezet en naar de EHBO gereden. Na het maken van een foto wordt duidelijk dat het een lastige breuk is en dat meneer moet worden opgenomen. De verpleegkundige vraagt of de persoon die hem gebracht heeft misschien wat schone kleren kan ophalen. 'Hoezo', antwoordt de man, 'ik ben komen fietsen uit Bontebok.'

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina

### → De norm en definitie van gezondheid

Een factor die door verschillende respondenten wordt genoemd is de norm en definitie van gezondheid. In Nederland is gezondheid een groot goed. Jaarlijks wensen we elkaar eind december een gezond nieuwjaar. De norm is gezondheid; pech lijkt niet te mogen worden geaccepteerd. Dat betekent vaak ook dat ‘men’ direct wil dat er gehandeld wordt als er ziekte, pijn of ongemak ontstaat. Prof. Slaets zegt hierover in een interview op In voor zorg!: ‘Mensen hebben irreële verwachtingen over het leven. Die verwachtingen moeten we terugschroeven. Langzaam noemen we iedereen ziek. Rouwen om verlies heet depressie, elk geheugenverlies is meteen dementie. Dat soort “vroegdiagnostiek” helpt niet, tenzij iemand fantastisch wordt behandeld. Maar zo maakbaar is het leven niet.’ Daarnaast heeft volledig herstel vaak de prioriteit, terwijl juist het welbevinden van ouderen centraal zou moeten staan (Slaets, 2009). Het huidige aanbod voldoet daarom vaak niet aan de feitelijke vraag. Een transitie van het huidige aanbod en de huidige organisatie naar een nieuwe standaard is hard nodig.

Het verwachtingspatroon van klant en professional wordt bepaald door een achterhaalde definitie van gezondheid. Dit stelt Machteld Huber in haar promotieonderzoek (Huber, 2012).

‘De huidige definitie van de WHO stelt dat gezondheid een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek is. Deze definitie is in 1948 opgesteld, kort na de Tweede Wereldoorlog, en was toen baanbrekend. In die tijd was vooral sprake van infectieziekten. Door de ontdekking van antibiotica dacht men dat het mogelijk was om alle ziekten de wereld uit te helpen. Er heerste een groot idealisme en vertrouwen in de wetenschap.

De situatie is inmiddels veranderd. Mensen worden ouder en kampen met chronische ziekten. De huidige definitie is te idealistisch en statisch. Wanneer bevindt iemand zich in een toestand van compleet welbevinden? Waarschijnlijk is bijna niemand op deze aardbol volgens deze definitie gezond; je mag dan niet eens een wratje op je teen hebben. Terwijl iemand met een chronische ziekte ook een hoge kwaliteit van leven kan hebben. Bovendien werkt de definitie medicalisering in de hand. Om die ideale toestand te bereiken, is het nodig om altijd maar door te behandelen. Daarom is een focusverschuiving nodig: niet alleen kijken naar hoe ziek iemand is, maar ook naar hoe gezond iemand daarnaast is’.

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina



Zij stelt een nieuwe definitie voor (Huber, 2011):

**Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.**

Deze definitie is flexibeler en dynamischer en neemt de veerkracht van mensen mee. Mensen kunnen met een ziekte om leren gaan en daarnaast toch nog behoorlijk gezond in het leven staan. Met deze definitie kunnen mensen dus gezond zijn, naast het hebben van een ziekte (Huber, 2011).

Frieslab bood de mogelijkheid om verhalen in te dienen over te veel of te weinig zorg. **Verhalen waar je krommetenen van krijgt.**

Een mevrouw kwam met het verhaal waarin zij aangeeft dat niet alleen de hoogst mogelijke gekwalificeerde professional adequate behandeling levert.

‘Ik had onlangs een knobbeltje aan mijn hoofd en de huisarts heeft het onder plaatselijke verdoving weggehaald en opgestuurd. En nee: geen kanker. Je wilt niet weten hoeveel mensen vonden dat ik daarmee naar de dermatoloog had moeten gaan.’

Zij wijst op de druk van de omgeving om specialistische zorg te krijgen, terwijl dat in haar ogen en die van de huisarts niet nodig was.

‘Het aanbod van de huisarts sloot in mijn geval aan bij mijn behoefte maar er blijkt bij het grote publiek een groot verlangen naar de inzet van specialisten te bestaan’.

In deze context is het van belang naar het begrip zelfredzaamheid te kijken. Een burger is in zijn beleving zelfredzaam als hij zo weinig mogelijk zijn burens, kinderen en anderen belast. Dus schakelt hij professionele hulp in want onafhankelijkheid is belangrijk (Linders, 2013). De overheid ziet zelfredzaamheid als zo min mogelijk professionele zorg inzetten en gebruik maken van sociale netwerken. Deze twee interpretaties van zelfredzaamheid matchen niet.

➔ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina

Lilian Linders, lector Sociale Studies bij Fontys Hogeschool zegt hier over (Linders 2013):

‘De overheid bedoelt: zo min mogelijk professionals inzetten en juist beroep doen op het sociale netwerk. Terwijl burgers zich juist zelfredzaam voelen omdat zij professionele zorg krijgen. Een beroep doen op familie en kennissen zorgt ervoor dat zij zich meer afhankelijk voelen. De Wmo hecht veel waarde aan informele zorg, maar hoe realistisch is het verlangen om deze zorg te versterken?’ De hulpbereidheid onder mensen is er wel. Maar mensen weten vaak niet van elkaar dat ze willen helpen en bovendien vinden mensen het vervelend om hulp te vragen. Dat belemmert de informele zorg. Dat komt door de angst voor afhankelijkheid. En aan de gangbare norm in de maatschappij die steeds meer is gericht op zelfredzaamheid en autonomie.’

Bij het inspelen op de behoefte dient men zich bewust te zijn van dit verschil in perceptie.

### ➤ Professionals kunnen goed zorgen

Uit de gesprekken met leidinggevenden komt naar voren dat persoonskenmerken van professionals ook van invloed zijn op de overgang van behoefte naar vraag. Dit heeft te maken met het de opleiding van professionals en hun kennis en attitude.

Een verzorgende of verpleegkundige heeft ooit voor het beroep van verzorgende gekozen. Zij houdt van zorgen en is hier goed in. Bovendien werkt zij bij een zorgaanbieder die zijn bestaansrecht ontleent aan het leveren van zorg. De financiële druk om zorg te leveren kan groot zijn. Een projectleider vertelde:

‘Een verzorgende met een nulurencontract voelt het direct in haar portemonnee als ze meer zorg biedt. Hoe meer productie ze draait, hoe meer ze verdient. Ik ken het voorbeeld van iemand die een persoon in zorg houdt totdat ze weer een nieuwe klant heeft. Pas dan bouwt ze de zorg af.’

➤ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➤ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina



Dan is het wel heel moeilijk om vrij te denken vanuit de behoefte in plaats vanuit het zorgaanbod.

Maar het kan wel:

*Wij waren altijd gelijk aan het invullen.  
Nu laat je een bewoner in zijn waarde.  
Ze geven aan wat ze graag willen, in  
plaats van dat wij het in hun mond  
leggen.* (De Hoven, 2013)

### De genoemde factoren tussen behoefte en vraag op een rij:

- Klantvraag is ongelijk aan klantbehoefte;
- Kent de klant zijn eigen behoeften en kan hij deze verwoorden;
- Kan de klant de vraag formuleren;
- Aanspreken van de klant op zijn/ haar niveau (menselijke maat in uitleg);
- Kent de klant de mogelijke alternatieven en kan hij of zijn de weg vinden in het systeem van zorg en welzijn;
- ‘Recht op zorg’ principe (ik ben er toch voor verzekerd);
- Regie van de klant op (vinden van) oplossingen voor zijn of haar behoeften. Of nemen professionals de zoektocht over;
- Kent de klant de kosten en baten van oplossingen en weet hij onvoldoende wat hij kan verwachten;
- De klant bestaat niet. Verschillende klantprofielen en persoonskenmerken laten verschillen zien in regievoering en het onderscheid tussen behoefte en vraag;
- WHO definitie van gezondheid en daarbij de maatschappelijke waardering van gezond zijn;
- Professionals zijn goed in zorgen;
- Professionals worden betaald om te zorgen.

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina



### 3.2 VAN FACTOREN NAAR MECHANISME

#### Het blauwe fleece effect

Een thuiszorgmedewerker komt in haar hip gekleurde thuiszorgfleece bij de mensen thuis en stelt de vraag: ‘Wat heeft u nodig? Een prima open vraag. Er doet zich dan vervolgens een mechanisme voor. De klant heeft de thuiszorg gebeld en wil zorg. De hulpverlener heeft ooit voor het vak van verzorgende of verpleegkundige gekozen en wil graag zorgen. Dit effect wordt versterkt door het feit dat betreffende medewerker werkt bij een zorgorganisatie die financieel gezond wil blijven. Er wordt zorg gevraagd en zorg geboden en dat lijkt een passende match van vraag en aanbod. De klant gaat akkoord.

#### Referentiekader: de context bepaalt de vraag

Deze match is echter contextgebonden. De gekozen taal en woorden die horen bij de zorg en maken dat de klant (en de buurvrouw en de kinderen) ook deze woorden gebruikt. Mensen lijken elkaar te verstaan. Het gevolg kan zijn dat de vraag, die wordt gesteld door de klant en waarover de klant en de professional het eens zijn, niet aansluit bij de behoefte.

Het feit dat iemand van een zorgorganisatie vraagt wat er nodig is heeft het vrije denken van de klant al dusdanig beïnvloed dat er vervolgens een zorgvraag wordt gesteld. Dit noemen we het blauwe fleece effect. Een gemiddelde burger is geneigd zich aan te passen aan de regels en gewoonten van een organisatie. Leraar verpleegkunde De Boer beschrijft in zijn boek ‘[Zo doen we dat hier](#)’ (2011) treffend hoe dit in de verpleeghuissector gaat.

Is dit altijd negatief? Nee. 80 procent van wat de mensen vragen is redelijk voorspelbaar en daarmee een zorgvraag die past in de context. Maar binnen de voorspelbaarheid is er wel een verbeterslag te maken in de richting van doelgerichte zorg, vraaggestuurde zorg, faciliteren van de eigen regie en het inspelen op de daadwerkelijke behoefte van de klant. Dat dit kan leiden tot een hogere klanttevredenheid en lagere kosten laten meerdere voorbeelden zien (De Hoven, Mienskipsoarch, OeR-model: Verkooijen 2006, Dichtbij de burger: Bouman & Laan, 2012).

Een verzorgende:

*‘Ik neem nu gewoon de tijd om te luisteren  
‘Wat zeggen ze nou? En wat willen ze nou  
precies? In het verleden was ik meer gewend  
om dingen te bepalen voor bewoners.  
Nu doe ik alles in overleg’.* (De Hoven, 2013)

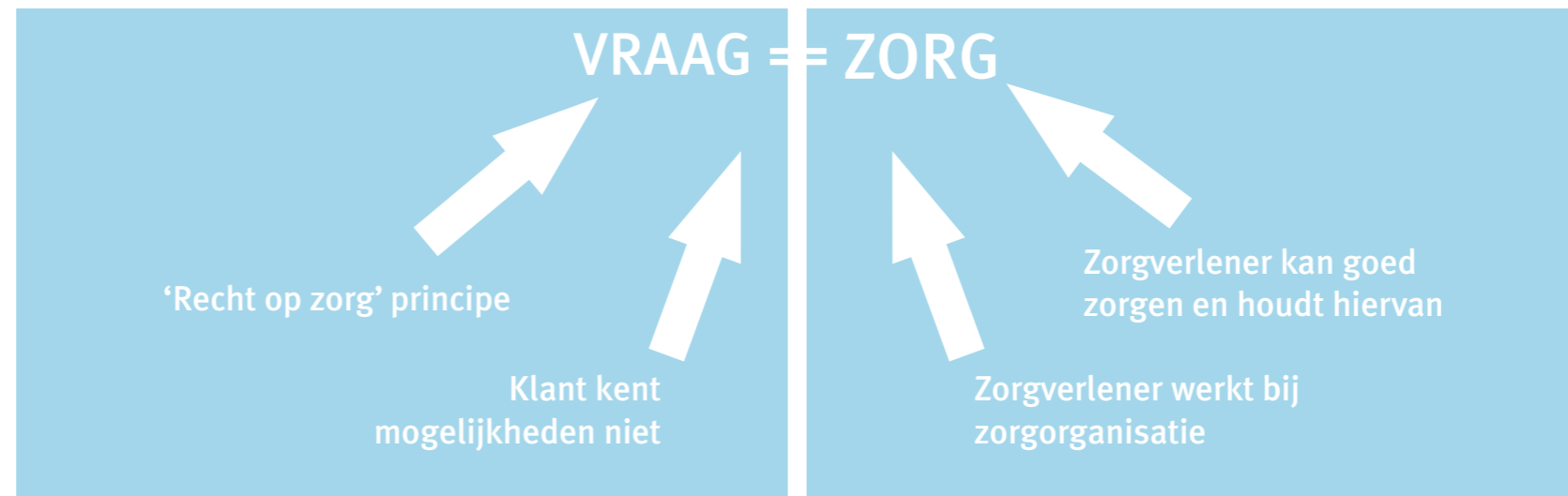
➔ Methode Frieslab model

⬅️ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅️ Vorige pagina

## Blauwe fleece effect



Figuur 1: Factoren die het Blauwe fleece effect vergroten

### 3.3 HOE DOORBREEK JE HET MECHANISME?

Bovengenoemde factoren bieden aangrijpingspunten voor oplossingen om dit mechanisme te doorbreken. In heel het land zijn goede voorbeelden te vinden. Frieslab beoogt in haar opsomming niet uitputtend te zijn, maar het denken in passende oplossingen op gang te brengen. Allereerst doet Frieslab suggesties. Daarna vindt u suggesties van de lezers en wordt u uitgenodigd om zelf suggesties te doen.

- Organiseer onafhankelijke vraagverheldering. Na de decentralisaties is de gemeente verantwoordelijk voor het organiseren van de toegang tot de eenvoudige zorg en ondersteuning voor jong en oud. Vraagverheldering en signalering is in deze fase van belang om ook preventie goed tot zijn recht te kunnen laten komen. Zie ook Frieslab rapporten [Ondersteuning op maat](#) en [Cliëntondersteuning](#)

➔ Methode Frieslab model

➔ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

➔ Vorige pagina

<sup>1</sup> Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. (Huber 2012)

- Gebruik de nieuwe definitie van gezondheid<sup>1</sup> als vertrekpunt van de communicatie over behoeften en zorgvraag.
- Ga het gesprek aan met cliënten. Dat kan een keuken tafelgesprek zijn, waarbij het doel dan niet is om alle leefgebieden systematisch af te lopen, maar op zoek te gaan naar het daadwerkelijke probleem. Streef naar gelijkwaardige en waarde georiënteerde communicatie in een goed gesprek.
- Weet waar de klant blij en tevreden van wordt.
- Maak met de klant een plan dat inspeelt op:
  - eigen kracht en eigen sociaal netwerk
  - het versterken regievermogen en draagkracht, als dat nodig is
  - beoogd resultaat
- Evalueer het plan periodiek en stel bij.
- Ook kan het Blauwe fleece effect worden doorbroken door het invoeren van een moreel beraad. Deze gespreksmethodiek is oorspronkelijk ontwikkeld om ethische dilemma's te bespreken, en is heel goed toe te passen in de zorg. (Widdershoven et al., 2009), (Bree & Vening, 2012)
- Communicatie met de klant op het niveau van waarden is cruciaal in het samen helder krijgen van zijn of haar behoefte. Door te communiceren op het niveau van waarden wordt aangesloten bij de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun leven. Wanneer

mensen volgens hun eigen waarden kunnen leven en handelen, ervaren ze dit als bevredigend en zinvol. Het is belangrijk om in het gesprek deze waarden te onderkennen, omdat deze in belangrijke mate bepalend zijn voor de ondersteuningsbehoefte van cliënten.

- Maak gebruik van **familiegroepsplannen** of **Eigen kracht centrale**. (Eigen kracht centrale, 2013).

#### ..... UIT HET VELD

Deze methoden om het mechanisme te doorbreken werden door lezers aangedragen

#### *Eerste ingediende suggestie:*

'Zorg voor elkaar' onderscheidt aandachtig zijn, wederkerigheid en dialoog. Werken met de menselijke maat is de uitwerking, samenredzaam zijn het doel. 'Zorg voor elkaar' helpt zorgwerkers een nieuwe balans te vinden tussen mens en proces. Met zelforganisatie als belangrijke pijler. Minder sturing vanuit het systeem, meer aandacht voor klant, mantelzorg en elkaar (casemanagement Services 2013).

**Ook een goede suggestie?**

Zet hem in HET KAN WEL! model 

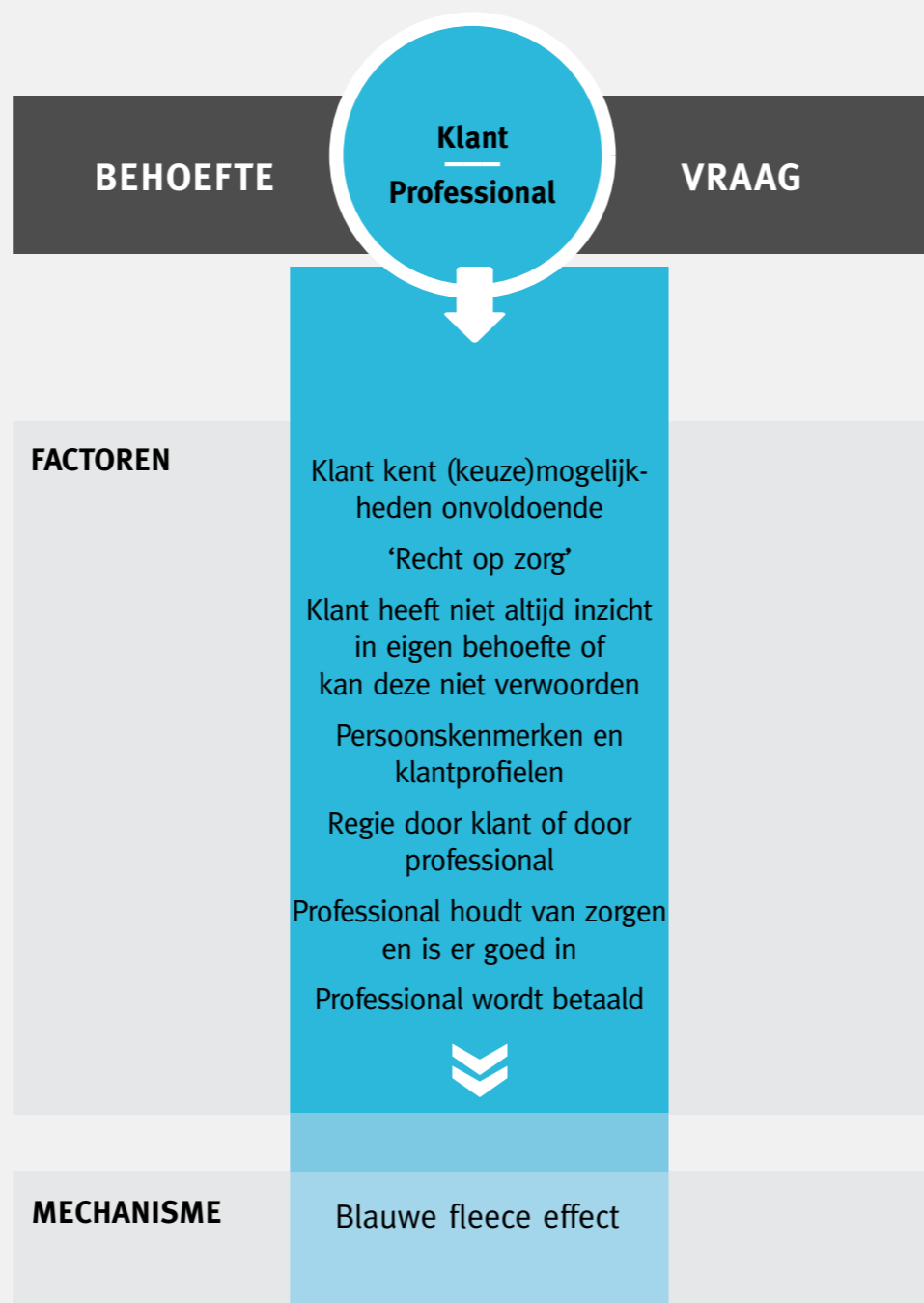
 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina

## SAMENGEVAT



## ZO DOORBREEK JE HET

Onafhankelijke vraagverheldering

Streef naar gelijkwaardige en waarde georiënteerde communicatie en gebruik hierbij de nieuwe definitie van gezondheid

Maak een plan dat inspeelt op:

- Eigen kracht
- Zo nodig versterken regievermogen en draagkracht
- Welbevinden, waar wordt klant blij en tevreden van
- Beoogd resultaat

Bespreek verwachtingen

Evalueer het plan periodiek en stel bij

[Bekijk meer suggesties uit het veld](#)

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina



# 4 VRAAG – AANBOD

In de praktijk is niet voor iedere zorg- of ondersteuningsvraag een aanbod. Ook sluit niet al het aanbod aan op vragen van burgers. De vraag is hoe dit komt en welke factoren hierbij een rol spelen. Dit hoofdstuk beschrijft de factoren die van invloed zijn op het kantelpunt tussen vraag en aanbod. Het gaat daarbij om de relatie tussen de klant en de professional. Vervolgens komen mechanismen en mogelijkheden om deze te doorbreken aan bod.



## 4.1 FACTOREN

Uit de verhalen van betrokkenen en de interviews komt naar voren dat er professionalgebonden, organisatiegebonden en klantgebonden factoren zijn op de overgang tussen vraag en aanbod.

### → Professional gebonden factoren

Hulpverleners krijgen kaders mee waarbinnen ze moeten werken. Alle projectleiders geven aan dat professionals hier verschillend mee omgaan. Sommige professionals zijn geneigd binnen de veilige bandbreedte van de gestelde regels te blijven, terwijl anderen meer risico's durven en willen nemen. Hierin speelt de attitude van professionals een cruciale rol. Een respondent schetst het volgende voorbeeld.

### VOORBEELD

Er wordt in een project gezocht naar goede mensen die de vraagverheldering aan het begin van een zorgtraject doen. Er wordt een lijstje met persoonskenmerken opgesteld en er vindt een wervings- en selectieronde plaats waar kandidaten uit naar voren komen.

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave





→ Volgende pagina

← Vorige pagina

Achteraf blijken dit precies de mensen te zijn die vooraf in de organisatie al bekend stonden als de hardwerkende creatievelingen. De insiders die HET hebben. In elke organisatie zijn mensen die HET hebben. Niet alleen in de zorg. Iedereen kan ze zo aanwijzen. Daar is geen opleiding of wervingsprocedure voor nodig.

Frieslab pleit niet voor het omzeilen van een democratisch besluitvormingsproces maar wil met dit voorbeeld duiden dat in elke organisatie mensen zijn die voortrekker kunnen zijn.



-  Methode Frieslab model
-  Inhoudsopgave
-  Volgende pagina
-  Vorige pagina

## OOK EEN VOORTREKKER (WORDEN)?

Je geeft niet op

Je abstraheert, maar je oog ziet ook detail

Je vereenvoudigt

Je stelt je oordeel uit

Je houdt vast, zonder de regie over te nemen

Je relateert

Je inspireert

Ook opleidingsniveau en vaardigheden van professionals zijn factoren van betekenis. Er zijn bijvoorbeeld hulpverleners die bekend staan als ‘praktische doeners’ en geneigd zijn binnen veilige kaders blijven. Er zijn ook professionals die het fenomeen ‘handen op de rug’ als geen ander kennen. Zij handelen niet meteen, maar wachten bijvoorbeeld af wat de klant doet. Zij zijn creatiever in hun aanpak, niet alleen omdat de problematiek van de klant er om vraagt, maar vooral ook omdat dit bij hen past. Ze beschikken niet alleen over regelkennis, maar ook over regelkunde, die hen in staat stelt te spelen met de kaders waarbinnen ze moeten werken. Deze professionals nemen meer eigen verantwoordelijkheid en werken zelfstandiger. Eén van de directeuren kenmerkt de keuze voor een sector binnen de zorg als volgt:

*‘Professionals in de ouderenzorg zijn doeners. In de gehandicaptenzorg werken veelal ‘voorzichtige moeders’. Zij blijven vaak binnen veilige kaders. Professionals in de intramurale ouderenzorg durven binnen de gestelde kaders eigen verantwoordelijkheid te nemen, maar het ontbreekt hen vaak aan creativiteit. Professionals in de extramurale ouderenzorg (thuiszorg) zijn veelal zelfstandiger.’*

De volgende opmerking die tijdens een interview is gemaakt illustreert dit:

... Een verzorgende op een afdeling in een verzorgingshuis wordt gevraagd of ze bij de nieuwe afdeling die thuiszorg gaat bieden wil gaan werken. Haar antwoord: ‘Natuurlijk niet, anders was ik wel bij de thuiszorg gaan werken.’

Professional gebonden factoren zijn probleemoplossend vermogen van de hulpverleners, opleidingsniveau, kennis, regelkennis, regelkunde, vaardigheden en bovenal attitude.

#### ➤ Organisatiegebonden factoren

##### **De wijze waarop in de organisatie worden gestuurd**

Organisatiegebonden factoren hebben te maken met de wijze waarop de organisatie wordt aangestuurd. Sturing op uren (productie) en het naleven van regels (protocollen) spelen daarbij een cruciale rol, zo komt uit het onderzoek naar voren. ActiZ wees hier in 2010 al op door te stellen dat geen van de actoren in zijn kracht zit. Aanbieders werden van oudsher in een passieve rol geduwd.

➤ Methode Frieslab model

➤ Inhoudsopgave

➤ Volgende pagina

➤ Vorige pagina



Hoeveelheid en aard van productie werd hen opgedragen. Ruimte voor experimenteren of vernieuwen werd niet geboden.

Het adagium was: iedereen heeft recht op dezelfde zorg. Die culturele bagage ben je niet zomaar kwijt. Over sturing op productie vertelt een manager aan Frieslab:

‘Wij hebben jarenlang onze medewerkers gestuurd en afgerekend op productie. Zij moesten indicaties maximaal benutten en kansen zien om de omvang van zorg te verhogen. Minutenregistratie en nulurencontracten maakten dat het personeel direct beloond werd voor het geboden aantal uren zorg. Nu we dat willen ombuigen naar minder zorg, is dat een hele klus.’

#### De wijze waarop wordt omgegaan met protocollen

Ook de wijze waarop organisaties omgaan met protocollen is een cruciale factor bij het bieden van zorg en ondersteuning die past bij de vraag van de klant.

#### VOORBEELD

‘Als organisatie ben je verantwoordelijk voor verantwoorde zorg en de veiligheid van de bewoners. Je zorgt dus voor goede protocollen. Bij een incident heb je zo de inspectie op je dak, of de pers staat op de stoep.’

Als medewerkers worden afgerekend op incidenten kan dit het vrije denken van professionals belemmeren. Dit wordt nog eens versterkt als organisaties processen standaardiseren of afvinklijstjes hanteren.

Een respondent: ‘Regels zijn op zich goed en zijn de basis voor kwaliteit. Maar regels mogen niet in beton gegoten worden. Afspraken maken is gezond en grenzen stellen ook. Als procedures belangrijker worden dan zelf nadenken, gaat er iets mis.’

En: ‘Ik ben niet tegen protocollen, maar het gesprek erover is cruciaal. Anders maak je regels, die leg je in de kast, kast dicht. Klaar. Regels zijn levende documenten. Regels moeten erop gericht zijn dat de zorg beter wordt.’

Weer een ander zegt: ‘We moeten medewerkers leren een gewogen risico te nemen en daarover ook te communiceren. Het verschil tussen soorten medewerkers vraagt maatwerk in aansturing. Het gaat om ont-protocolleren, om focus op de kwaliteit van leven van klanten en niet om het acteren vanuit het perspectief van de voorzichtige en risicomijdende professional. Hierdoor wordt de zorg beter en goedkoper.’

➔ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina

Het is dus van belang dat de hulpverleners niet alleen de ruimte krijgen om in te spelen op de behoeften van burgers, maar vooral ook worden gestimuleerd dit te doen. Een leidinggevende geeft aan:

‘Het gaat mij om de reanimatie van het gezonde verstand. Om een ‘als het nou je eigen moeder was benadering’. Ik wil niet vastleggen dat medewerkers de stoelen van cliënten in het verzorgingshuis moeten aanschuiven zodat cliënten niet met de remkabels van hun rollator achter de leuning blijven haken. Ik wil dat ze dit zélf bedenken.’

#### Het leiderschap binnen een organisatie

‘Goede leiders in de zorg hebben visie, energie, autoriteit en kennen de strategische richting. Ze zijn ook mens, hebben gevoel voor de organisatie en zijn niet bang om buiten de paden te lopen.’ (Heineman, 2010) Ze zijn van: ‘no nonsense met een hart’. Dit soort leiderschap doet bij de professionals een appèl op hun professionele verantwoordelijkheid (de zogeheten responsible autonomy). (Degeling 2003, 2004)

#### De cultuur binnen een organisatie

Alle geïnterviewde mensen geven aan dat de cultuur binnen een organisatie van cruciaal belang is als het gaat om realiseren van aanbod dat aansluit op de vraag.

Frieslab stelt in haar rapporten de inhoud centraal en werkt parallel aan een cultuurverandering. Maar wat is dat eigenlijk, cultuur?

Cultuur is een patroon van activiteiten, menselijke activiteiten (Schein 1992). Activiteiten die hun oorsprong vinden in normen, waarden en fundamentele uitgangspunten. De vraag is dan: wat verwachten we van professionals in de zorg en wat van organisaties in de zorg. Professionals moeten bepaalde competenties hebben. Dat zijn kennis, vaardigheden en gedrag. Analyse van de incidenten in de zorg levert op dat het tekortschieten van het individu vaak het gevolg is van het ontbreken van deze competenties, aldus Heineman in zijn inaugurele rede (2010). Heineman stelt echter ook dat sprake is van organisatie-gerelateerde competenties. Deze hebben alles te maken met de cultuur die er binnen een organisatie heerst. Hij vraagt zich af of er gebruik wordt gemaakt van kwaliteitsnormen, transparante verantwoording en een constante verbeter-dynamiek.

➔ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina

Frieslab voegt hieraan het aspect communicatie toe: in hoeverre wordt het gesprek over kwaliteit, normen en waarden gefaciliteerd? Is er ruimte om over fouten te praten en wordt dit gestimuleerd? Is er intervisie in een veilige setting?

Dit heeft te maken met het bieden van veiligheid in de relatie.

*‘Het is alom bekend dat in een organisatie waarin de cultuur bedreigend is en die zich kenmerkt door ‘command and control’ (transactioneel leiderschap) minder incidenten en fouten worden gemeld dan in een organisatie met een open cultuur. De leiding kenmerkt zich door ‘commitment’ (commitment based management, transformationeel leiderschap). In psychologisch opzicht moet er dus sprake zijn van veiligheid. Een veilige omgeving wordt bepaald door de schaalgrootte waarin men werkt. Bestuurders en managers moeten voortdurend klein maken wat groot is.’*

(Heineman, 2010)

*‘In augustus zijn de normen en waarden van de organisatie gepresenteerd. Medewerkers moeten de gedragscode ondertekenen en in nieuwsbrieven komen elementen daaruit aan de orde. De normen en waarden bieden duidelijke handvatten voor de omgang met de cliënt en cliëntgericht werken. In de gedragscode wordt benadrukt dat het zorgleefplan leidend is. Echter, juist dit onderdeel van de normen en waarden schiet in de praktijk te kort: wensen en behoeften van de cliënt staan niet altijd (goed) verwoord in het zorgleefplan. Cliëntgericht werken is hierdoor – dit bleek ook uit gesprekken – niet goed mogelijk.’ (IGZ, 2014)*



➡ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➡ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina

### ➔ Klantgebonden factoren

#### De complexiteit van de klantvraag

Uit de gesprekken komt naar voren dat er ook klantgebonden factoren zijn die van invloed zijn op vraag en aanbod. Zo kan de complexiteit van de vraag van invloed zijn op de mate waarin vraag en aanbod op elkaar aansluiten. De 80-20 regel is ook in de zorg van toepassing. 80 procent van wat de mensen vragen of willen is redelijk voorspelbaar. Hiervoor is het relatief gemakkelijk om goed passend aanbod te ontwikkelen dat aansluit op de vraag.

#### VOORBEELD

‘Hoezo zegt u dat het aanbod niet aansluit op de vraag? Ik heb jaarlijks 3000 klanten en een veelvoud hiervan aan klantcontactmomenten. Natuurlijk weet ik wat de klant wil en pas ik mijn aanbod hierop aan. Klanten zijn lang in zorg of komen terug. Dat is het bestaansrecht van mijn organisatie.’

Voor de andere 20 procent geldt dat het minder gemakkelijk is om het aanbod aan te laten sluiten op de vraag. Bij klanten met lichte problematiek past het aanbod niet. Preventie wordt niet betaald, dus als iemand niet ziek is en geen gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving, is ingrijpen niet opportuun. Er wordt onvoldoende naar behoeften

gekeken. Toch is voorkomen beter is dan genezen. Secundaire preventie kan kosten en ellende op lange termijn besparen, maar geeft onvoldoende bestaansrecht voor organisaties, omdat het geen middelen oplevert, terwijl ‘de schoorsteen ook moet roken’.

Bij klanten met complexe problematiek beperken de meervoudige hulpvragen de mogelijkheid om passende zorg te bieden. Bij co-morbiditeit of multi-probleemgezinnen ontbreekt centrale regie en afstemming waardoor het teveel en/of slecht op elkaar aansluitend aanbod soms averechts werkt (medicijnen, behandelingen of professionals die elkaar tegenwerken). Het systeem wordt dominant en passende zorg is niet meer goed mogelijk. Er wordt over cliënten gesproken in plaats van met. De vraag ‘wat is het werkelijke probleem’ wordt in dergelijke gevallen niet meer gesteld. De behoefte van de klant overstijgt de verantwoordelijkheid van de individuele hulpverleners en niemand is en/of voelt zich verantwoordelijk voor het totaal.

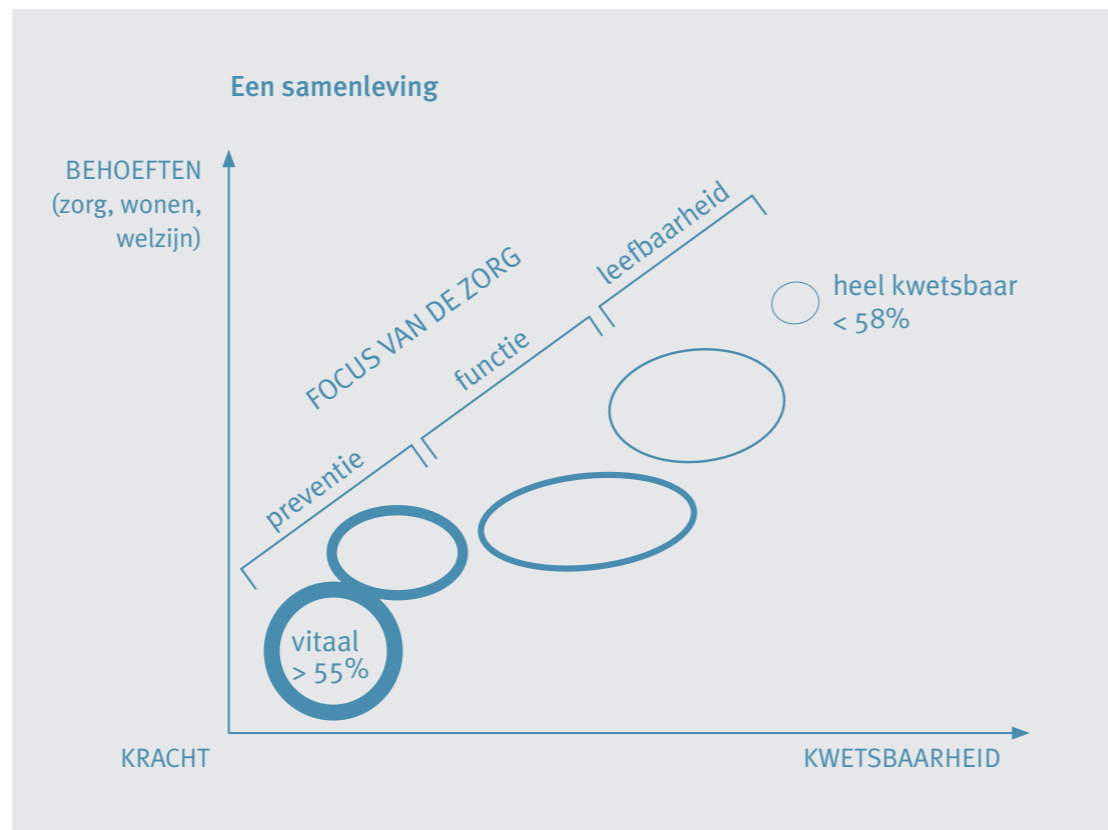
Frieslab bespreekt in de rapporten ‘**Casemanagement, van idee naar model**’ (Bouman en Welling, 2011) en ‘**Het schuurt tussen onderwijs, zorg en sociale zaken**’ (Peeters Weem en Bouman, 2013) hoe kan worden omgegaan met het voeren van regie op de hulpverlening in het geval van complexe en meervoudige problematiek.

➔ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina



Figuur 2: (bron: Slaets, J. Presentatie 12 april 2013, Groningen)

### De kenmerken van de klant

In het voorgaande kwamen de klantgroepen en leefstijlen van Motivaction al aan bod. Ook werd attitude genoemd. Deze factoren zijn ook op de overgang tussen vraag en aanbod van toepassing. Professor Joris Slaets onderscheidt klantprofielen op basis van vraagpatronen. Hij zet kwetsbaarheid af tegen behoefte waarbij hij vijf groepen ouderen onderscheidt (zie figuur 2). Bij de vitale ouderen is het hoofddoel van eventuele ondersteuning preventie en participatie. Bij de meest kwetsbare groepen is zorg en ondersteuning gericht op leefplezier. Alleen bij de middelste groepen is ingrijpen op functiebehoud (lees zorg en behandeling) legitiem als daarmee de kwetsbaarheid afneemt.

Dat betekent dat de overgang tussen vraag en aanbod verschillend is per onderscheiden klantprofiel.

### De genoemde factoren tussen vraag en aanbod op een rij:

- Persoonskenmerken van de professional
  - Probleemoplossend vermogen van de professional
  - Opleidingsniveau, kennis, vaardigheden, attitude
- Organisatiegebonden factoren
  - Professional wordt gestuurd op uren/productie
  - (aanspreek) cultuur
  - Leiderschap
  - Interne protocollen, omgaan met veiligheid en risico's
  - Onderwijs, training, audit, onderzoek en ontwikkeling, openheid en risico management, attitude, constante verbeterdynamiek
  - Veiligheid in de relatie
- Kenmerken van de klant
  - Complexiteit hulpvraag
  - Klantprofiel, leefstijl, attitude

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina

## 4.2 VAN FACTOREN NAAR MECHANISME

In de zorg zijn veel diensten en handelingen gestandaardiseerd, zodat er efficiënt en effectief gewerkt kan worden. Vaak geldt dat de geleverde ondersteuning hierdoor verbetert. De schaduwzijde is dat deze standaard oplossingen het denken en handelen van professionals teveel kunnen domineren. De hulpverlener wordt daarin geschoold en is niet meer gewend om anders te handelen.

Als gevolg hiervan zijn leidinggevenden en hulpverleners vaak geneigd om op een vraag die buiten de bestaande kaders valt te reageren met ‘het kan niet of het mag niet’. Uit de algemene psychologie blijkt dat de mens van nature geneigd is om regels te volgen. Als niemand de hulpverleners uitdaagt om op zoek te gaan naar de grenzen en een organisatie betaald wordt om productie te leveren, grijpen persoonsgebonden en organisatiegebonden factoren versterkend op elkaar in.

Een respondent: ‘Laatst zag ik op tv een documentaire over groepsgedrag. In een winkelstraat was met geel tape een groot vierkant op de grond gemarkeerd. Er stond verder geen bordje bij, er was alleen dat grote vierkant op de grond. Het winkelend publiek liep er om heen. Ze dachten er niet eens bij na en wijzigden automatisch koers om zo langs het vierkant te lopen in plaats van er overheen. Individuen, tweetallen en groepen, iedereen liep er omheen.

Daarna liep een ingezette acteur vlak voor een groepje mensen uit en hij ging wel over het vierkant heen. Wat er gebeurde vond ik heel interessant. Mensen volgden hem! Als er iemand voor liep dan liep de rest ook over het vierkant heen. Ook daar was geen twijfel hapering of overleg nodig. Men ging er dwars overheen.’

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina



### 4.3 HOE DOORBREEK JE HET MECHANISME?

In de gesprekken met projectleiders en professionals zijn diverse suggesties gedaan voor het doorbreken van dit mechanisme.

Zo geven respondenten aan dat het van groot belang is dat hulpverleners niet alleen de ruimte krijgen maar vooral worden gestimuleerd in hun creativiteit om aan te sluiten bij de behoefte van klanten. Anderen organiseren feedback in het team zelf. Zo vertelt een manager:

‘Tijdens de kerstborrel stel ik mijn medewerkers altijd de vraag: Heb je nog iets gedaan dat eigenlijk verboden is en dat nodig was om in een behoefte te kunnen voorzien? We gaan dan de kring rond en iedereen komt met een voorbeeld. Ik doe dit om mijn medewerkers uit te dagen buiten bestaande kaders te denken en te handelen. Dat is blijvend nodig.’

Een hierbij betrokken hulpverlener stelt in haar reactie:

‘Net zoals ik met de klant bespreek waarom hij een beroep doet op ondersteuning, bespreek mijn leidinggevende dit met mij. Het gaat om communicatie op het niveau van normen en waarden: vind ik het

terecht dat de klant een beroep op doet op deze vorm van ondersteuning? Of vind ik het eigenlijk niet normaal? En vooral: waarom vind ik dat dan? Dit bespreek ik dan weer de klant. Dat is eigenlijk ook weer op het niveau van normen van waarden, maar dat noem ik dan niet zo.’

Om te kunnen ontsnappen aan het systeemdenken is het dus van belang dat hulpverleners worden uitgedaagd te reflecteren op hun eigen handelen en dat dit wordt aangestuurd en bewaakt door hun leidinggevenden. Ofwel, in de woorden van een respondent:

*‘Organisaties moeten hun eigen ongemakkelijkheid organiseren.’*

Net zoals het in de communicatie tussen klanten en professionals van belang is dat op het niveau van normen en waarden wordt gecommuniceerd, geldt dat ook voor de relatie tussen leidinggevenden en professionals. In de wetenschap noemen ze het gesprek: moreel beraad.

➔ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina

Prof. Joris Slaets zegt hierover in de [week van de reflectie](#) (2013):

‘Een goede handelingspraktijk vereist een reflectieve professional. Reflecteren is een essentiële vaardigheid om een goede professional te worden en te blijven en een vaardigheid die je tot op zekere hoogte kunt leren en in ieder geval kunt stimuleren. Evidence-based kennis behoeft aanvulling met kennis die ontleend is aan de praktijk, waarin de patiënt met zijn eigen geschiedenis, zijn preferenties en zijn persoonlijke beleving van ziek zijn centraal staan.’

Merel Visse, Universiteit voor de Humanistiek presenteerde een andere methode tijdens het Kwaliteitsforum Good practices in de Care van het Kwaliteitsinstituut (CVZ) (december 2013):

### Responsief evalueren

Bij responsief evalueren gaat het om het komen tot wederzijds begrip voor elkaars perspectieven. Mensen evalueren ‘goede zorg’ op uiteenlopende manieren: wat voor de

een van belang is, hoeft dat voor de ander minder of niet te zijn. Door gezamenlijk te evalueren, via een dialoog, gaan aanbieders, cliënten en andere belanghebbenden in gesprek over wat zij ‘goede zorg’ vinden en op welke wijze zij daar verantwoording over wensen af te leggen. Het is een zoekproces waarin aandacht is voor wat zich binnen de zorgrelaties in dagelijkse zorgpraktijken voordoet. Waar klassieke evaluatiebenaderingen zich richten op het verkrijgen van (management-)informatie over vooraf vastgelegde indicatoren, richt responsief evalueren zich op kwaliteitsverbetering door die indicatoren en onderliggende waarden telkens te bespreken en ontwikkelen.

Ook zijn de handvatten voor de praktijk van Slaets te gebruiken (2009). Met het triage-instrument ‘Behoeft als kompas, de oudere aan het roer’ wordt de zorgbehoefte vanuit het perspectief van de oudere in kaart gebracht. Gekeken wordt naar de kwetsbaarheid, de complexiteit van de zorgsituatie en het welbevinden van ouderen. Daarnaast wordt gekeken naar persoonlijke voorkeuren van ouderen ten aanzien van zorg en ondersteuning. Dit leidt tot ouderenprofielen die te gebruiken is om te kijken welke zorgpaden passend zijn. Kortom, aanbod af te stemmen op de vraag.

➔ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina



### Waarden gestuurd leiderschap

Kenmerken van organisaties met waardengestuurd leiderschap (Barret, 1998).

- Ze hebben een positieve, op waardengestuurde cultuur.
- Ze verbinden zich blijvend tot leren en zelfvernieuwing.
- Ze passen zich voortdurend aan naar aanleiding van feedback van binnenuit en buitenaf.
- Ze gaan strategische verbindingen aan met partners, klanten en leveranciers.
- Ze zijn bereid risico's te nemen en te experimenteren.
- Ze hebben een evenwichtige, op waarden gebaseerde benadering om het prestatie niveau te meten.

Barret gebruikt ook instrumenten zoals een scorekaart, op grond waarvan gericht gestuurd kan worden. Van Pinxteren (2010) past dit toe in de praktijk en beschrijft dit in het artikel [Stap voor stap naar waarden gestuurd leiderschap](#) (van Pinxteren 2010)

Het doorbreken van mechanismen is ook vanuit veranderkundig perspectief te benaderen.

- Maak gebruik van veranderkunde, change management en projectmanagement.
- Richard Grol schreef meerdere publicaties over effectief implementeren van nieuwe (medische) kennis of verandering in de patiëntenzorg. (Grol, R. 2006)
- Maak gebruik van kennis en literatuur over duurzame gedragsverandering. Bijvoorbeeld heel praktisch door Van Rantwijk en Van der Zwan (2009).
- Geef betekenis aan de verandering (Homan, 2008). Toegankelijke en bruikbare informatie staat in: Homan, T. (2008) of Homan, T. (2005).
- Arend Ardon beschrijft oorzaken, gevolgen en mogelijke oplossingen van mechanismen of, zoals hij het zegt, circulaire processen in zijn proefschrift: Ardon, A.J. (2009)

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina



Het mechanisme doorbreken met prikkels en beloningen zal weinig zinvol zijn. Veel van de motivatie- en beloningssystemen in organisaties doen waarschijnlijk meer kwaad dan goed omdat ze een cultuur in de hand werken van

beloningsgedreven gedrag in plaats van een cultuur van goede dingen doen omdat ze goed zijn: Otto Scharmer, Theory U. In hoofdstuk 5 komt deze **theorie** verder aan bod.

### UIT HET VELD

Deze methoden om het mechanisme te doorbreken werden door lezers aangedragen

#### Frans Wilms (column over veranderkunde in *Verandermanagement* 26 aug 2013)

De Universiteit Maastricht heeft samen met praktijk instellingen een methode ontwikkeld (EXBELT) om het vastbinden van bewoners in verpleeghuizen te verminderen en voorkomen. Math Gulpers beschrijft in zijn proefschrift hoe de methodiek het best geïmplementeerd kan worden: Verandering is weerbarstig. Zeker als het gaat om verandering van uitgangspunten en gedrag dat je kunt plaatsen in de categorie: ‘zo doen en deden we dat hier altijd’. Wil je daar verandering in brengen dan is er een pact nodig. Een pact waarbij de leiding aan de top de verbinding zoekt en vindt met de dagelijkse leiding op de werkvloer.

Gulpers concludeert:

- Met alleen een duidelijke stellingname vanuit de leiding kom je er niet
- Met alleen centrale trainingsprogramma's, los van de werkvloer, kom je er niet
- Resultaten boek je door een helder centraal standpunt in combinatie met een trainingsprogramma op de werkvloer, waarbij je de (informele) inhoudelijke leiders in positie brengt om een voorbeeld te zijn voor anderen.

Het zijn uiteindelijk de leidinggevendenden op de werkvloer die gedragsverandering realiseren. Van de top vraagt het om een heldere visie en een duidelijk standpunt in combinatie met het faciliteren van de leidinggevendenden op de werkvloer. (Gulpers, 2013)

**Ook een goede suggestie?**

Zet hem in HET KAN WEL! model 

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina

## SAMENGEVAT



## ZO DOORBREEK JE HET

Houd rekening met de klantkenmerken en klantprofielen

Bouw de zorg en de organisatie op vanuit het zorgplan of leefplan van de klant

Evalueer en stuur bij op resultaatparameters en welbevinden

Stel kaders en bied passende ruimte aan medewerkers voor creativiteit

Organiseer training op de werkvloer met opinieleiders als voorbeeld

Organiseer feedback in het team en train ze om zaken bespreekbaar te maken. Gebruik methodieken als moreel beraad en responsief evalueren

Definieer de meerwaarde van de inzet van de professional

Faciliteer het gesprek met tussen leidinggevende en professional

Communiceer op het niveau van normen en waarden. Wat doet er echt toe voor de klant en voor de medewerker?

Waardegestuurd leiderschap

Pas de opleiding aan

**Bekijk meer suggesties uit het veld** 

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina



# 5 AANBOD – FINANCIERING

In de laatste overgang van het schema ‘behoefte – vraag – aanbod – financier’ staat de relatie tussen aanbieder en financier centraal. De leidinggevende vertegenwoordigt de aanbieder. De financier kan de zorgverzekeraar, het Zorgkantoor of de gemeente zijn. Toezichthoudende organisaties zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en organisaties die de kwaliteit monitoren op grond waarvan financiers hun geld toekennen zijn ook relevante actoren.



Dit hoofdstuk laat zien hoe versnipperd we in Nederland soms te werk gaan. Het doel van deze spiegel is deskundigheidsbevordering. De verschillende actoren hebben hun eigen methodes om in hun discipline de kwaliteit of kwantiteit te meten van de zorg die ze moeten controleren of die ze betalen. Deze methoden hangen daardoor onderling nauwelijks samen of organisaties communiceren niet met elkaar hierover. Overlap in vragenlijsten die nodig zijn voor interne of externe controle en verschillen in verantwoordings-eisen tussen financiers vergen vele indicatoren en metingen in één organisatie. Een respondent schetst het als volgt:

*‘Je meet wat je eigenlijk niet wilt weten.  
En voor wat je eigenlijk wilt weten, bestaat nog geen instrument.’*

## 5.1 FACTOREN

Als het gaat om de financiering van zorg worden vaak de volgende actoren onderscheiden; de klant, de aanbieder en de financier. De klant ontvangt ondersteuning van de aanbieder. De aanbieder krijgt hiervoor een vergoeding van de financier.

→ Methode Frieslab model

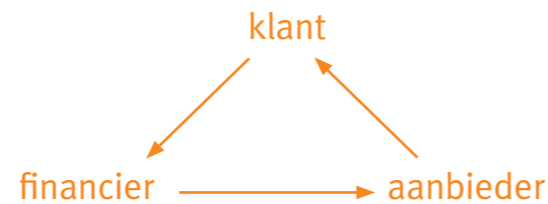
← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina



Dit kan de landelijke overheid zijn (AWBZ), de lokale overheid (Wmo) of de zorgverzekeraar (Zvw). In de relatie tussen deze actoren is er geen directe betalingsrelatie tussen de klant en de aanbieder, afgezien van eventuele eigen bijdragen. De klant weet niet altijd wat er voor de zorg betaald wordt.



### Rigide financieringssysteem

In plaats van een directe betalingsrelatie tussen klant en aanbieder is er in de zorg sprake van een ingewikkeld financieringssysteem (voor meer informatie, zie [www.rijksbegroting.nl](http://www.rijksbegroting.nl)).

Respondenten uit de interviews geven aan dat de wijze van financiering van invloed is op het aansluiten van de zorg en ondersteuning op de behoefte van klanten. Zij noemen onder meer de volgende factoren:

- Organisaties worden betaald voor het aantal uur dat zij zorg bieden. Hoe meer zorg, hoe meer omzet.

- Klanten, professionals, aanbieders en financiers redeneren en handelen vanuit het recht op zorgprincipe. Dit systeem van aanspraken bepaalt de invulling van het beschikbare aanbod.
- Het recht op zorg-principe wordt versterkt door de manier van contractering, bekostiging en verantwoording (intern en extern).
- Aanbieders komen weinig met goede zorg- en ondersteuningsarrangementen die zijn afgestemd op de daadwerkelijke behoefte van burgers.
- Het huidige financieringssysteem leidt tot onvoldoende prikkels bij aanbieders op het gebied van doelmatigheidsafwegingen. Marktwerking leidt tot een bestuurdersspel, met weinig aandacht voor (aansluiting van het aanbod op) de vraag en de behoefte van burgers, terwijl het daar wel voor bedoeld was.

Meerdere aanbieders kwamen naar Frieslab met klachten over het financieringssysteem en de vele financieringsstromen die met sommige zorgvormen gepaard gaan, vooral daar waar sprake is van zorg bekostigd op basis van verschillende wetten (Peeters-Weem & Bouman, 2013) Zie: [Analyse financieringsstromen Asja](#), analyse van de polikliniek van Huntington en [Kind onderweg](#). Frieslab ordende deze en bracht de discussie over passende financiering gericht op gang ([zie ook hoofdstuk 7](#)).

➔ Methode Frieslab model

➔ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

➔ Vorige pagina



Een anekdote: In één van de gesprekken zei een aanbieder: ‘Doe ons gewoon een zak met geld en we zorgen dat de cliënt het beste krijgt wat hij nodig heeft.’ Hierop antwoordde de programma manager: ‘Ik ben niet tegen gescheiden financieringsstromen. Ik heb thuis ook een en/of rekening. Mijn man en ik doen beide een duit in het zakje. Daarmee zorgen we voor onze kinderen. Dat gaat prima. Het zou alleen mis gaan als wij beide zouden willen weten waar ons geld aan is besteed, aan onderwijs of aan sokken? Op die manier leggen we in de zorg nu wel verantwoording af.’

De financiering van zorg is een rigide systeem. Maar ook op het snijvlak van zorg met aanpalende terreinen, zoals onderwijs en sociale zaken, zijn meerdere knelpunten gesignaleerd ([zie Als het schuurt tussen zorg onderwijs en sociale zaken](#)). Zo kunnen bijvoorbeeld kinderen die naar

het reguliere onderwijs gaan, maar tegelijk begeleiding of behandeling nodig hebben, hun urennorm niet halen omdat ze overdag bij hun behandelaar of trainingsgroep zijn. Dat betekent dat de onderwijsinstelling niet betaald krijgt voor het onderwijs dat ze bieden aan deze leerling.

#### Passende indicatoren

Het systeem van indicatoren en bijbehorende normen is vaak gebaseerd op het systeem van financiering. Wanneer het financieringssysteem het vertrekpunt is (= systeemdenken) dan krijgt de klant veelal niet wat hij nodig heeft. Het primaire zorgproces staat immers niet centraal. Het gevolg is dat wordt gestreefd naar verbetering op de geformuleerde indicatoren en niet op daadwerkelijke aansluiting van de zorg en ondersteuning op de behoefte van klanten. Dit werkt risicomijdend gedrag in de hand.

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina

2

De CQ-index is de meest actuele wetenschappelijk gevalideerde meetstandaard om te komen tot betrouwbare, valide en vergelijkbare informatie over de kwaliteit van de zorg vanuit het oogpunt van de gebruiker. Het gebruik van de CQ-index wordt gesteund door het ministerie van VWS en alle partijen in de zorg. Er is een keurmerk te krijgen dat nodig als de resultaten van de meting moeten worden gebruikt voor de maatschappelijke verantwoording of voor [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl).

Op dit moment zijn er veel normen die landelijk worden gesteld.

Zo zijn er de normen verantwoorde zorg waar elke zorgaanbieder zich aan moet houden en meet de CQ index (Consumer Quality Index<sup>2</sup>) de klantervaring in de zorg. De CQ-index heeft een zorginhoudelijke en een klant-ervaringscomponent en heeft als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen en organisaties landelijk vergelijkbaar te maken. Diverse respondenten uiten kritiek op deze meetinstrumenten. Een aanbieder stelt bijvoorbeeld De Hoven (2013):

‘Het vergelijken van de metingen heeft nauwelijks nut voor de directe zorg aan bewoners, vooral omdat de groep bewoners in twee jaar tijd sterk wijzigt. Ook veranderen in de loop van de jaren gezondheids-situaties, wat ook vaak een effect heeft op de beleefde kwaliteit. Helaas geeft de CQ-index geen aanknopingspunten om op individueel niveau het welbevinden te verbeteren en de ervaren kwaliteit van zorg beter af te stemmen op de vraag.’

Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ).  
Focus op proceskwaliteit gebaseerd op het vermijden van risico's.  
Customer Quality Index (CQ-index).  
Kwantitatief meetinstrument voor de kwaliteit van de voorzieningen.  
Meetweek en Vroegsignalering  
Inschatting van risico's op basis van objectieve meetresultaten.  
Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP).  
Focus op risicomijding op facilitair vlak.

Een andere respondent redeneert als volgt:

‘Onze organisatie heeft een 8,2 op de CQ index. Dat zit dus wel goed met de tevredenheid van klanten. En mijn Raad van Toezicht is ook tevreden.’

Ondanks het feit dat indicatoren niet goed aansluiten op het primaire zorgproces, kan dit toch tot tevredenheid leiden bij zorgverlenende en toezichthoudende organisaties. Het systeem houdt zichzelf bovendien in stand. Een aanbieder geeft aan:

‘De professional ervaart registratie als administratieve lasten. Het management vraagt van de professional goed te registreren en veiligheid centraal te stellen.’

➔ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina

De zorgverzekeraar vraagt van het management om protocollen, registratie en veiligheid. VWS vraagt om uniforme regels, vergelijkbare resultaten en goede registratie, etc. VWS zegt, ze wijzen naar mij maar ZN spreekt die regels af. Zo houdt het systeem zichzelf in stand. Veiligheid is een cruciale factor die de mechanismen veroorzaakt.'

Het kan zelfs tot tevredenheid leiden bij klanten. Zo antwoord een klant op de vraag of ze tevreden is over de zorg van een aanbieder:

'Ik moet steeds opnieuw zeggen hoe ik wil dat ze mijn stoma verschoont, want bij mij is het een beetje anders. Maar het is een lieve mevrouw, dus toen ze me laatst vroegen of ik tevreden was heb ik ja gezegd. Die meiden werken zich ook kapot.'

Bij het meten van de tevredenheid van klanten wordt vaak niet gekeken of de klant tevreden is met de gestelde doelen en met het al dan niet bereiken van deze doelen. De klant bevindt zich in een afhankelijkheidsrelatie en ziet dat de medewerkers hard werken. Daardoor vullen zij, soms onbewust, de vragenlijst positiever in dan dat zij zijn.

De nadelen over de organisatie van zorg, de planning en de personeelwisselingen wijten zij aan het systeem, niet aan de zorgverlener. Ze zijn gewoon blij dat ze geholpen worden.

Dit wordt bevestigd door een onderzoek van het Nivel waaruit blijkt dat bewoners van verzorg- en verpleeghuizen liever niet klagen (Bomhof et al., 2013). Voor inzicht in de ongenoegens van bewoners, kunnen instellingen daarom beter investeren in goede gespreksmomenten. Hun afhankelijkheid van de zorginstelling speelt daarbij een cruciale rol. Er blijken ook hele andere overwegingen mee te spelen, aldus het Nivel. Zo willen bewoners graag 'goed liggen' bij het personeel. Ze zien zichzelf graag als 'makkelijk'. Of ze willen niet dat het personeel op 'zijn kop krijgt'. Zie ook het rapport '**Niets te klagen**'.

In de interviews en ingediende verhalen komt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) regelmatig aan bod.

➔ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina



De IGZ hanteert de volgende thema's met bijpassende normen:

- Sturen op kwaliteit (6 normen)
- Cliëntdossier (10 normen)
- Deskundigheid en inzet personeel (11 normen)
- Medicatieveiligheid (10 normen)
- Vrijheidsbeperking (11 normen)

De normen die gehanteerd worden sluiten niet altijd aan bij de dagelijkse zorgpraktijk.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) werkt echter ook met het begrip 'verantwoorde zorg'. Daaronder verstaat de IGZ onder meer: zorgverlening die doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van een cliënt. De inspecteur kijkt daarbij ook naar communicatie tussen medewerkers. Bijvoorbeeld: is afspraak wel altijd afspraak en naar cultuur; bijvoorbeeld: is er een cultuur van elkaar aanspreken en elkaar feedback geven? (IGZ, 2013 & 2014)

Zie twee inspectierapporten, [rapport november 2013](#) en [rapport september 2013](#) als voorbeeld. Ook hier is al sprake van een paradigmashift.

Frieslab concludeert dat er behoefte is aan passende indicatoren, die beter aansluiten op het primaire proces van zorg- en hulpverlening.

Dit vinden ook de Gezondheidsraad en de RVZ. De Gezondheidsraad gaf onlangs de actuele stand van de discussie weer. [Zie rapport Publieke indicatoren voor kwaliteit van curatieve zorg](#). De RVZ riep op om minder en betere indicatoren. (RVZ, 2013) [Zie rapport Garanties voor kwaliteit zorg](#).



→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina



Het beeld over kwaliteit en veiligheid van zorg dat thans wordt gecreëerd op basis van een ongebreidelde lijst prestatie-indicatoren en omvangrijke accreditatietrajecten geeft een schijnwerkelijkheid weer. Er is weinig bekend over cultuur en gedrag in zorginstellingen, terwijl cultuur een belangrijke graadmeter is om vast te kunnen stellen of een organisatie van fouten leert en werkt aan continue kwaliteitsverbetering (RVZ, 2013).

### Focus op incidenten

Meerdere respondenten hekelen de focus op incidenten, van leidinggevenden, financiers en ook van partijen als de Inspectie.

Zorg is mensenwerk. Waar mensen werken, worden fouten gemaakt. Wanneer we gebruik maken van zorg in een instelling worden fouten echter zwaarder gewogen dan in reguliere huis-tuin-en-keukenzaken. Een voorbeeld uit de verhalen:

‘Mijn moeder past regelmatig op het dochttertje van mijn zus. Op een dag had mijn moeder het kind op de arm en bukte omdat er iets net onder de kast was gerold. Toen ze weer overeind kwam botste het meisje heel hard tegen het uitstaande randje van de kast.

Gat in het hoofd. Mijn zus was niet boos: kan gebeuren. De eerste dag dat ik mijn dochttertje van 4 maanden naar het kinderdagverblijf bracht werd ik om 14 uur 's middags gebeld. De opvang: mijn dochttertje was van de commode gevallen. Ik was boos. Waarom was ik wel boos en mijn zus niet, terwijl er met mijn dochttertje niets aan de hand was. Ik denk dat ik hogere eisen aan een organisatie stel dan aan mijn moeder.’

In de cure en de care kunnen dit soort incidenten tot kamervragen leiden, met veel media-aandacht. Er wordt al snel gesproken van ‘wantoestanden’. Als gevolg daarvan komen er steeds meer regels en protocollen, die echter lang niet altijd noodzakelijk zijn.

Verschillende respondenten geven illustratieve voorbeelden. Zo vertelde een professional het verhaal van een dochter die 5 jaar lang haar vader thuis heeft verzorgd maar die hem, nu hij in het verzorgingstehuis woont, geen eten meer mag geven omdat ze hiertoe niet bevoegd is.

Een projectleider vertelde het verhaal van een de man die ruim tachtig jaar lang vrijwel elke dag een zachtgekookt eitje at, maar die dit, nu hij in een verpleeghuis woont, niet meer mag vanwege het gevaar voor voedselvergiftiging.

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina

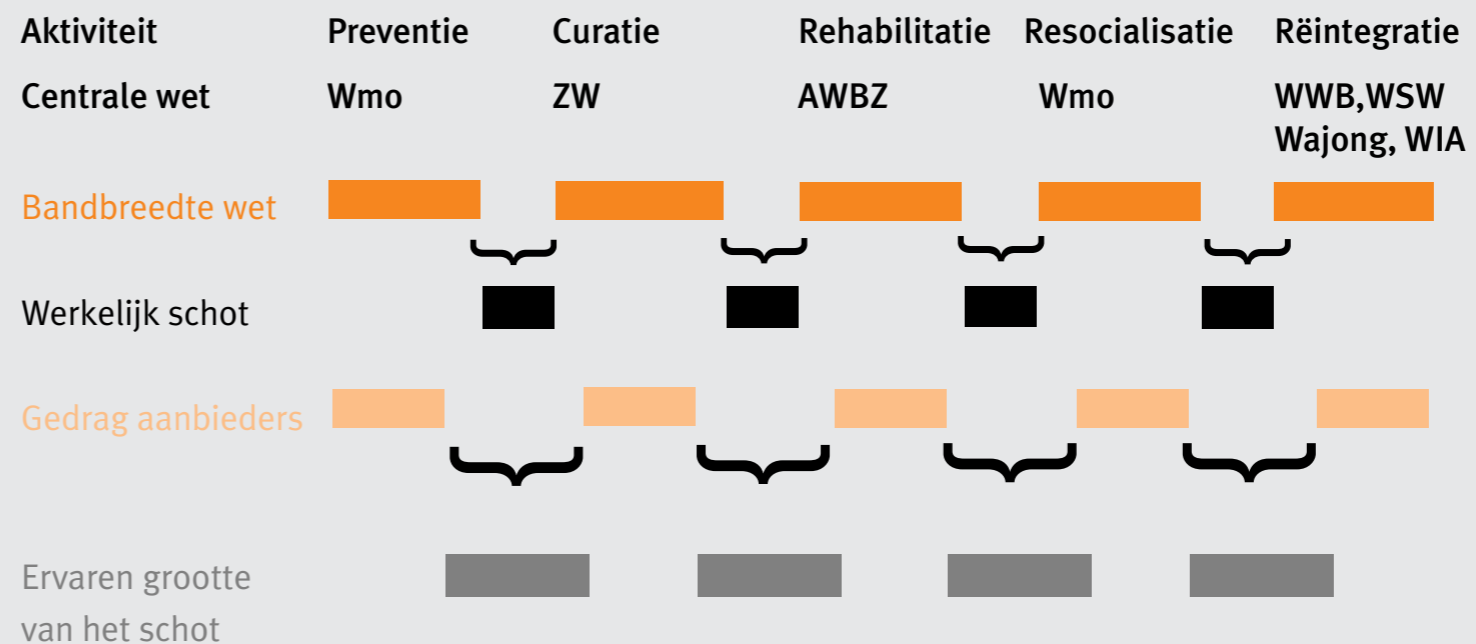
### Samenwerking en concurrentie

Ook samenwerking, of het gebrek daaraan, wordt door diverse respondenten genoemd als een factor die van invloed is op de overgang tussen aanbod en financiering. In de zorg zijn soms meerdere organisaties bij één klant actief terwijl men dit van elkaar niet weet. Samenwerking in de keten is toegestaan en noodzakelijk om voor cliënten passende zorg en ondersteuning te realiseren. Frieslab heeft al eerder aangegeven dat aanbieders onnodig terughoudend zijn bij samenwerking en dat de werkelijke schotten die samenwerking in de weg staan kleiner zijn dan de ervaren schotten (Bouman en Popma 2011, Bouman en Laan 2012).

Een bijkomende factor die door een respondent wordt genoemd is het feit dat overleg, dat benodigd is om te kunnen samenwerken op cliëntniveau, veelal ‘niet declarabel’ is, wat een drempel opwerpt om te gaan samenwerken. Frieslab vindt dat of je zorgaanbieder bent of bakker, samenwerking nodig is om te overleven.

Bakkers doen dat landelijk in een branchevereniging om hun kwaliteit te tonen en lokaal werken ze samen met de slager om de hoek om worstenbroodjes te maken.’

Voor sommige organisaties is het onduidelijk wat hun plek in de keten is. Zij zijn onvoldoende in staat om hun meerwaarde aan te geven. Dat maakt samenwerken dus lastig.



→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina

Op de vraag welke producten ze bieden en waar ze sterk in zijn zodat de klant goed kan kiezen zegt een bestuurder:

‘Hoezo, wat biedt u ? Ik bied persoonlijke verzorging, verpleging en huishoudelijke hulp. Meer smaken heb ik niet. Klanten kiezen voor onze organisatie omdat hun buurvrouw er werkt of omdat hun zus daar ook zorg krijgt. Dat doen ze niet op grond van zorgarrangementen of omdat ze op kiesbeter.nl kijken.’

Een respondent stelt dat de benodigde samenwerking tussen aanbieders onvoldoende wordt afgedwongen door de financiers:

‘Aanbieders doen dit zelf te weinig. Ketenbewustzijn ontbreekt, bovendien is er ook geen intercollegiale systeemtoetsing. Ik vind dat je niet alleen naar je eigen handelen moet kijken, maar ook naar dat van anderen. Pas dan kun je reflecteren op het functioneren van de keten als zodanig. Het systeem werkt passiviteit in de hand.’

### De genoemde factoren tussen aanbod en financiering op een rij:

- Rigide financieringssysteem
- Productie loont
- Externe eisen (kwaliteitseisen/protocollen/normen verantwoorde zorg/CQ/Inspectie)
- Veronderstelde schotten
- Verantwoording/prestatie-eisen/kwaliteitseisen
- Cultuur
  - Veiligheid
  - Leiderschap
- Communicatie

➔ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina



## 5.2 VAN FACTOREN NAAR MECHANISME

### Beheersen en bekostigen op productie

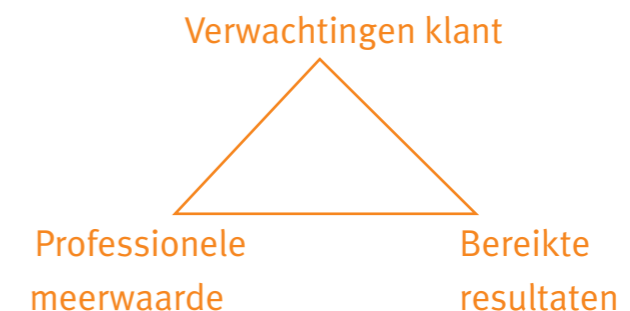
In het huidige systeem biedt een aanbieder zorg of ondersteuning aan een klant. De financiers en ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zien toe op de kwaliteit van de zorg. Organisaties in de zorg worden betaald voor de uren zorg die zij bieden. Zij worden veelal gestuurd op basis van productie, met de nadruk op groei. Monitoring en verantwoording vindt plaats op basis van vele meetmethoden. Die meten niet altijd wat je wilt weten. Maar laten wel een klanttevredenheid van een 8.2 zien. Incidenten worden gemakkelijk uitvergroot en dus doen organisaties er alles aan om te voldoen aan gestelde normen, met bijbehorende protocollen, regels en lijstjes. Zo is er nauwelijks een prikkel tot verandering en lijkt iedereen tevreden. In hoofdstuk 7 bouwen we dit mechanisme verder uit in de cirkel van tevredenheid.

## 5.3 HOE DOORBREEK JE HET MECHANISME?

Zoek naar passende indicatoren die meten wat je werkelijk wilt weten als zorgaanbieder. Hierin staan niet de medische vragen centraal maar de verwachtingen van de klant. Wat is het probleem en wat is reëel om van een zorg-

aanbieder te verwachten. Het gesprek hierover is een belangrijk vertrekpunt om te komen tot een zorgleefplan. Hierin staan het verhaal van de klant en zijn doelen beschreven, wat wil hij zelf bereiken, van de professional in medische en meetbare termen en acties waaruit zijn professionele meerwaarde blijkt. Vervolgens worden in periodieke vervolgesprekken de bereikte resultaten (output) getoetst en doelen zo nodig bijgesteld. Het gesprek staat hierbij centraal.

Passende indicatoren bouwen voort op de volgende driehoek:



De RVZ pleit voor het gebruik van zogeheten *patient tracers* (2013). Die bieden meer mogelijkheden om ervaringen van patiënten systematisch te betrekken bij de verbetering van kwaliteit en veiligheid in de zorg.

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina

- Organiseer een sluitende keten. Werk aan *system awareness* tussen organisaties en ken de toegevoegde waarde van je organisatie daarin. Laat dat ook weten aan klanten, personeel en andere organisaties.
- Anticipeer op vragen van toekomstige klanten gebaseerd op hun behoeften.
- Organiseer en faciliteer afbouw van het zorgvolume. Houd een flexibele schil van personeel.
- Stimuleer een aanspreekcultuur en openheid om de dialoog aan te gaan. In dit geval gaat het om professionals onderling en leidinggevende professionals. In het vorige hoofdstuk kwam de open dialoog met de klant reeds aan bod.
- Wees helder in visie en neem een duidelijk standpunt in combinatie met het faciliteren van de leidinggevenden op de werkvloer (Gulpers, 2013).
- Het draait om strategische wendbaarheid. Organisaties moeten strategisch wendbaarder worden en dat betekent investeren in ‘strategic agility’ (van Leeuwen, 2013). Dit is het vermogen van een organisatie om zijn strategische koers snel en effectief te veranderen, anti-

ciperend of reagerend op kansen en bedreigingen in zijn omgeving. Het kent vier bouwstenen:

- 1 Externe gerichtheid: de blik naar buiten
- 2 Verbindend leiderschap: goed voorbeeld doet volgen
- 3 Flexibele werkorganisatie: zelforganiserende eenheden
- 4 Flexibele processen & IT: modelleren en genereren


#### **Paradigmashift met behulp van Theory U**

Het gaat hier om een complex veranderingsproces waarin op verschillende niveaus veranderd moet worden. Het vergt een paradigmashift. Theory U van Otto Scharmer kan hierbij behulpzaam zijn. Theory U gaat over een nieuw soort leiderschap dat zich voordoet op alle niveaus. Het komt voort uit mensen (en groepen) die in staat zijn gevestigde ideeën, praktijken en zelfs identiteiten los te laten. Scharmer (2009) beschrijft in Theory U een proces bestaande uit 5 stappen:

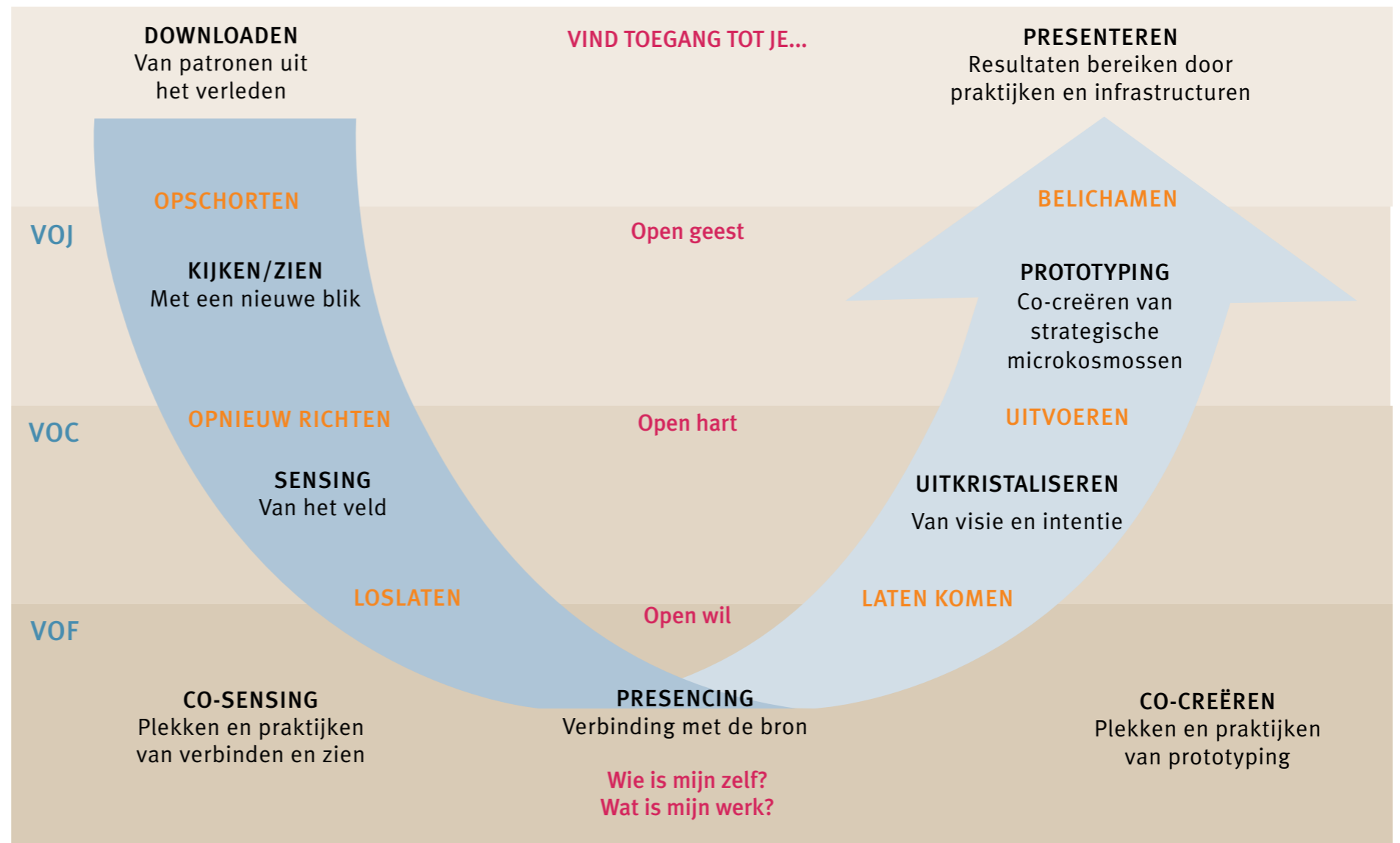
- 1 Co-initiating: bouw aan gezamenlijk doel
- 2 Co-sensing: ga naar buiten en luister met *open mind*
- 3 Presencing: trek je terug, bekijk oude en nieuwe ideeën en bepaal oplossingsrichting
- 4 Co-creating: werk samen aan de oplossing en
- 5 Co-evolving: ontwikkel samen door

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina



Bron: Scharmer

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina

### Huijsmans legt de Theorie U als volgt uit (Huijsmans, 2010):

De naam is ontleend aan zijn vorm. Je vertrekt linksboven, vanuit de oude vertrouwde wereld die je al kent, en gaat op weg naar het onbekende. Het eerste punt noemt Scharmer daarom ‘downloaden’: het herhalen van bekende patronen wat we automatisch doen als we een antwoord zoeken op een vraag. De eerste stap naar verandering is daarom het opschorten van je oordeel en proberen de wereld, of het probleem, met nieuwe ogen te zien. Je stelt de oude reflexen even uit en zet de tweede stap die leidt naar het ‘voelen’ van het probleem, dit noemt hij sensing’. Er is dan geen grens meer tussen de waarnemer en datgene wat hij waarneemt. Tegen die tijd zijn we aan de onderkant van de U aangekomen, en daar bevindt zich ‘presencing’, een belangrijk moment in het proces, waar Otto Scharmer zelf de term voor heeft gemunt. Presencing is een samentrekking van de Engelse woorden ‘presence’ en ‘sensing’; aanwezig zijn en waarnemen. Daar krijgen we contact met de diepste bron, onszelf, waarin volgens Scharmer de toekomst al verscholen ligt. Presencing is vanuit die bron naar de wereld kijken. Door contact te maken met ons authentieke zelf,

kunnen we oplossingen vinden die er nog niet waren en waar de hele wereld op zit te wachten. De boog omhoog begint met het uitkristalliseren; daar ga je je voorstellen hoe die nieuwe toekomst er uit zal zien. Via prototypen en presenteren komen we dan tot het vormgeven en realiseren van die nieuwe toekomstvisie of systeem.

In de laatste hoofdstukken wordt een handreiking geboden voor het toepassen van de theorie in de dagelijkse veranderpraktijk. Frieslab heeft deze in haar aanpak van projecten toegepast.

#### ..... UIT HET VELD

Deze methoden om het mechanisme te doorbreken werden door lezers aangedragen:

Op ManagementSite zijn veel artikelen te vinden over Innovatief Organiseren oftewel Nieuw Organiseren. Thema's die daarbij veel terugkomen zijn: slimmer werken, sturen op verantwoordelijkheid, sociale innovatie en Het Nieuwe Werken.

Ook een goede suggestie?

Zet hem in HET KAN WEL! model 

 Methode Frieslab model

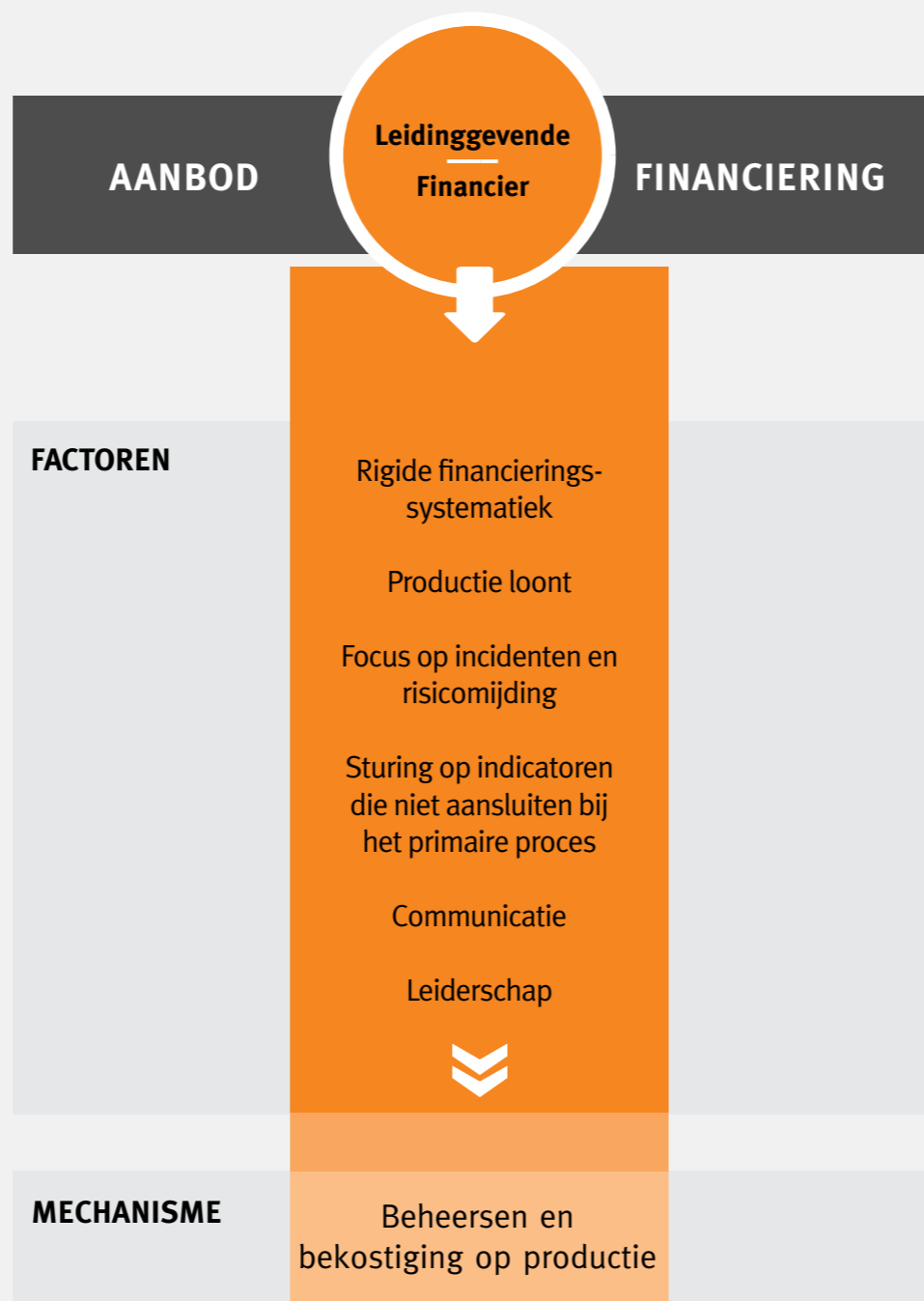
 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina



## SAMENGEVAT



## ZO DOORBREEK JE HET

Anticipeer op vragen van klanten gebaseerd op behoefte.

Communiceer op het niveau van normen en waarden.

Faciliteer teamleiders en wees helder in visie.

Stimuleer een aanspreekcultuur.

Organiseer en faciliteer afbouw van het zorg-volume. Houd een flexibele schil.

Zoek naar passende indicatoren voor interne kwaliteit en externe verantwoording en monitor deze.

Stuur en bekostig op resultaatparameters.

Evalueer op het resultaat en stuur bij.

Investeer in strategisch wendbaarheid.

Faciliteer paradigmashift met Theorie U.

Organiseer een sluitende keten (system awareness tussen organisaties) en ken de toegevoegde waarde van je organisatie daarin. Laat dat ook weten en wees daar trots op.

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina



Bekijk meer suggesties uit het veld →

# 6 FRIESLAB IN VERANDERKUNDIG PERSPECTIEF

## Op weg naar blijvende verandering in de zorg

Frieslab heeft de afgelopen vijf jaar in opdracht van het ministerie van VWS oplossingen bedacht voor knelpunten in zorg en dienstverlening. Frieslab constateerde al eerder dat het probleem niet alleen in de wet zit, maar ook in het gedrag van organisaties en individuen. Het is een moeilijk te doorbreken patroon waarbij goede ideeën niet tot hun recht komen of de uitvoering stukt. De RMO stelde in 2008 dat ontschotten alleen werkt als je de inhoud centraal stelt en parallel werkt aan een cultuurverandering (RMO 2008). De inhoud staat in elk rapport centraal, de rapporten samen beoogden een cultuurverandering in gang te zetten. Daarom plaatsen is dit hoofdstuk een beschouwing van Frieslab vanuit veranderkundig perspectief.

Allereerst wordt de methode Frieslab toegelicht. Daarna komt ‘veranderen op organische wijze’, waaronder Theorie U, aan bod. Vervolgens worden er twee voorbeelden uitgewerkt die laten zien dat er overeenkomsten zijn in beide aanpakken. In paragraaf 6.4 wordt één en ander samengevat.

## 6.1 DE METHODE FRIESLAB


In hoofdstuk 1 kwam het doel van Frieslab reeds aan bod. Deze paragraaf gaat dieper in op de aanpak en aansturing. Een aanpak die in 2012 de methode Frieslab is gaan heten.

Per vraagstuk bracht Frieslab betrokkenen bij elkaar, die wilden dat het probleem opgelost werd. Zij bleven probleemeigenaar. Frieslab nam niet over, maar dacht mee, duwde door of liet juist los. Frieslab trof veel passie aan bij betrokkenen. Zij waren er van overtuigd, dat het aanbod beter moet aansluiten op de daadwerkelijke behoefte van de burgers. Dit wilden zij in de praktijk laten zien. Frieslab hielp hen en liet anderen daarvan leren.

Niet elke analyse van een knelpunt door Frieslab leidt tot een project of een onderzoek. De rol die Frieslab vervult tijdens de uitvoering en/of bij het rapporteren over de uitkomsten verschilt per project en onderzoek.

Zo kwam werkende weg een beweging tot stand die zich richt op blijvende gedragsverandering. Inhoud en cultuurverandering gingen hand in hand. In een aantal gevallen is succes geboekt. Een aantal projecten loopt nog. Elk project heeft een eigen groep betrokken veldpartijen en kent een eigen dynamiek.

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina

3

De kleurentheorie: blauwdrukdenken staat voor een van tevoren gemaakt ontwerp/plan dat wordt geïmplementeerd, rooddrukdenken betreft het realiseren van een verandering door beïnvloeding, groendrukdenken gaat uit van motiveren van betrokkenen, geeldrukdenken staat voor het bij elkaar brengen van belangen en/of het uitoefenen van invloed, witdrukdenken betreft het realiseren van een verandering door het bieden van ruimte en het uitgaan van zelforganisatie van betrokkenen.

Frieslab maakt gebruik van deze diversiteit, door te werken vanuit ‘een witte veranderaanpak’ volgens de kleurentheorie van Leon de Caluwé (De Caluwé en Vermaak, 2006)<sup>3</sup>. Dit betekent dat Frieslab steeds aansluit bij de specifieke kenmerken van de afzonderlijke onderzoeken en projecten en niet voorschrijft hoe een project of onderzoek moet worden uitgevoerd of aangepakt. De aanpak die Frieslab kiest verschilt van geval tot geval. Frieslab gaat niet uit van een blauwdruk maar laat ruimte voor verschillen en maakt daar gebruik van. Frieslab is nuchter en neutraal.

De methode Frieslab komt hier op neer: als je het probleem afpelt tot de kern en pas dan op zoek gaat naar oplossingen, blijkt er veel meer te kunnen dan je denkt.

Een rapport van Frieslab is nooit een eindpunt, maar een ordening om de dialoog op gang te brengen. Frieslab zocht naar simpele oplossingen voor complexe problemen en deed dit nooit alleen. Per thema werden groepjes mensen bij elkaar geroepen om het probleem te verkennen en de bedachte oplossingen te toetsen aan de praktijk en met nieuwe ideeën te komen. Zo ontstond de methode Frieslab.

**De methode Frieslab kent 6 stappen** (Frieslab, 2012)

.....  
**Stap 1** Wat is het probleem?  
.....

.....  
**Stap 2** Wat is de situatie?  
.....

.....  
**Stap 3** Hoe komen we tot een oplossing?  
.....

.....  
**Stap 4** Hoe om te gaan met deze uitdaging of dit knelpunt?  
.....

.....  
**Stap 5** Toon de meerwaarde aan.  
.....

.....  
**Stap 6** De gekozen aanpak of oplossing verspreiden.  
.....

Deze stappen zijn in alle Frieslab projecten toegepast. In de beginjaren impliciet, daarna expliciet en heel bewust. Dit heeft tot de inzichten geleid zoals zojuist beschreven. In een interview van maart 2012 licht de programmamanager de aanpak toe:

.....  
‘Als programmamanager van Frieslab stuur ik zonder macht en zonder middelen. Ik ben geen projectleider en ik deel geen subsidie uit. Ik adviseer projectleiders en zorg- en welzijnsorganisaties in Friesland op basis van de inhoud.  
.....

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina



Ik varieer per project met de inzet van sturingsinstrumenten. Oud-topambtenaar van VWS Roel Bekker heeft ooit gezegd dat de programma manager vooral lui moet zijn. Ik voeg daar aan toe: je moet veel praten, processen zich laten voltrekken, een beetje duwen en vooral trekken zonder dat er spanning op de lijn ontstaat. Want het belangrijkste is dat de verantwoordelijkheid daar moet liggen waar deze hoort: in het veld.'

'Het duurt vaak even voor onze werkwijze wordt begrepen. Zorgprofessionals vinden het prachtig wanneer ik vertel dat Frieslab de samenwerking in de keten wil verbeteren, de zelfredzaamheid van cliënten wil vergroten en door preventie de kosten omlaag wil brengen. Maar dan komt hun verhaal. Zij willen een project beginnen, met subsidie en een projectmanager. Als ik vertel dat ze het zélf moeten doen, zonder subsidie en vaak in hun eigen tijd, zinkt de moed hen in de schoenen.'

'En dan vraag ik: wat is nou precies het probleem? Nou, er kan veel niet en er mag ook heel veel niet. Ik vraag door: waarom eigenlijk niet? Al pratend begint er iets te dagen: er is meer ruimte dan we dachten, er zijn kansen die we moeten pakken. Zo ontstaat een geanimeerd gesprek. Na anderhalf uur zijn vele knelpunten, oplossingen en ideeën besproken. Iedereen heeft zin om aan de slag te gaan om de knelpunten aan te pakken.'

Zo heeft Frieslab de afgelopen jaren vele zorgprofessionals verleid om te gaan samenwerken, om de grenzen op te zoeken van wet- en regelgeving. En om denkpatronen en werkprocessen tegen het licht te houden. Vele tientallen zorgprofessionals hebben zich bereid getoond tijd te besteden aan inhoudelijke discussies over hun vakgebied. Om stappen te maken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Om te werken buiten werktijd, dat dus ook.

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

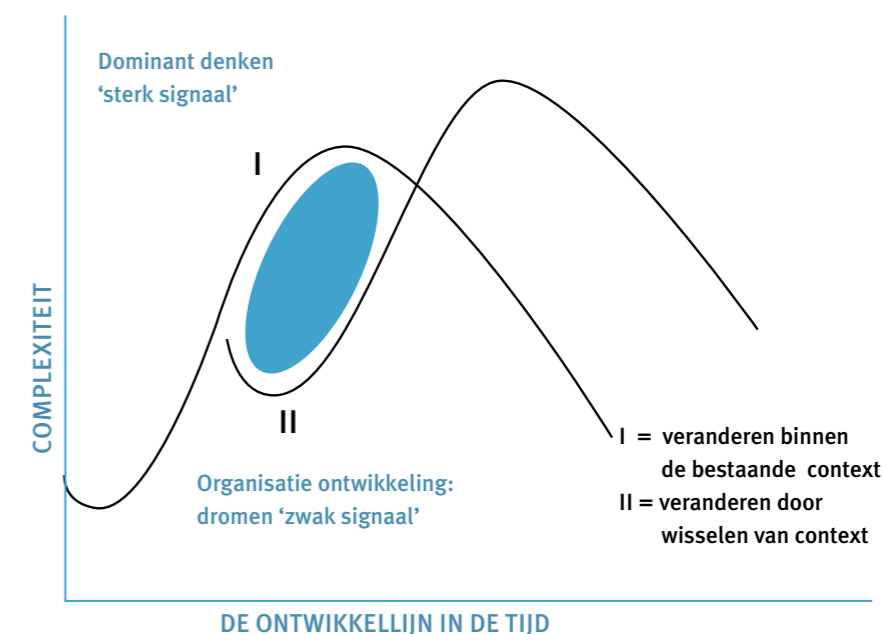
← Vorige pagina

Het succes van de aanpak van Frieslab ligt in het hanteren van de volgende stelregels:

- Wees neutraal en onafhankelijk, oordeel niet.
- Laat de verantwoordelijkheid waar deze hoort: in het veld.
- Houd het klein. Beter drie projecten met resultaat dan tien zonder.
- Begin bij een probleem dat meer mensen als probleem ervaren. Dan vind je grote bereidheid om mee te denken en mee te werken aan de oplossing.
- Werk niet aan een blauwdruk, maar aan een model dat ruimte laat om aan te sluiten bij de specifieke kenmerken van afzonderlijke mensen, onderzoeken en projecten.
- Duurzaamheid zit in de flexibiliteit van dienstverlening en in het investeren in relaties.
- Pel het probleem af tot de kern en verzin dan pas oplossingen.
- Neem risico, maak fouten, leer samen.
- Houd vol, want HET KAN WEL!

## 6.2 VERANDEREN OP ORGANISCHE WIJZE

Deze paragraaf is een samenvatting van het artikel: Kan een UMCG op organische wijze veranderen? (Heineman et al., 2011), waarin hij een veranderingsconcept presenteert dat destijds nog in de kinderschoenen stond. Chaosdenken staat voor creatieve oplossingen voor complexe problemen, die uit de dagelijkse praktijk naar voren komen. Er is orde tot de complexiteit de overhand neemt en niet meer met de dominante werkwijze kan worden benaderd; dan ontstaat chaos, die nodig is om tot nieuwe werkwijzen te komen. Die nieuwe werkwijzen, de zwakke signalen, zijn vaak al onderkend of gezien door enkelen.



Figuur 3: (bron: Heineman et al 2011)

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina

Deze gedachte is ook de basis van het veranderingsconcept dat door Heineman wordt gepresenteerd: de dynamiek en toenemende complexiteit van zorgorganisaties vragen om een cultuur gericht op procesdenken en zogeheten system awareness, waarbij het groepsbelang en multidisciplinariteit centraal staan.

De hoofdelementen van het veranderingsconcept zijn:

- 1 Wisselen van context
- 2 Creëren van leidende coalities
- 3 Toepassen van Theorie U: ‘prototype initiatives’
- 4 Toepassen van Kaizen: kleine stapjes

### 1 Wisselen van context

Uit onderzoek is gebleken dat veranderingen niet worden gerealiseerd door binnen dezelfde context te blijven. ‘Wanneer je doet wat je deed blijf je krijgen wat je kreeg.’ De te gebruiken methoden en instrumenten moeten dus niet vanuit het bestaande paradigma worden ingezet; het is juist zaak om de verandering op een andere manier te introduceren. Niet de geijkte managementmethoden of verandertechnieken bepalen of een voorgenomen verandering succesvol verloopt, maar de mate waarin een verandering ook werkelijk wordt geïnternaliseerd door mensen die de verandering ‘ondergaan’.

### 2 Creëren van leidende coalities

Het uitgangspunt is dat er groepen mensen ontstaan die denken in processen, een zorgorganisatie als een dynamisch systeem beschouwen en uitgaan van het principe ‘wie het weet, mag het zeggen’, volgens het Rijnlands denken (zie o.a. Peter en Weggeman, 2009). Er moeten dus leidende coalities ontstaan die door voorbeeldgedrag de organisatie beetje bij beetje gaan veranderen. Deze leidende coalities kunnen ontstaan door groepen medewerkers die met elkaar in contact worden gebracht of die elkaar op basis van gemeenschappelijke ideeën of uitgangspunten zelf opzoeken. In de coalities zitten mensen met verschillende kennis en vaardigheden die een gezamenlijk doel nastreven, een gezamenlijke passie hebben. Deze leidende coalities moeten flexibel zijn en kunnen meebewegen met de dynamiek van de organisaties (Heineman, 2010). De kracht van dergelijke groepen is dat ze verschillende betekenissen aan de werkelijkheid geven en daardoor met nieuwe inzichten komen (Homan, 2005).

### 3 Toepassen van Theorie U

Om een verandering succesvol te laten verlopen is het van belang dat de betrokkenen zich de verandering eigen maken. Mensen veranderen niet door een mooi verhaal.

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina

Veranderen gebeurt op een informele manier en is een langdurig proces. Je praat er met collega's over, je gaat er eens mee experimenteren en zo doorbreek je langzamerhand bestaande patronen (Hofman, 2005). Uit onderzoek is gebleken dat het weinig zinvol is om een interventie die ergens succesvol is geweest te kopiëren en te implementeren in de eigen situatie (zie Grol en Wensing, 2006). De interventie moet succesvol zijn in de specifieke setting voor de specifieke doelgroep en moet dus ook op die setting en doelgroep worden toegesneden. Volgens Scharmer (2009) kun je niet volstaan met 'downloaden', je moet je de verandering ook eigen maken en doorvoelen (sensing). Om dit te kunnen realiseren is het essentieel dat in een veranderingsproces de U-bocht wordt genomen. Het proces van 'door de bocht' gaan omvat het kijken naar het probleem en de setting, en vervolgens afstand nemen en loslaten van het probleem zodat nieuwe inzichten en ideeën kunnen opkomen. De ideeën moeten vervolgens ook concreet worden gemaakt en gematerialiseerd. In deze fase kan ook blijken dat ideeën niet geschikt zijn voor verdere uitwerking. Op basis van de concrete ideeën worden prototypes of pilots ontwikkeld en uitgetoet.

#### 4 Kaizen

Elke pilot is een stapje in het totale verandertraject. Het idee is dat veel kleine stappen leiden tot een proces van continue verandering en verbetering. Het gaat dus om talrijke kleine aanpassingen die zich opeenstapelen en elkaar versterken. Het veranderen in 'veel kleine stapjes' impliceert dat de werkomgeving niet in één keer volledig overhoop wordt gehaald. De medewerkers kunnen wennen aan elke verandering. Ook leert men gaandeweg bij en het resultaat van veel kleine stapjes is vaak beter dan het resultaat van één grote verandering. De essentie van Kaizen is eenvoudig en ongecompliceerd. Het begrip Kaizen is samengesteld uit twee begrippen, namelijk 'Kai' (=verandering) en 'Zen' (=goed/beter). Kaizen als totaalbegrip betekent dan ook continue verbetering. Het gaat om verbeteren zonder ophouden, waar iedereen bij wordt betrokken, zowel leidinggevenden als uitvoerenden (Imai, 1990).

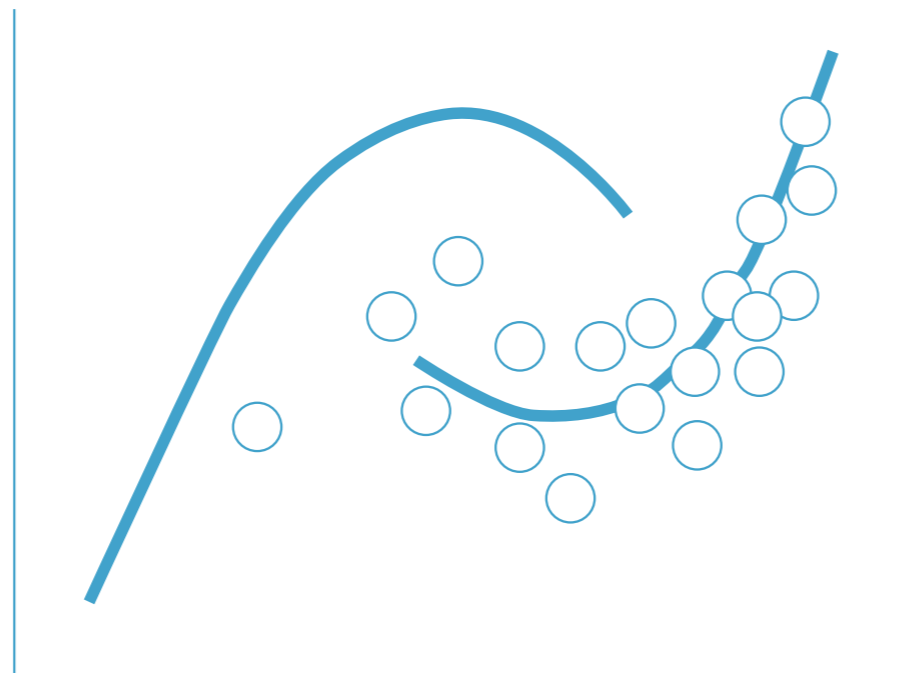


→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina



Figuur 4: als we met nieuwe pilots nieuwe stippen zetten (prototype initiatives) verschijnt een nieuwe curve. (Heineman et al, 2011)

In figuur 4 wordt inzichtelijk gemaakt dat in projecten geëxperimenteerd kan worden met nieuwe manieren van werken. Terwijl oude werkwijzen langzaam over hun hoogtepunt heen raken (curve links) ontstaan parallel (rechts) al nieuwe ideeën en manieren van werken. Daarmee ontstaat gaandeweg nieuwe manieren van denken en pilots die samen te bundelen zijn in een nieuwe curve.

### 6.3 KOPPELING METHODE FRIESLAB EN VERANDEREN OP ORGANISCHE WIJZE

Het is verbazingwekkend hoe het gedachtegoed van Heineman over veranderen op organische wijze overeenkomt met de aanpak van Frieslab. Heineman en Frieslab leggen wel hun eigen accenten in hun methoden. Maar meer dan eens komt het voor dat op verschillende plaatsen en onder verschillende omstandigheden dezelfde gedachtegang wordt ontwikkeld. Zo is Heineman op een ander moment tot een vergelijkbare methode van oplossingsgericht denken gekomen als in het project Frieslab al werkende weg is ontstaan. Blijkbaar is de tijd er rijp voor om middels een bottom up methode ingewikkelde problemen in gezamenlijkheid op te lossen.

➡ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➡ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina



Uit de tabel blijkt dat de uitgangspunten en methode Frieslab raakvlakken hebben met de visie op organisch veranderen van Heineman en de Theorie U.

Frieslab is echter in de praktijk ontstaan. Het vraagt meer en beter onderzoek om over de eventuele overeenkomsten valide uitspraken te doen.

Het doel van Frieslab was knelpunten op te lossen, niet om wetenschap te bedrijven. In elk geval kan op grond van de tabel wel de conclusie worden getrokken dat praktijk en wetenschap niet altijd ver uit elkaar hoeven te liggen.

### UITGANGSPUNTEN FRIESLAB

- Pel het probleem af tot de kern en verzin dan pas oplossingen
- Begin bij een probleem dat meer mensen als probleem ervaren. Dan vind je grote bereidheid om mee te denken en mee te werken aan de oplossing
- Wees neutraal en onafhankelijk, oordeel niet
- Laat de verantwoordelijkheid waar deze hoort: in het veld
- Werk niet aan een blauwdruk, maar aan een model dat ruimte laat om aan te sluiten bij de specifieke kenmerken van afzonderlijke mensen, onderzoeken en projecten
- Duurzaamheid zit in de flexibiliteit van dienstverlening en in het investeren in relaties
- Neem risico, maak fouten, leer samen
- Houd het klein. Beter drie projecten met resultaat dan tien zonder
- Houd vol, want HET KAN WEL

### METHODE FRIESLAB

- 1 Wat is het probleem?
- 2 Wat is de situatie?
- 3 Hoe komen we tot een oplossing?
- 4 Hoe om te gaan met deze uitdaging of dit knelpunt?
- 5 Toon de meerwaarde aan
- 6 De gekozen aanpak of oplossing verspreiden

### ORGANISCH VERANDEREN

- Wisselen van context
- Creëren van leidende coalities
- **Toepassen van Theorie U:**
  - co-initiating: bouw aan gezamenlijk doel
  - co-sensing: ga naar buiten en luister met open mind
  - presencing: trek je terug, bekijk oude en nieuwe ideeën en bepaal oplossingsrichting
  - co-creating: werk samen aan de oplossingen
  - co-evolving: ontwikkel samen door
- Toepassen van Kaizen: kleine stapjes

➡ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➡ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina

4

Inmiddels ACM, waarin in dit stuk over de NMa gesproken wordt gaat het over de tijd dat er nog een NMa was.

## 6.4 TWEE FRIESLAB RAPPORTEN, AFGEZET TEGEN DE METHODE FRIESLAB EN DE VERANDERTHEORIE

### 1 Keten of kartel. Onderzoek naar het kartelverbod in de ketenzorg ([bekijk de pdf](#))

In 2010 was er veel onduidelijkheid rondom mededinging in de zorg. Wat mocht wel en wat mocht niet? Discussies over marktwerking en de Mededingingswet liepen door elkaar heen. Zorgaanbieders en gemeenten kwamen naar Friesland met de vraag dit uit te zoeken en met een oplossing te komen.

#### Stap 1 Wat is het probleem?

Friesland dook in de materie en maakte een samenvatting van de Mededingingswet en plaatste deze in de context van de zorg. Het ging om een hele dikke wetbundel en zwaar juridische kost. Friesland stelde zichzelf als doel om er geen juridisch verhaal van te maken, maar het heel praktisch te houden.

**Wisselen van context:** geen juridische oplossing maar een praktische oplossing.

#### Stap 2 Wat is de situatie?

##### Vorm leidende coalities


Friesland vond een aantal mensen dat mee wilde denken. Een juridisch specialist gaf hen toelichting in een expertmeeting. Friesland legde de samenvatting van de literatuur voor aan de toenmalige mededingingsautoriteit, de NMa<sup>4</sup>. Uit angst voor de NMa wilden mensen niet in werkgroepen zitten of oefenen met nieuwe vormen van samenwerking. Er ontstonden dus geen leidende coalities. Wel waren er mensen die bereid om op de achtergrond met Friesland mee te denken. De NMa stemde in met een ‘informele’ informele zienswijze.

#### Stap 3. Hoe komen we tot een oplossing?

##### Co-initiating: bouw aan gezamenlijk doel

Dankzij de medewerking en input van de NMa ontstond het rapport Keten of Kartel. Daarin werd duidelijkheid verschaft over de toen geldende regelgeving, opgeroepen om een adviesmogelijkheid vooraf en de voorzet gedaan voor een eenvoudig toetsingsinstrument. Friesland kreeg aandacht in de pers:

 Methode Friesland model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina

# Mededingingswet remt samenwerking in de zorg

## Maar zorgaanbieders kunnen ruimte beter benutten

*Leeuwarden, 8 november 2010*

Onduidelijkheid over de Mededingingswet remt de samenwerking in de zorg. Tegelijk biedt de Mededingingswet meer ruimte voor samenwerking dan nu wordt benut door de zorgaanbieders. Verbetering van deze situatie kan de zorg goedkoper en efficiënter maken, in het voordeel van de cliënt. Tot die conclusie komt Frieslab, de organisatie die in opdracht van het ministerie van VWS in de provincie Fryslân oplossingen zoekt voor knelpunten in de zorg.

Frieslab constateert op basis van eigen onderzoek in het rapport “Keten of kartel” dat de Mededingingswet met betrekking tot de zorg complex is, onvoldoende scherp en daardoor teveel ruimte biedt voor verschillende interpretaties.

Programma manager drs. Sanja Bouman van Frieslab adviseert de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) meer duidelijkheid te bieden: “VWS stimuleert ketensamenwerking, maar samenwerking waarbij concurrentie wordt beperkt is verboden. Hoe krijg je een sluitende keten van preventie, welzijn, cure en care als je niet mag samenwerken? Voor zorgaanbieders en gemeenten is vaak niet helder wat wel en wat niet mag. Het systeem is nu zo dat de NMa pas achteraf toetst of een samenwerking is toegestaan, met alle risico’s van dien. Dat maakt zorgaanbieders onzeker en remt de samenwerking in de zorg. Het zou goed zijn wanneer aanbieders eenvoudiger vooraf advies kunnen krijgen over de zienswijze van de NMa.”

### Meer samenwerking

Anderzijds constateert Frieslab dat er meer samenwerking in de zorg mogelijk is zonder dat de aanbieders in conflict hoeven te komen met de NMa. Bouman: “Zorgaanbieders kunnen de Mededingingswet vrijer interpreteren dan ze nu doen. Dat

betekent dat er meer mogelijkheden voor ketenoverleg en samenwerking zijn dan nu wordt benut. Bijvoorbeeld op gebieden als innovatie, kwaliteitsprotocollen, procesafspraken en administratie”.

Frieslab komt ook met oplossingen. Bouman: “Wij pleiten voor een monitor die eenvoudig toepasbaar is en duidelijke informatie oplevert over de vragen die de NMa bij een eventuele toetsing zal stellen. Hiertoe moet een meetinstrument ontwikkeld worden, waarbij wij een rol zien voor de brancheorganisaties van zorgaanbieders en de NMa. Frieslab kan daar ook aan bijdragen. Het past goed in onze experimenteer functie.”

### Friese praktijkgevallen

Frieslab heeft het onderzoek verricht op verzoek van Friese zorgaanbieders en enkele gemeenten. Frieslab legde de NMa onder meer een aantal mogelijke samenwerkingsvormen voor op grond van uit Friesland aangedragen praktijkgevallen. Bouman: “De NMa reageerde op deze Friese casussen met veel slagen om de arm.”

Wel is duidelijk dat bijvoorbeeld samenwerking in de nachtzorg en de specialistische thuiszorg op het platteland is toegestaan. Of dit in de dichter bevolkte gebieden ook mag, is afhankelijk van de vraag of de nachtzorg zonder samenwerking financieel niet rond te krijgen is en van het voordeel dat de klant er van heeft. Hierbij kan de te ontwikkelen monitor van dienst zijn. Daarnaast blijkt dat onder meer samenwerking rondom integrale cliëntondersteuning is toegestaan, mits het de toeleiding naar zorg niet beïnvloedt. De klant moet vrij zijn hierin zelf keuzes te maken.

Het rapport “Keten of kartel” wordt aangeboden aan staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten van het ministerie van VWS.

➔ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina

**Co-sensing: ga naar buiten en luister met open mind**

Het rapport werd veel besproken in het veld. Naast inhoudelijke kennis ging het ook om het vergroten van de bewustwording. Toenmalig NMa-voorzitter Henk Don sprak tijdens het Frieslab symposium waarin de resultaten tot dan toe werden gepresenteerd. Frieslab liet zien welke mogelijkheden er waren, dat sprak Don aan.

**Stap 4 Hoe om te gaan met deze uitdaging of dit knelpunt?**

De Mededingingsmonitor werd verder ontwikkeld. De monitor bestaat uit een aantal simpele vragen op grond waarvan elke zorgaanbieder zelf zijn dossier op kan bouwen en kan beoordelen of de samenwerking is toegestaan, niet is toegestaan of in het grijze gebied er tussen zit. Alleen in het geval van het grijze gebied adviseerde Frieslab terughoudend te zijn en juridisch advies in te winnen.

**Presencing**

Trek je terug, bekijk oude en nieuwe ideeën en bepaal oplossingsrichtingen. In het onderstaande interview staat de kritiek op de Mededingingsmonitor beschreven. De doelstelling van de monitor bleek onvoldoende duidelijk gemaakt te zijn.

**Stap 5 Toon meerwaarde aan****Co-creating: werk samen aan de oplossing**

Frieslab positioneerde de monitor als preventie-instrument, niet als probleemoplosser. Als er brand is moet je blussen, dan moet je niet met een rookmelder komen. Zo ontstond een beter beeld van de meerwaarde van de Mededingingsmonitor.

**Stap 6 Verspreid de kennis****Co-evolving: ontwikkel samen door**

Enkele zorgorganisaties, waaronder een ziekenhuis, meldden zich bij Frieslab en wilden met de Mededingingsmonitor aan de slag. Anoniem, om zelf regie te houden en niet vooraf al in de verdachtenhoek te staan. Het opgebouwde dossier is nu, twee jaar later nog steeds actueel.

**Kaizen**

Het rapport van Frieslab was een klein stapje, bedoeld om inhoud en gevoel te scheiden en praktische woorden te geven aan de materie. De Mededingingsmonitor ook. De NMa bracht zelf goed leesbare publieksversies uit om goede informatie te geven. Frieslab liet het los, ging verder met andere onderzoeken.

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina

In de periode daarna klinken er op meerdere plekken kritische geluiden over de informatiemogelijkheid vooraf.

Inmiddels is de NMa overgegaan in de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en heeft minister Schippers onlangs te kennen gegeven dat er advies vooraf mogelijk is ([Kamerbrief 20 december 2013](#)).

*‘Uit het veld komen er echter signalen dat er belemmeringen zijn om samen te werken als gevolg van de mededingingsregels. Het Ministerie van VWS, gaat daarom samen met de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een ‘rondgang samenwerkingen’ maken in het veld’.*

Lees het interview uit 2012 dat de paradigmashift weergeeft.



- Methode Friesland model
- ← Inhoudsopgave
- Volgende pagina
- ← Vorige pagina

# Samenwerking in de keten: juridiseren of niet-juridiseren?

Onduidelijkheid en onwetendheid over wet- en regelgeving en angst voor sancties van de NMa weerhouden zorgaanbieders van samenwerking in de keten. Frieslab heeft onderzoek gedaan, een rapport geschreven en een Mededingingsmonitor ontwikkeld. Enkele zorgaanbieders die willen samenwerken zijn intussen met de monitor aan de slag gegaan. De NMa is vooralsnog positief, sommige juristen juichen het door Frieslab ontwikkelde model toe. Maar lang niet alle juristen zijn het met de de-juridisering van Frieslab eens. Zorgaanbieders die al jaren strijd leveren met de NMa zeggen dat het Frieslab-model te simpel is. Maar de voorlopige conclusie luidt: preventief bewijst het Frieslab model zijn waarde, maar voor wie al in de problemen zit werkt het niet. Dàt is voer voor juristen. Programmamanager Sanja Bouman van Frieslab geeft antwoord op vragen.

*Even terug naar het begin. Wat heeft Frieslab ontdekt?*

“Wij zeggen op basis van gesprekken met alle betrokkenen, onder wie zorgaanbieders, juristen en de NMa, dat er veel meer kan dan men denkt. In feite staat de poort wijd open voor verticale samenwerking en ketenoverleg in de langdurende zorg op het gebied van innovatie, kwaliteitsprotocollen, procesafspraken en administratie.”

*Dus concurrenten kunnen wel degelijk met elkaar samenwerken?*

“Er zijn randvoorwaarden: de eigen positionering moet men scherp op het netvlies hebben staan. Men moet antwoord kunnen geven op de vraag wat het

bestaansrecht van de organisatie is. Als dat duidelijk is moeten drie vragen worden beantwoord: wordt de concurrentie beperkt, is die beperking merkbaar, dat wil zeggen wordt de keuzevrijheid van de cliënt beperkt, en wegen de voordelen van de samenwerking op tegen de nadelen? Dat is wat wij de Mededingingsmonitor noemen.”

*Als je die vragen uit de Mededingingsmonitor beantwoordt en onderbouwt met de juiste cijfers kan de NMa je niets maken?*

“Ja, met dien verstande dat er nog een meetinstrument moet worden ontwikkeld waarmee zorgaanbieders zelf kunnen aantonen dat zij aan de wet voldoen. En wat enorm zal helpen is dat de zorgsector

vóóraf advies kan inwinnen bij de NMa over samenwerkingsvormen. Nu toetst de NMa alleen achteraf. Dat vergroot de onzekerheid.”

*U bent geen jurist. U heeft geen juridisch onderbouwd rapport geschreven. En dat terwijl dit bij uitstek een juridisch onderwerp is.*

“Dat klopt. Daarom is niet iedereen het met Frieslab eens. Onlangs hield ik mijn verhaal voor een aantal bestuurders van grote zorgorganisaties in de VVT-sector. Ik zei dat de mogelijkheden die de wet geeft onvoldoende worden gebruikt. Om de volledige bandbreedte te gebruiken zul je moeten samenwerken. Vervolg op volgende pagina 27

➔ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina

Samenwerken moet ten behoeve van de klant, maar mag dat wel van de NMa? Ik vatte de twee vuisten dikke wet-bundel van de mededingingswet en NMa-problematiek in de zorg samen in enkele sheets. Twee bestuurders zeiden dat ik de werkelijkheid te veel simplificeerde. Zij gaven aan al jarenlang te strijden met de NMa of hoge boetes te hebben gekregen. Zij adviseerden me om nogmaals juristen naar mijn verhaal te laten kijken.”

*Dat wilt u niet?*

“Extra juridisch advies in winnen wil ik niet. Ik wil juist uit de juridische wereld blijven want als je daar eenmaal in zit, kom je er niet meer uit. Gelukkig zei iemand anders in de zaal dat het rapport van Frieslab precies de vinger op de zere plek legt. En dat Frieslab niet simplificeert maar juist heel genuanceerd naar de problematiek kijkt.”

*Maar de reactie van de twee zorgbestuurders is opvallend. Hoe duid jij dat?*  
 “Iemand die tot over zijn oren in een strijd zit met de NMa is niet geholpen met de Mededingingsmonitor. Omdat die is gericht op preventie. Als er brand is moet je blussen en niet met een rookmelder aankomen.”

*Dus toch juridiseren?*

“Het blijft moeilijk om de paradigmashift te maken van NMa-problematiek naar NMa-preventie. Zo ver zijn we nog niet. Maar ook als de preventie goed is kan er brand ontstaan. Het is geen juridisch dichtgetimmerd verhaal. Dat geldt ook voor de Mededingingsmonitor. De antwoorden op gestelde vragen stimuleren bewustwording en kennis over risicofactoren bij ketensamenwerking, in het licht van de Mededingingswet. Door de vragen te beantwoorden kunnen aanbieders zelf zien welke ketensamenwer-

kingsafspraken gevaarlijk zijn en welke niet. Het is dan de eigen verantwoordelijkheid van de bestuurder om te stoppen of er mee door te gaan.”

*Het is belangrijk voor aanbieders om te weten dat ze een altijd een eigen afwijging moeten maken en óók dat niet alle juristen het met elkaar eens zijn?*

“Sommige juristen zien de meerwaarde van de monitor wel en anderen niet. De NMa ziet die meerwaarde ook maar geeft aan dat het succes ervan valt of staat met de uitwerking. Daar zijn we nu mee bezig. De eerste zorgaanbieders hebben, mede op basis van advies van hun eigen juristen, het inmiddels aangedurfd om de grenzen van de Mededingingswet op te zoeken. Met behulp van onze monitor. Dit vanuit de diepe overtuiging dat de klant er beter van wordt.”

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina

## 2 Casemanagement van idee naar model

In 2010 presenteerde Frieslab het model voor casemanagement bewust niet als eindmodel. Het was geen blauwdruk, maar een ordening. De titel van het rapport was: Van idee naar model. Daarmee opende het rapport een gerichte discussie over de definitie van casemanagement op grond waarvan passende financiering plaats kon vinden.

### Stap 1 Wat is het probleem?

Het model is gebaseerd op twee projecten van Frieslab: de analyse van de polikliniek voor mensen met de ziekte van Huntington en de casemanager palliatieve zorg. In beide gevallen draaide het om ontbreken van financieringsmogelijkheden. Men vroeg om een totaalfinanciering van de functie casemanager of de polikliniek voor Huntington.

### Wisselen van context

In plaats van te zoeken naar een totaalfinanciering of betaaltitel bekeek Frieslab de financiële mogelijkheden van de al bestaande regelingen. Zo werd er voor de casemanager palliatieve zorg een beroep gedaan op mantelzorgondersteuning op grond van de Wmo. Ook bleek dat er bij een indicatie palliatief terminale zorg, financiële ruimte was om de casemanager te betalen. Het financiële gat in de financiering bleek kleiner dan gedacht.

### Stap 2 wat is de situatie?

Toen dat helder was waren aanbieders bereid de casemanager palliatieve zorg inzetbaar te houden. Zo kon gevolgd worden bij welke problemen deze functionaris werd ingezet en welke activiteiten en hulp geboden werd. Bij de polikliniek van Huntington werd een onderzoek gestart naar activiteiten, verrichtingen en kosten.

### Vorm leidende coalities

Beide projecten kenmerkten zich door zeer betrokken projectleiders en veel enthousiasme in het team.

### Co-initiating: bouw aan gezamenlijk doel

Wat bleek was dat de aanpak van beide projecten zeer verschilde, maar de thematiek was dezelfde. Klanten gaven aan zeer tevreden te zijn over de manier waarop zij geholpen werden. Ook medewerkers waren tevreden. Dat gaf een energie om vast te houden aan het doel dat financiering mogelijk moest zijn. Daarmee was het doel gesteld.

### Co-sensing: ga naar buiten en luister met open mind

Er werden brainstormsessies georganiseerd en ook bestaande literatuur verzameld. Het bleek dat het CvZ een mooie publicatie had geschreven (Willemstein, 2009).

➔ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina



### Presencing: trek je terug, bekijk oude en nieuwe ideeën en bepaal oplossingsrichtingen

Het doel was met een model te komen. Daarvoor moest eerst een ordening worden gemaakt. Dit bleek niet eenvoudig want de professionals schoten in de verdediging en de discussie over de financiering liep door de doelgroepdiscussie heen. Voor wie is casemanagement nou eigenlijk bedoeld?

### Co-creating: werk samen aan de oplossing

In samenwerking met bureau HHM ontstond de ordening die tegelijkertijd ook het model zou kunnen zijn. Dit presenteerden we in het rapport Casemanagement, van idee naar model (2010). Dit rapport is met vele partijen in het hele land besproken. CVZ, ZN en VWS zijn betrokken. Bij elke verbetering van het model voor een bepaald ziektebeeld boette het in aan kwaliteit voor een ander ziektebeeld. Een patiëntenvereniging had moeite met de afbakening. Dat is verklaarbaar omdat een scherpe definitie financiële gevolgen heeft.

### Stap 5 Toon meerwaarde aan

Het project rondom casemanagement palliatieve zorg is aangehaakt bij landelijk onderzoek van ZonMw over de kosteneffectiviteit en meerwaarde van de inzet van de

casemanager palliatieve zorg. De polikliniek voor Huntington publiceert internationaal over aanpak en meerwaarde (Veenhuizen et al., 2011).


### Stap 6 Verspreid de kennis

Meerdere mensen treden op als ambassadeur van het model en verspreiden het model en de kennis. Het model wordt intussen landelijk (Amsterdam, Hoorn, Nijmegen, Heerenveen) gebruikt om het gesprek te faciliteren, maar de algemene acceptatie blijft wat hangen.

### Co-evolving: ontwikkel samen door Kaizen

De problematiek rondom de financiering van de polikliniek voor Huntington kwam op de agenda bij de NZa. Daar is het besproken en de aanpak als prestatie aangeduid. Het model was de aanleiding die nodig was (wederom) te schuiven in paradigma en het niet als casemanagement te duiden maar als aparte prestatie. Daarmee was de financiering geregeld. VWS gaf Vilans de opdracht om casemanagement te definiëren. Frieslab nam plaats in de commissie. In het eindrapport staat een definitie die grotendeels gebaseerd is op het werk van Frieslab. Hiermee is de landelijke implementatie een feit en casemanagement vooralsnog een te verzekeren prestatie geworden.

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina

Deze twee voorbeelden schetsen overeenkomsten tussen de theorie en de praktijk van Frieslab. Ze laten zien dat de aanpak werkt in de praktijk. Daarnaast is elk Frieslab project op zich een stapje in de bewustwording die nodig is om het huidige systeem te doorbreken. Organisch veranderen en Kaizen lijken ook van toepassing op het projectoverstijgende programma Frieslab als geheel.

### SAMENGEVAT

Frieslab begint altijd met het analyseren van de wet- en regelgeving. Door ordening ontstaat begrip. Met praktijkvoorbeelden laten we zien waar het schuurt. Vervolgens maken we een model om het gesprek te faciliteren.

Een model is geen blauwdruk, het helpt groepen om met dezelfde woorden en termen een gericht gesprek te voeren over dilemma's. Dat voorkomt dat men hetzelfde zegt, maar iets anders bedoelt, of omgekeerd.

Dat voorkomt ook achteroverleunen, en doorbreekt aangeleerde hulpeloosheid. Het is niet de adviseur die zegt hoe het moet. Het is: wie het weet mag het zeggen (E. Heineman, 2010).

Zo trekt Frieslab zorgverleners door de U-bocht van Theorie U van C. Otto Scharmer (2009): oplossingen moeten door de betrokkenen zelf gezocht worden. Omdat het anders van buiten komt. Verandering krijgt op deze manier betekenis.

Bij veranderingen gaat om het vinden van de juiste woorden, samen oplossingen bedenken, 'wie het weet mag het zeggen', loslaten en doorpakken. Zo ontstaat blijvende gedragsverandering. De vergelijking tussen wetenschap en praktijk pleit ervoor om beide beschreven methoden in te zetten als handvat voor het inzetten van complexe veranderingsprocessen. Complexe veranderingsprocessen waarin meerdere actoren, meerdere abstractieniveaus en meerdere ogenschijnlijk onlosmakelijke elementen vastgeroest lijken te zitten.

Zo kan iedereen een voortrekker zijn.

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina



## 7

HANDVATTEN VOOR EEN  
TOTAALAAANPAK

De behoefte van klanten hoort leidend te zijn bij het verlenen van zorg en ondersteuning. Uit de voorgaande hoofdstukken werd echter duidelijk dat de financiering – en daarmee het aanbod – veelal leidend is (zie toelichting 1.2). Verschillende factoren beïnvloeden de kantelpunten van behoefte naar vraag, van vraag naar aanbod en van aanbod naar financiering. Deze factoren zetten mechanismen in gang die ervoor zorgen dat burgers niet de zorg en ondersteuning krijgen die zij nodig hebben. In dit hoofdstuk wordt een kernmechanisme besproken dat hierop helaas versterkend inwerkt: de vermeende ‘Cirkel van Tevredenheid’. De ‘Cirkel van Tevredenheid’ zorgt er voor dat het systeem in stand blijft. Het doorbreken van deze Cirkel vraagt om een totaalaanpak. Deze komt in dit hoofdstuk aan bod. Omdat Frieslab geen ambities heeft om aan te geven welke methodiek of instrumenten gebruikt moeten worden biedt zij in dit hoofdstuk, conform haar eigen adagium, verschillende perspectieven aan.

### 7.1 KERNMECHANISME: DE CIRKEL VAN TEVREDENHEID

De Cirkel van Tevredenheid is niet zo positief als hij lijkt. Het plaatst de al eerder beschreven mechanismen in onderlinge samenhang waardoor ze in elkaar grijpen en versterkt worden. Deze onderlinge samenhang maakt dat het moeilijk is om de Cirkel, die symbool staat voor het huidige systeem te doorbreken. Het lijkt alsof iedereen tevreden is, maar dat hoeft niet zo te zijn.

Het werkt als volgt: een klant heeft een behoefte en stelt een vraag. Vervolgens kijkt een professional naar de vraag en naar mogelijke oplossingen. Hier doet zich het zogeheten ‘blauwe fleece effect’ voor: er wordt een vraag gesteld aan een professional die – als hij of zij zich er niet van bewust is – om meerdere redenen alleen maar met een zorgoplossing beantwoord kan worden ([zie hoofdstuk 3](#)). De daadwerkelijke behoefte van de klant is onvoldoende of zelfs niet in beeld.

➡ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➡ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina



De klant krijgt een zorgplan waarin uren en activiteiten zijn beschreven. Doelen en resultaten worden onvoldoende of niet (scherp) geformuleerd. Op basis van het zorgplan levert de professional zorg en ondersteuning. Daarbij heeft hij of zij, net als de meeste mensen, de neiging om regels te volgen. De geldende richtlijnen en protocollen spelen hierbij een belangrijke rol. Op vragen van klanten of collega's die buiten bestaande kaders vallen wordt vaak gereageerd met 'het kan niet of het mag niet'.

Op basis van verleende zorg vinden evaluatiegesprekken en klanttevredenheidsonderzoeken plaats. Hieruit blijkt dat de klant de verzorgende aardig vindt en tevreden is met zijn/ haar inzet. Er wordt onvoldoende gereflecteerd op behaalde doelen en resultaten. Omdat de klant tevre-

den is, zijn professionals tevreden. Met als gevolg dat leidinggevend en tevreden zijn. Leidinggevend en sturen en beheersen op productie, omdat de financiers van de organisaties dat ook doen. Deze financiers (zorgverzekeraar, zorgkantoor en gemeente) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg zien toe op de kwaliteit van zorg. Zij gaan daarbij uit van indicatoren: zorginhoudelijk (objectief), klantervaringen (subjectief) en incidenten. Zorginhoudelijke indicatoren sluiten echter onvoldoende aan op het primaire zorgproces, terwijl de klantervaringen een beeld geven van de tevredenheid over de relatie, niet over de behaalde resultaten. Zo lijkt het alsof iedereen tevreden is. De Cirkel van Tevredenheid zorgt er voor dat het systeem in stand blijft. Maar de klant krijgt niet altijd wat hij daadwerkelijk nodig heeft.

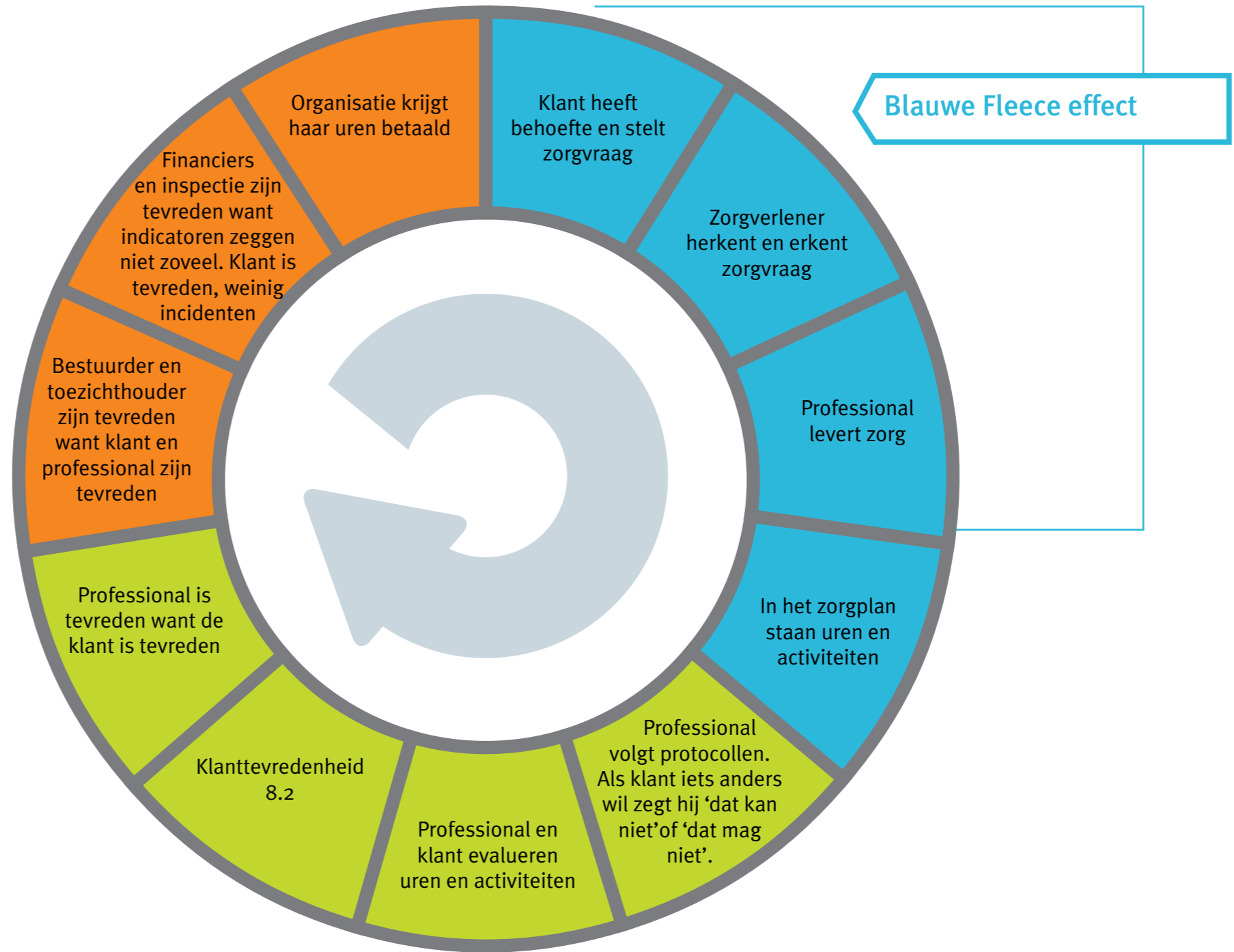
→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina

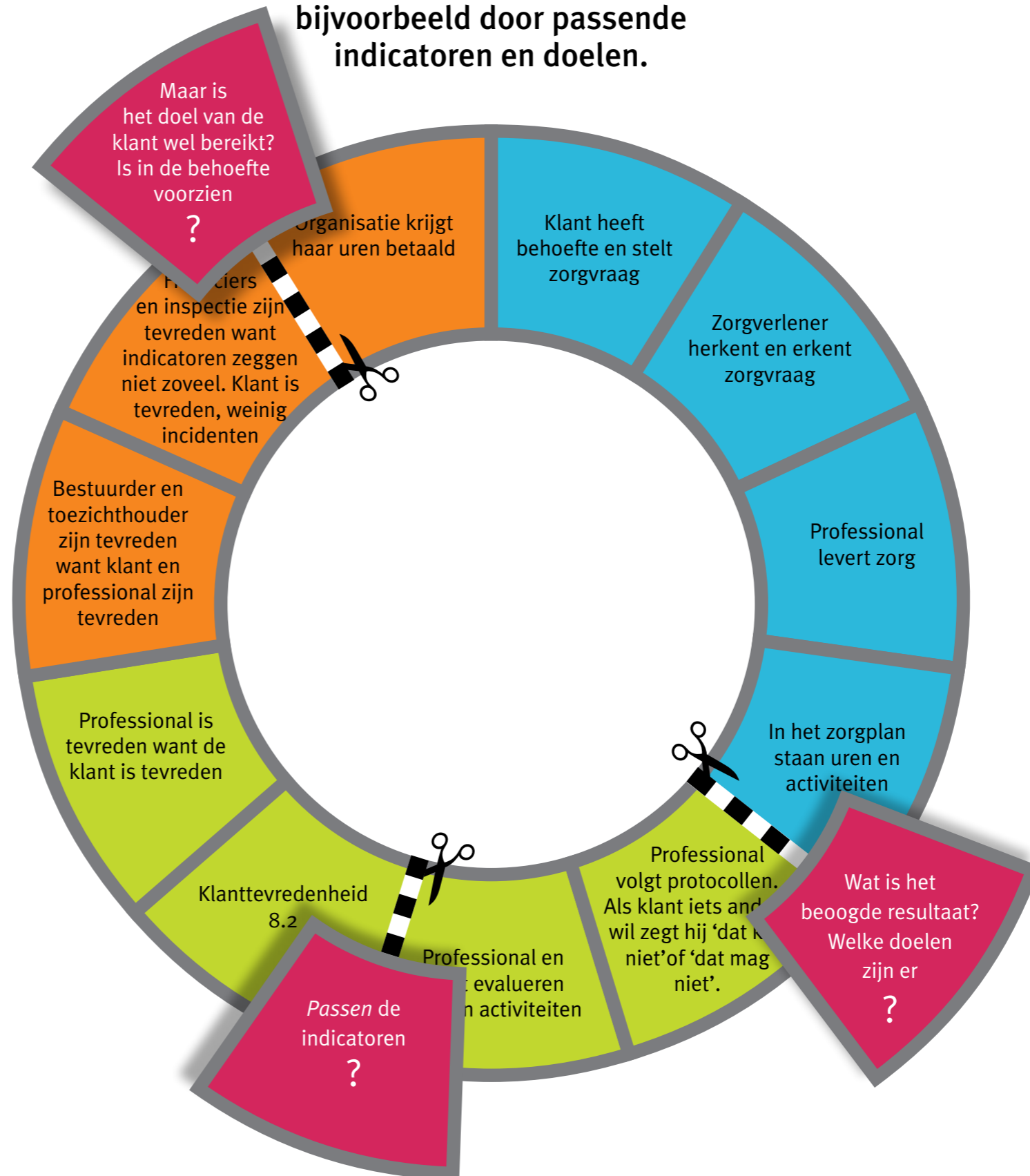
## Cirkel van Tevredenheid



Hoe doorbreek je dit ...

- ➔ Methode Frieslab model
- ➔ Inhoudsopgave
- ➔ Volgende pagina
- ➔ Vorige pagina

## Doorbreek de Cirkel van Tevredenheid bijvoorbeeld door passende indicatoren en doelen.



→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina

## 7.2 DOORBREEK DE CIRKEL VAN TEVREDENHEID

De afgelopen jaren is in innovatieve projecten gezocht naar mogelijkheden om zorg en ondersteuning beter te laten aansluiten op de behoeften van de klant. Zo zijn er projecten die ingrijpen op factoren die van invloed zijn op de relatie klant-professional. Dit zijn projecten, overal in het land, die zich richten op (het ontwikkelen van nieuwe vormen van) vraagverheldering, en ook op het faciliteren van regievoering van de burger. Bekende projecten die in Friesland zijn geïnitieerd zijn bijvoorbeeld: **de Meitinkers** van Stichting Mienskipsoarch en het project **Dichtbij de Burger**.

Er zijn ook projecten die vooral ingrijpen op factoren die van invloed zijn op de relatie professional-leidinggevende. Daarbij wordt gezocht naar andere manieren van organiseren van het primaire proces van hulpverlening.

Voorbeelden zijn: **Werken met zelfsturende teams** en het project **Zorg ontregelen en geluk bevorderen** (van De Hoven).

Daarnaast zijn er projecten die inspelen op de relatie financier-aanbieder. In diverse projecten in het land wordt

gezocht naar mogelijkheden voor het werken met wijk- of populatiegerichte bekostiging, waarin domeinoverstijgend budgetten worden samengevoegd om burgers ontschot zorg en ondersteuning te kunnen bieden. Een bekend voorbeeld uit Friesland is het **project Handen Ineen** in de gemeente Leeuwarden.

Deze projecten worden opgestart door betrokken organisaties, omdat zij het beter willen regelen voor hun klanten of inwoners. Zij willen zich voorbereiden op de decentralisaties (AWBZ-functies naar de Wmo, nieuwe Jeugdwet en Participatiewet) waarin landelijke taken worden overgeheveld naar het gemeentelijke domein. Dit biedt gemeenten en aanbieders kansen op een nieuwe wijze invulling te geven aan het lokale stelsel van zorg en welzijn. Ondanks de ambities waarmee projecten worden begonnen, blijkt de praktijk vaak weerbarstiger dan gedacht. De beoogde doelen en resultaten worden dan ook zelden of slechts gedeeltelijk gehaald.

Frieslab verklaart dit (deels) op basis van het gegeven dat projecten veelal ingrijpen op één (of twee) van de in de voorgaande hoofdstukken beschreven overgangen.

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina

Zij richten zich op nieuwe vormen van vraagverheldering, óf op nieuwe werkwijzen op het gebied van hulpverlening, óf op het werken met een andere financieringsvorm. Met als resultaat dat de projecten elders in het proces vastlopen.

#### VOORBEELD

Het project *Handen Ineen* beoogt middels een ont-schot wijkbudget de zorg en ondersteuning te laten aansluiten op de daadwerkelijke behoefte van de klant. Het integrale budget van *Handen Ineen* is allereerst een financiële interventie. Ook wordt de vraagverheldering aangepast en door de inzet van Buurtvrouwen wordt het ‘blauwe fleece effect’ zoveel mogelijk doorbroken. De financieringsvorm verandert de manier van aan-sturen van de organisaties echter niet. Protocollen en interne richtlijnen blijven in stand. Medewerkers werken in de oude teams verder en slechts een enkele organi-satie past de verantwoordingssystematiek aan. Nul-uren contracten worden niet aangepast. Concurrentie-gevoel blijft bestaan. Een deel van de oude prikkels blijft alsnog in stand.

Als daar niet op wordt ingegrepen zal de aanpak niet zo succesvol worden als werd beoogd. Dit project laat in deze fase dus zien dat veranderingen in twee van de drie over-gangen onvoldoende sterk zijn om de Cirkel te doorbreken. Inmiddels bereiden de betrokken zorgaanbieders plannen voor om dit alsnog te doen.

Frieslab concludeert dat een complexe verandering die ervoor zorgt dat de mensen krijgen wat ze daadwerkelijk nodig hebben, alleen kan met een aanpak die ingrijpt op alle genoemde mechanismen. Het gaat dus om een totaalaanpak. Een aanpak met elementen die zich richten op de overgangen tussen behoefte en vraag, vraag en aan-bod, aanbod en financiering en op de relaties tussen de klant, de professional, de leidinggevende en de financier.

### 7.3 COMPLEXE VERANDERING VEREIST EEN TOTAALANPAK

Een complexe verandering slaagt alleen als er sprake is van een totaalaanpak. Dat geldt zeker voor het doorbreken van de Cirkel van Tevredenheid. Het is immers dit kern-mechanisme dat er voor zorgt dat het systeem in stand blijft en belemmert dat de klant krijgt wat hij daadwerke-lijk nodig heeft.

➔ Methode Frieslab model

⬅ Inhoudsopgave

➔ Volgende pagina

⬅ Vorige pagina





In de voorgaande hoofdstukken zijn de bouwstenen voor de totaalaanpak aangedragen. Er is per overgang in de figuur behoefte - vraag - aanbod - financiering een reeks factoren benoemd en er zijn mechanismen beschreven. Ook zijn per overgang oplossingen aangedragen om de beschreven mechanismen te doorbreken. Soms zijn dit heel praktische handreikingen, soms gaat het om een tip of wordt gewezen op een theorie die behulpzaam kan zijn. Wanneer de aangedragen suggesties om het mechanisme te doorbreken naast elkaar gezet worden is te zien dat een aantal op elkaar lijkt of in elkaars verlengde ligt (zie [pagina 75](#)).

Hieruit zijn kernpunten te destilleren. Op alle kantelpunten en in alle relaties tussen de actoren lijken namelijk verbeteringen mogelijk door:

**Passende doelen:** Het stellen van doelen die passen bij de situatie van de klant, het sturen op resultaten en het ontwikkelen van passende indicatoren op organisatie-niveau voor interne kwaliteitstoetsing en externe verantwoording;

**Communicatie:** Het communiceren op waardenniveau, het voeren van open gesprekken, het creëren van een veilige gespreksomgeving, reflecteren op gedrag van het individu, de professionals in een team en dat van de organisatie;

**Toegevoegde waarde:** Het definiëren van en werken vanuit de toegevoegde waarde van geleverde zorg en ondersteuning (op het niveau van de professional en organisaties);

**Lerend vermogen:** Het organiseren en faciliteren van het lerend vermogen van de organisatie en het personeel. Gericht op attitude, kennis en kunde.

#### 7.4 CONCLUSIE:

Passende doelen, communicatie, toegevoegde waarde en het lerend vermogen vormen samen de rode draad. Deze horen in elke veranderaanpak in de zorg een plek te krijgen.

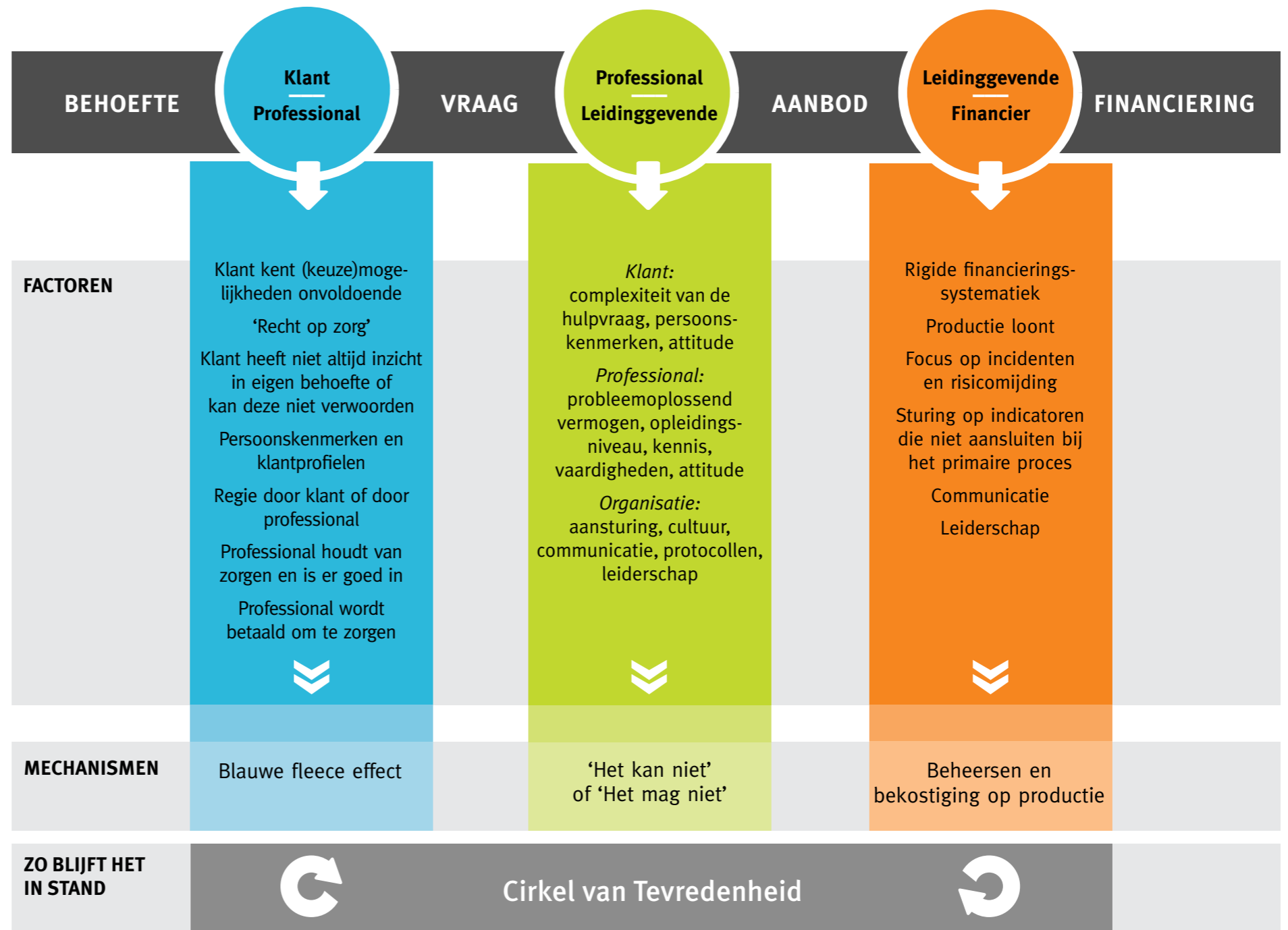
In hoofdstuk zes kwamen de methode Frieslab en organisch veranderen aan bod. Deze uit de wetenschap en praktijk ontstane veranderaanpakken hebben hun waarde laten zien. Dit pleit ervoor deze aanpak te gebruiken in complexe veranderingstrajecten, zoals de huidige decentralisaties.

→ Methode Frieslab model





← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina



Doorbreek de Cirkel van Tevredenheid in de zorg

-  Methode Frieslab model
-  Inhoudsopgave
-  Volgende pagina
-  Vorige pagina

## ZO DOORBREEK JE HET MECHANISME ONDER MEER

Onafhankelijke vraag-  
verheldering.

Streef naar gelijkwaardige  
communicatie en gebruik  
hierbij de nieuwe definitie  
van gezondheid.

Communiqueer op het niveau  
van normen en waarden.

Maak een plan dat inspeelt  
op:

- Eigen kracht
- Zonodig versterken regie-  
vermogen en draagkracht
- Welbevinden
- Beoogd resultaat.

Bespreek verwachtingen.

Evalueer het plan periodiek  
en stel bij.

Houd rekening met de  
klantkenmerken en klant-  
profielen.

Bouw de zorg en de  
organisatie op vanuit het  
zorg- of leefplan.

Definieer de meerwaarde  
van de inzet van de  
professional.

Evalueer en stuur bij op  
resultaatparameters en  
welbevinden.

Stel kaders en bied  
passende ruimte aan  
medewerkers voor  
creativiteit.

Organiseer training op de  
werkvloer met opinieleiders  
als voorbeeld.

Organiseer feedback in  
team en stimuleer een  
aanspreekcultuur.

Waarden gestuurd leider-  
schap.

Pas opleidingen aan.

Anticipeer op vragen van  
klanten gebaseerd op  
behoefte.

Stimuleer een aanspreek-  
cultuur.

Faciliteer teamleiders en  
wees helder in visie.

Organiseer en faciliteer  
afbouw van het zorgvolume.

Houd een Flexibele schil.

Zoek naar passende indica-  
toren voor interne kwaliteit  
en externe verantwoording  
en monitor deze.

Stuur en bekostig op  
resultaatparameters.

Evalueer op het resultaat  
en stuur bij.

Investeer in strategisch  
wendbaarheid.

Organiseer een sluitende  
keten (*system awareness*  
tussen organisaties) en ken  
de toegevoegde waarde  
van je organisatie daarin.  
Laat dat ook weten en  
wees daar trots op.

Passende doelen, communicatie, toegevoegde waarde en het lerend vermogen

### THEORIE

Wisselen van context  
Creëren van leidende coalities  
Toepassen van Theorie U: 'prototype initiatives'  
Toepassen van Kaizen: kleine stapjes

### PRAKTIJK

Wat is het probleem?  
Wat is de situatie?  
Hoe komen we tot een oplossing?  
Hoe om te gaan met deze uitdaging of dit knelpunt?  
Toon de meerwaarde aan  
De gekozen aanpak of oplossing verspreiden  
Toepassen van Kaizen: kleine stapjes

## Methode Frieslab

Op weg naar blijvende verandering in de zorg

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina

**De decentralisaties: een complex veranderingstraject**

Voor de actoren in zorg en welzijn staat het jaar 2014 in het teken van de drie decentralisaties. Het gaat er om dat mensen die het niet alleen redden, langer thuis kunnen wonen doordat de gemeenten zorgen voor passende ondersteuning.

*‘Met de nieuwe Wmo kunnen gemeenten passende ondersteuning bieden die recht doet aan de persoonlijke omstandigheden van mensen thuis. De sociale omgeving, de woonsituatie en de gewenste ondersteuning verschillen immers van mens tot mens’. Kamerbrief Van Rijn*

Dit biedt gemeenten en aanbieders kansen om op een nieuwe wijze invulling te geven aan het lokale stelsel van zorg en welzijn. Met recht is dit een complex veranderingstraject te noemen. Dit veranderingsproces dient goed aangestuurd te worden. De methode Frieslab komt voort uit de praktijk en sluit aan bij de wetenschap. Dit pleit ervoor deze aanpak te gebruiken in complexe veranderingstrajecten zoals de decentralisaties.


Dat betekent bijvoorbeeld dat wanneer een gemeenten nadenkt over integrale wijkteams, rekening gehouden moet worden met de cultuur in bestaande organisaties en het

tempo waarin organisaties en mensen kunnen meebewegen. Bij de (centrale) toegang tot die teams dient rekening te worden gehouden met in het voorgaande beschreven mechanismen als het ‘blauwe fleece effect’ en de huidige financieringssystematiek. Een nieuw systeem betekent nog niet direct nieuw gedrag van medewerkers en organisaties.

Ook voor de vragen waarmee gemeenten zich de komende jaren geconfronteerd zien geldt dat een totaalaanpak nodig is waarbij het gaat om maatwerk. Maatwerk dat ingrijpt op de factoren en mechanismen zoals ze in het voorgaande zijn beschreven en dat is opgebouwd uit de elementen die aansluiten bij de lokale situatie. Tegelijkertijd moet stap voor stap worden geïntervenieerd op de drie overgangen tussen behoefte-vraag-aanbod- en financiering. Per stap dienen passende doelen, communicatie, toegevoegde waarde en het lerend vermogen een onderdeel te zijn.

Op die wijze kan een complex veranderingstraject in de zorg gestuurd worden. Alleen op die wijze is het volgens Frieslab mogelijk het systeem te doorbreken en ervoor te zorgen dat de klant krijgt wat hij daadwerkelijk nodig heeft: passende ondersteuning. Niet teveel, niet te weinig, niet te vroeg en niet te laat.

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina

## 7.5 NU JIJ: DEEL SUCCESSEN

In het hele het land zijn er vele goede voorbeelden te vinden die aantonen dat het wèl kan. Je vindt er een aantal in hoofdstuk 3, 4 en 5 beschreven manieren om de mechanismen te doorbreken. Daar kunnen wij veel van leren. Frieslab heeft in dit laatste rapport en de eerdere rapporten ([zie de boekenkast](#)) voorbeelden beschreven. Nu roept Frieslab de lezer op om [hier](#) andere goede voorbeelden aan te dragen.

### Deel je successen!

Want zo kan ieder zijn eigen totaalaanpak samenstellen. Een aanpak die bestaat uit de best passende methodieken. Want net als in de zorg geldt ook hier: *one size fits all* bestaat niet.

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina



## NAWOORD

Frieslab heeft een kort maar krachtig leven geleid. Op initiatief van VWS werd een project gestart om de knelpunten tussen de diverse wetten in het zorgveld in kaart te brengen en de samenwerking tussen zorgorganisaties te bevorderen. Dit alles om de gebruiker van de zorg optimaal ter zijde te kunnen staan. Het resultaat van die 5 jaar treft u hierbij aan. Een resultaat waarvan we oprecht hopen dat u met behulp daarvan inderdaad de zorggebruiker helderheid en kwaliteit van leven kunt bieden.

Zonder de subsidie van VWS en een visionaire staatssecretaris mw. dr. J. Bussemaker, de verlenging door haar opvolger mw. dr. M. Veldhuijzen van Zanten, en het bezoek van staatssecretaris dhr. drs. M. van Rijn aan Frieslab was het niet van de grond gekomen en het landelijk bereik niet zo groot geweest.

Zonder de directe en ook financiële steun aan de projecten van een bevlogen stuurgroep was er geen voortgang geboekt. Gedeputeerde mw. T. Schokker, wethouder dhr. A. Ekhart en manager Zorgkantoor Friesland dhr. J. Boomgaardt hebben telkens opnieuw hun kennis, ervaring en netwerk ten dienste gesteld van dit project.


Dankzij programmamanager Sanja Bouman werd Frieslab een begrip bij de Friese zorgorganisaties en kreeg het landelijke bekendheid vanwege haar onuitputtelijke inzet en deskundigheid. Net als haar even onvermoeibare assistent Imkje van der Meulen.

Het enthousiasme en de professionele bevlogenheid van de vele werkenden in de zorg mogen niet onvermeld blijven. En de voorzitter heeft met het grootst mogelijke plezier al die energie in goede banen proberen te leiden.

En nu bent u aan zet: het kan WEL !

Mariëlle Rompa, voorzitter stuurgroep

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina

## BRONNEN

ActiZ. Naar autonomie, verbondenheid en een gezond leven. Een nieuwe ambitie voor de langdurige zorg, april 2010.

Ardon, A.J. *Moving moments: Leadership and interventions in dynamically complex change processes*, Academic Service, 2009.

Barrett, R., *Liberating the Corporate Soul Building a Visionary Organization*, Butterworth Heinemann, 1998.

Boer, G. de. Zo doen we dat hier. Werken in een verpleeghuis. Drachten, tweede druk juli 2011. ISBN: 978-90-815932-1-2.

Bomhoff, M., Paus N. , Friele, R. : Niets te klagen. Onderzoek naar uitingen van ongenoegen in verzorgings- en verpleeghuizen, 2013. Nivel Utrecht.

Bouman S. en Welling. A. A.E. Casemanagement, van idee naar model. Frieslab. Leeuwarden, 2011.

Bouman, S. en Popma, R. Keten of kartel. Onderzoek naar het kartelverbod in ketenzorg. Frieslab. Leeuwarden, 2010.

Bouman, S. Als het schuurt in de zorg, Methode Frieslab. Frieslab. Leeuwarden, 2012.

Bouman, S. Behoeftte aan begeleiding. Frieslab. Leeuwarden, 2014.

Bree, M. de, & Vening, E., Handleiding moreel beraad. Van Gorcum, 2012. ISBN: 9789023250623.

Brouns, M. Persoonlijke mededeling, 2012.

Caluwé, L. de en Vermaak, H. Leren veranderen. Een handboek voor de veranderkundige. Deventer: Kluwer, 2006.

De Hoven. Evaluatie Zorg Zonder Regels. Een uitzondering op de regel, 2013.

De Praktijkindex en Motivaction. Wat werkt bij wie?, 2011.

Degeling, P., Maxwell, S. Iedema, R. Hunter, DJ. *Making clinical governance work*. BMJ, 2004; 329: 679-681.

Degeling, P., Maxwell, S., Kennedy, J. Coyle, B.: *Medicine, management, and modernisation: a 'dance macabre'?* BMJ, 2003; 326: 649-652.

Eigen kracht centrale. Handreiking eigen kracht, 2013. [http://voordejeugd.nl/images/20130911\\_Eigen\\_Kracht\\_Centrale\\_handreiking\\_transitie.pdf](http://voordejeugd.nl/images/20130911_Eigen_Kracht_Centrale_handreiking_transitie.pdf)


Eigen kracht centrale: [www.eigen-kracht.nl](http://www.eigen-kracht.nl).

Funktiemediair en Yacht. Zorgmanager worstelt met verwachtingen, 2013. <https://www.funktiemediair.nl/content/home/nieuws/2013/10/1210-01-zorgmanager-worstelt-met-verwachtingen.xml>

Gezondheidsraad. Publieke indicatoren voor kwaliteit van curatieve zorg. De stand van de discussie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2013; publicatienr. 2013/29. ISBN 978-90-5549-978-6.

Grol, R. en Wensink, M., Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen, 2006.

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina

Gulpers, M. *Exbelt: Expelling belt restraint from psychogeriatric nursing homes*. Dissertatie 19 april 2013, Universiteit Maastricht.

Gulpers, M. EXBELT, 2013. ISBN 9789461592231.

Heineman, E., Het paradigma van de zorg: ego-systeem of ecosysteem. Oratie, UMCG, 2010.

Heineman, E., Welker, G.A., Lievers N.H., Doting, M.H.E., en Brilstra, S. Kan een UMCG op organische wijze veranderen. *Kwaliteit in Zorg*, nr 3, 2011.

Homan, T. (2005), *Organisatiedynamica: de complexe anatomie van de beweging*, Academic Service.

Homan, T. (2008) *De verandermanagementbox, deel 17: 'Veranderen als chaotisch proces*, MainPress.  
[http://www.casemanagementcenter.nl/images/Brochures/Brochure\\_Zorg\\_voor\\_elkaar\\_2013.pdf](http://www.casemanagementcenter.nl/images/Brochures/Brochure_Zorg_voor_elkaar_2013.pdf).

Huber, M. et al. How should we define health? *BMJ*, 2011;343:d4163.

Huber, M. interview op: <http://www.nieuwsvoordietisten.nl/aan-het-woord/aan-het-woord/article/de-who-definitie-van-gezondheid-leidt-tot-medicalisering/2012>.

Huijsmans, L.: Otto Scharmers' landingsbaan voor de toekomst. *Managementboek Boekblog*. Interview 23 juli 2010. [http://www.managementboek.nl/boekblog/interviews/2029/otto\\_scharmers'\\_landingsbaan\\_voor\\_de\\_toekomst](http://www.managementboek.nl/boekblog/interviews/2029/otto_scharmers'_landingsbaan_voor_de_toekomst).

Imai, M., *Kaizen*. Kluwer, Deventer, 1990.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. verpleeghuis Velsersduin, januari 2014.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Erasmushiem, november 2013.

Jeckmans, E., Welling, A.A.E., Bouman, S. Scenario's voor de financiering van de polikliniek van Huntington. *Frieslab*. Leeuwarden, 2010.

Jong, K., Popma, R. de, Bouman, S. *Handreiking integrale cliënt-ondersteuning*. Frieslab, 2011.

Leeuwen, S. van. Stop met veranderen, word strategisch wendbaar! *Artikel Strategie & Bestuur*, 19 november 2013.

Liefde, WHJ de: *African Tribal leadership*. Kluwer, 2002.

Linders, L. *Sociale samenhang en de bereidheid om elkaar te helpen*. Promotieonderzoek, 2010.


Linders, L. Typisch om te zeggen: 'de burger kan dat niet'. *Zorg en welzijn*, 22 juli 2013.

Bron Mienskipsoarch: *Efter de foardoar*. Boek met praktijkverhalen. Mienskipsoarch, 2012. <http://www.mienskipsoarch.nl/uploads/pdf/MSo09-01%20Miso%20boek%20praktijkverhalen%20V6%20RH.pdf>

Peeters Weem J.H.I.M. & Bouman, S. *Het schuurt tussen onderwijs, zorg en sociale zaken*, 2013.

Peters, J. & Weggeman, M. *Het Rijnland boekje. Principes en inzichten van het Rijnland-model*, 2009.

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina



Pinxteren, van F., Stap voor stap naar waardegestuurd leiderschap. Management Executive, mei/juni 2010.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Garanties voor kwaliteit van zorg. Advies uitgebracht door de RVZ aan de minister van VWS. Den Haag, 2013.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2008. De ontkokering voorbij. Slim organiseren voor meer regelruimte (advies 44). Amsterdam: SWP.

Rademakers, J. Kennissynthese de Nederlandse patiënt en zorggebruiker in beeld. Utrecht, NIVEL, 2013.

Rantwijk, J. van & Zwan C., van der. Duurzame gedragsverandering: een utopie? Verandermanagement, 24 november 2009.

Rijn, M. Voorstel van wet - regels inzake Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Brief Tweede Kamer, 14 januari 2014.

Scharmer, C.O.: Theory U. *Leading from the future as it emerges*, Berret-Koehler, 2009.

Schein, EH. *Organizational Culture and Leadership*, Jossey-Bass, San Francisco, 1992.

Schippers, E. Samenwerking regiomaatschappen en fusiedruk. Brief aan Tweede Kamer, 20 december 2013.

Slaets, J.P.J. Presentatie 12 april 2013, Groningen. Eerst segmenteren op grond van vraagpatronen, dan standaardiseren, dan individualiseren. <http://www.rug.nl/research/healthwise/kennis/conferentie/koc-130412>.

Slaets, J.P.J. Analyse van zorgbehoeften en organiseren van zorg en ondersteuning vanuit het perspectief van de oudere, 2009. <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/projecten/transitie-experimenten/analyse-van-zorgbehoeften-en-organiseren-van-zorg-en-ondersteuning-vanuit-het-perspectief-van-de-oudere>.

Slaets, J.P.J. Tover een glimlach op iemands gezicht. Interview door Willem Wansink. <http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/Overzichten-In-Voor-Zorg!/map-interviews/Tover-een-glimlach-op-iemands-gezicht.html>

Veenhuizen, R.B., Kootstra, B., Vink, W., Posthumus, J., Bekkum, P. van, Zijlstra, M., Dokter, J. (2011). *Coordinated multidisciplinary care for ambulatory Huntington's disease patients. Evaluation of 18 months of implementation. Orphanet Journal of Rare Diseases 2011*, 6:77. <http://www.ojrd.com/content/6/1/77>.

Verkooijen, H.E.C., Ondersteuning Eigen regievoering en Vraaggestuurde Zorg. Proefschrift, 2006.

Widdershoven, G., Abma, T., Molewijk, B. (2009). *Empirical ethics as dialogical practice. Bioethics Vol. 23 (4), p. 236-248*.

Willemstein, M., Berg, B. van den, Vos, R., Vet, H. de, Ostelo, R. (2009). Verkenning effectmaat voor de care sector, Amsterdam, EMGO, VU Medisch Centrum, in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

Welling, A.A.E. & Bouman, S. Structurele financiering van de case-manager palliatieve zorg. Frieslab. Leeuwarden, 2011.

→ Methode Frieslab model

← Inhoudsopgave

→ Volgende pagina

← Vorige pagina

## LIJST MET GEÏNTERVIEWDE PERSONEN

A. de Boer, stichting Mienskipsssoarch  
 K. Bontekoe, ervaringsdeskundige  
 M. Draaiier, Meriant  
 A. Enter, De Hoven  
 A. Huizinga, ZuidOost Zorg  
 I. Jonkers, Caleidoscoop  
 R. Jonkers, Kwadrant groep  
 K. Kuilman, Thuiszorg Het Friese Land  
 T. Lautenbach, ZuidOost Zorg  
 A. Zunderdorp, Leendert Meeshuis, stichting Antroz

### Met dank aan de projectleiders van de actuele Frieslab projecten

K. de Jong, Managemens  
 A. Peeters Weem, Peeters Weem consultancy  
 K. Riem Vis, stichting Mienskipsssoarch  
 J. Tuimaka, Do en ik  
 R. van der Velde, stichting Mienskipsssoarch

Met dank aan R. van der Velde en A. Welling voor hun input tijdens de tweedaagse heisessie waarin de basis voor dit rapport is gelegd.

En de vele mensen die hun verhaal indienden op de website van Frieslab.

 Methode Frieslab model

 Inhoudsopgave

 Volgende pagina

 Vorige pagina