



# Persoonsgerichte zorg

Dilemma's en kansen

juli 2020

# Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2. Digitale transformatie</b>	<b>6</b>
<b>3. Integraal werken: zorg en sociaal domein</b>	<b>17</b>

# 1. Inleiding

## Vooraf

De COVID-19 pandemie heeft ons zorgstelsel in korte tijd onder grote druk gezet. Dit zorgt voor grote uitdagingen, bovenal voor mensen die zich in een kwetsbare positie bevinden. Denk aan ouderen, laaggeletterden, mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, mensen met een verstandelijke beperking, mensen die herstellen en revalideren van Covid-19. Hoe zorgen we ervoor dat zij in deze dynamische tijden persoonsgerichte zorg ontvangen die bij hun leefwereld aansluit?

Wij geloven dat de COVID-19 crisis momentum biedt om dingen b eter en  nders te doen. Deze publicatie biedt u twee oplossingsrichtingen om tot meer persoonsgerichte zorg te komen: ‘digitale transformatie’ en ‘integrale samenwerking zorg en sociaal domein’. Hiermee kunt u aan de slag in uw organisatie en met uw samenwerkingspartners. Juist in deze periode, waarin onze stelsels en medewerkers in de zorg onder grote druk komen te staan, zijn deze oplossingsrichtingen relevanter dan ooit en is er ruimte voor het doen van dingen die eerder niet leken te kunnen. Pak dus dit moment!

## Terugkijkend

In 2013 en 2014 publiceerde Vilans twee whitepapers over persoonsgerichte zorg. De eerste whitepaper ging over wat persoonsgerichte zorg is, de tweede presenteerde het huis van persoonsgerichte zorg, een model voor een systematische aanpak voor persoonsgerichte zorg in een zorgorganisatie.

Verder ontwikkelde Vilans met vier proeftuinen (twee gezondheidscentra, een organisatie in de ouderenzorg en een in de gehandicaptenzorg) twee instrumenten: de [Methodiek persoonsgerichte zorg](#) en de [monitor Persoonsgerichte zorg](#).

Naast het feit dat we nu te maken hebben met Covid-19 vinden er talloze ontwikkelingen plaats rond persoonsgerichte zorg. Anno 2019 bleek er daardoor behoefte om de nieuwe inzichten een plaats te geven in een derde whitepaper.

Daarom heeft Vilans recente ontwikkelingen in relatie tot persoonsgerichte zorg in kaart gebracht. In grote lijnen bleken die:

- Behoeft e aan nieuwe manieren van beoordelen van integraal en persoonsgericht beleid en effect.
- Door technologische mogelijkheden verschuift de zorg steeds meer naar de pati ent thuis.

- Positieve gezondheid (ook meer oog voor zingeving).
- Samen beslissen.
- Persoonsgericht werken met het ondersteuningsplan.
- Regeldruk/registratielast en het leveren van persoonsgerichte zorg.
- Zorgkantoren/zorginkoop krijgen ook aandacht voor persoonsgerichte zorg.
- Door persoonsvolgend budget is de cliënt echt de baas over zijn zorg en ondersteuning.
- Persoonlijke gezondheidsomgeving, die de persoon in staat kan stellen regie over het zorgproces te nemen en zelfmanagement toe te passen.
- Aandacht voor de samenwerking met de omgeving wordt steeds belangrijker. Dat leidt tot waardegedreven zorg.
- Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben behoefte aan een integrale benadering vanuit zorg en sociaal domein.
- Het aantal mensen stijgt met het gevoel onvoldoende regie te hebben over het eigen leven.

Vervolgens kozen wij twee onderwerpen waarvan we verwachten dat ze gaan bijdragen aan passende oplossingsrichtingen voor de praktijk en vragen oproepen over hoe dat goed te doen, niet helemaal toevallig twee speerpunten in het kennisbeleid van Vilans:

- Digitalisering in relatie tot het leveren van persoonsgerichte zorg;
- Integrale zorg in relatie tot persoonsgericht werken.

Wij organiseerden twee bijeenkomsten om de vragen rondom beide speerpunten inzichtelijk te maken en op zoek te gaan naar kansen en oplossingsrichtingen. In deze publicatie geven we de bevindingen daarvan weer. We willen hiermee bestuurders en beleidsmedewerkers van organisaties in de langdurende zorg inzicht geven en inspireren om hiermee aan de slag te gaan en op zoek te gaan naar wat dit voor de zorgorganisatie kan betekenen.

Verder omarmden wij in 2019 het 'What Matters to You-initiatief', omdat wij vanuit onze visie op persoonsgerichte zorg eraan willen bijdragen dat kwaliteit van zorg betekent dat men ook aandacht besteedt aan de persoonlijke zorgen en behoeften van mensen. De vraag 'Wat vindt u belangrijk' moet volgens ons altijd worden gesteld. Om dat gedachtegoed concreter te maken hebben we in 2019 de verhalenwedstrijd 'Geluksmomenten' uitgeschreven. We vroegen medewerkers en cliënten hun geluksmomenten in te sturen. Dat leverde een karrenvracht aan reacties op. Zoveel zelfs dat we er een aparte publicatie van konden maken: 'Oma, proef eens'. In deze publicatie vindt u als intermezzo één van de verhalen.

Wij hopen dat onze bevindingen u helpen bij het maken van goede afwegingen bij het verder ontwikkelen van persoonsgerichte zorg en vinden van passende oplossingsrichtingen. Juist in deze tijd van Covid-19 kunnen innovatieve oplossingen misschien sneller tot stand komen en harder nodig zijn dan ooit. Omdat uw cliënten daarmee zoveel beter af zijn.

Tot slot danken wij de deelnemers aan de bijeenkomsten. Hun bijdragen en inzichten waren voor ons zeer waardevol en bruikbaar.

## 2. Digitale transformatie

**Uitdagingen in de zorg zoals een groeiend aantal mensen met een zorgvraag, toenemende complexiteit van zorg en de krimpende arbeidsmarkt vragen om een nieuwe manier van werken, waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor technologie en de persoonlijke situatie van mensen centraal staat. Maar hoe gaan digitale transformatie van zorg en persoonsgericht werken samen? We zien kansen, maar ook spanningsvelden.**

Tijdens de coronapandemie heeft een aantal technologische innovaties stilgestaan of niet de impuls gekregen die ze onder normale omstandigheden hadden gekregen, bijvoorbeeld omdat de mensen die betrokken zijn bij innovatie niet in het verpleeghuis konden komen of omdat betrokkenen even wat anders aan hun hoofd hebben. Dan is de behoefte aan ondersteunende technologie er wel, maar ontbreekt het aan een veilige manier om dit te realiseren of simpelweg aan tijd om hier mee aan de slag te gaan. De coronacrisis kan de ontwikkeling en implementatie van technologie dus in de weg staan.

Tegelijkertijd zijn zaken waarbij technologie een ondersteunende rol kan spelen tijdens de coronacrisis nog meer opportuun geworden. Zorg op afstand leveren door te beeldbellen, tijdbesparende middelen zoals een medicijndispenser inzetten, via bewegingssensoren inzicht krijgen in de leefstijl van thuiswonende ouderen en dagstructuur bieden door middel van sociale robots. Een hoop technologische middelen waren al voorhanden, maar de plotselinge omschakeling naar een 1,5 meter samenleving heeft geleid tot een grotere vraag naar technologie, en een enorme boost in het gebruik van oplossingen zoals beeldbellen. De coronapandemie kan de digitale transformatie van zorg dus ook versnellen. Juist nu kwetsbare mensen nóg kwetsbaarder zijn door corona.

Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), uitgevoerd door het RIVM, blijkt dat het goed gaat met de volksgezondheid in Nederland.<sup>1</sup> We worden steeds ouder en de meeste mensen voelen zich gezond en niet beperkt in hun dagelijks leven. Toch staat de gezondheidszorg voor een aantal grote uitdagingen, ook los van de coronacrisis. Het aantal ouderen neemt door de vergrijzing toe en zij wonen vaker alleen en zelfstandig. Ook het aantal mensen met chronische aandoeningen neemt toe en verschillende aandoeningen komen vaker tegelijkertijd voor. Hierdoor wordt de zorg in de toekomst steeds complexer en tegelijkertijd zijn de beschikbare middelen schaars en lopen de personele tekorten sterk op. Met deze uitdagingen in het vooruitzicht begrijpen we dat huidige gezondheidszorgmodellen niet duurzaam zijn. De

---

<sup>1</sup> <https://www.rivm.nl/volksgezondheid-toekomst-verkenning-vtv>

opgaven waar we samen voor staan vragen om een nieuwe manier van werken. Hierbij staat de persoonlijke situatie van mensen centraal en is een belangrijke rol weggelegd voor digitalisering, eHealth, zorgtechnologie en data.

Maar hoe gaan al deze ontwikkelingen samen? Welke kansen biedt de digitale transformatie van zorg voor het centraal stellen van de persoon achter de cliënt? En kan technologie persoonsgericht werken ook in de weg staan?

## Digitale transformatie

Digitale transformatie wordt vaak gezien als oplossing voor de uitdagingen waar zorgorganisaties voor staan. Digitale transformatie is het proces van organisaties (en van de mensen in deze organisaties) om de kansen, verwachtingen en mogelijkheden van de toenemende digitalisering in te zetten om de stap te maken naar een (meer) digitaal georiënteerde en wendbare organisatie, waar de cliënt centraal staat gedurende de gehele cliëntreis en waardoor de organisatie een (duurzame) bijdrage kan leveren aan mens en maatschappij.<sup>2</sup> Door inzet van technologie zou men tegemoet kunnen komen aan de toenemende zorgvraag en krimpende arbeidsmarkt op een manier die recht doet aan de persoonlijke situatie van de cliënt. Belangrijk hierbij is dat de digitale transformatie om meer gaat dan enkel de inzet van technologie. Het gaat om hoe je een organisatie wordt waarbij de cliënt centraal staat en digitaal de norm is.<sup>3</sup>

Termen als digitale transformatie, digitalisering en technologie worden vaak - ook in deze publicatie - door elkaar gebruikt en hebben veel overlap, maar zijn niet hetzelfde. De term technologie verwijst naar een systeem, gebaseerd op de toepassing van kennis, dat tot uiting komt in fysieke objecten en organisatievormen, bedoeld om specifieke doelen te bereiken. Vuursteen was bijvoorbeeld de eerste technologie die het mogelijk maakte om naar believen vuur te maken en het schrift was de eerste technologie waarmee een boodschap grafisch kon worden vastgelegd en over een afstand (in plaats en tijd) kon worden vervoerd. Technologie is dan ook een breed begrip, al wordt het in de context van zorg meestal gebruikt om te verwijzen naar moderne systemen en apparaten zoals informatiesystemen, camera's, sensoren en robots. Digitalisering verwijst naar de overgang van informatie naar een digitale vorm, waarmee het kan worden gebruikt door elektronische apparaten zoals computers. De term kan betrekking hebben op de gegevens zelf, op de bijbehorende procedures of op de samenleving in het algemeen. Sterk daarmee samenhangend zijn bijvoorbeeld weer termen als 'dataficering' en 'big data', die tegenwoordig ook steeds vaker worden gebruikt. Dataficering betekent dat steeds meer gebeurtenissen,

---

<sup>2</sup> <https://www.upstream.nl/digitale-transformatie/wat-is-digitale-transformatie/>

<sup>3</sup> <https://www.actiz.nl/nieuws/actiz-visie-digitaal-denken-en-doen-gepubliceerd>



objecten, processen en mensen op een nieuwe manier zichtbaar, kenbaar en deelbaar worden gemaakt. Big data verwijst naar de toenemende mogelijkheden om de enorme hoeveelheid data die afkomstig zijn van het web, miljarden telefoons, sensoren en een enorme reeks andere bronnen aan elkaar te relateren om nieuwe patronen te zoeken en inzichten te verkrijgen. Deze inzichten kunnen beschrijvend, diagnostisch, voorspellend of prescriptief van aard zijn.<sup>4</sup> Ook heeft men het steeds vaker over het Internet of things (Iot), kunstmatige intelligentie (artificial intelligence of AI) en ga zo maar door.

Er zijn op dit gebied dus allerlei termen die sterk met elkaar samenhangen, maar niet hetzelfde betekenen. Welke termen het meest geschikt zijn, hangt af van de toepassing, de context en de boodschap die men wil overbrengen. Het is goed om bewuste keuzes te maken bij het gebruik van deze termen en om er waakzaam voor te zijn dat anderen zulke termen niet altijd helemaal correct toepassen.

In dit hoofdstuk gaan wij in op een aantal voorbeelden van datagedreven zorg en de relatie met persoonsgerichte zorg. We gebruiken hierbij de term 'datagedreven zorg' omdat het zinvolle gebruik van 'data' centraal staat bij deze verbeteringen in de zorg. Logischerwijs spelen de hierboven besproken termen hierbij ook een rol. Aan de hand van deze voorbeelden laten wij zien hoe de digitale transformatie kansen oplevert voor persoonsgerichte zorg, maar dat er ook spanningsvelden zijn.

## Kansen en uitdagingen

De verwachting is dat de digitale transformatie bijdraagt aan persoonsgericht werken. Brancheorganisatie ActiZ stelt in haar visie 'Digitaal denken en doen 2019-2022' dat digitale transformatie veel meer is dan een aanjager voor efficiëntie, bedoeld om de betaalbaarheid van de zorg te borgen, de groeiende zorgvraag in te kunnen vullen en het oplopende arbeidstekort te lijf te gaan:<sup>5</sup> *Het is vooral ook een belangrijk middel om de cliënt zijn zelfstandigheid te laten houden en daarbij benodigde zorg optimaal in te richten. Het biedt geweldige mogelijkheden om de zorg op een andere manier aan te bieden, de capaciteit van zorgverleners veel gerichter in te zetten, cliënten zelf het stuur op hun leven te laten houden en een netwerk van formele en informele zorg soepel om de cliënten heen te organiseren.*

Zorgorganisaties zien technologie steeds vaker als oplossing voor ervaren uitdagingen en kansen op het gebied van kwaliteit van zorg, personeel en

---

<sup>4</sup> Mayer-Schönberger, V., & Cukier, K. (2013). *Big data: A revolution that will transform how we live, work, and think*. Houghton Mifflin Harcourt.

<sup>5</sup> <https://www.actiz.nl/informatisering/ambitie-informatisering/visie-digitaal-denken-en-doen-2019-2022>



financiën. Door de geleidelijke digitalisering en dataficering van de zorg en maatschappij zien we ook dat zorgorganisaties, overheden en commerciële partijen het gebruik van 'data' als een van de belangrijkste elementen beschouwen om verbeteringen in de gezondheidszorg te realiseren. Het snelle tempo van technologische veranderingen leidt tot veel enthousiasme en forse investeringen vanuit zorgorganisaties en verbeterprogramma's. Tegelijkertijd zet het ook aan tot nadenken over de manier waarop de digitale transformatie persoonsgericht werken in de zorg versterkt, en niet ondermijnt.

Met een reeks artikelen brachten wij in beeld hoe de ontwikkeling naar data-gedreven zorg vorm krijgt in de langdurende zorg in Nederland.<sup>6</sup> Maar we zagen ook dat de digitale transformatie leidt tot nieuwe uitdagingen en dilemma's op het gebied van persoonsgerichte zorg. Op basis van de voorgenoemde verkenning plaatsen we hieronder een paar kanttekeningen bij de rol van technologie bij het leveren van goede zorg, bekeken door de bril van persoonsgericht werken. Hiervoor gebruiken we drie voorbeelden.

## Voorbeeld 1 - Zorg afstemmen op patronen en uitschieters in data

### Hoe krijg je de persoon achter de cliënt in beeld?

Wanneer je het ritme van cliënten kent of weet hoe zij zich meestal gedragen, dan kun je de zorgverlening daarop afstemmen.

### Hoe kan de digitale transformatie helpen?

Data kan inzicht geven in het gedrag, het welzijn en de zorgvraag van een cliënt. Zorgverleners kunnen zo ook tijdig worden geïnformeerd over afwijkingen en dan actie ondernemen. Deze data ontstaan niet zomaar, maar worden verzameld via technologische meetinstrumenten en digitaal rapporteren door zorgverleners. Domoticasystemen zoals sensornetwerken of camera's met beeldinterpretatie genereren bijvoorbeeld allerlei objectieve data waaruit relevante patronen kunnen worden afgeleid. Bij leefstijlmonitoring wordt op basis van sensoren in huis gemonitord hoe een cliënt zich door de ruimte beweegt, of de koelkast gebruikt wordt en of iemand 's nachts dwaalt of vaker dan normaal het toilet gebruikt.

Een voorbeeld van subjectieve, door mensen gerapporteerde data, waaruit relevante inzichten kunnen worden afgeleid, is de sentimentanalyse op basis van dagrapportages, zoals toegepast bij ouderenzorgorganisatie Oktober. Door taalanalyse wordt een cijfer tussen de 0 en 10 gegeven aan iedere

---

<sup>6</sup> <https://www.vilans.nl/projecten/datagedreven-zorg>

dagrapportage, wat aangeeft hoe positief of negatief er die dag over de cliënt is gerapporteerd. Over langere tijd ontstaat er een gemiddeld cijfer per cliënt en worden uitschieters in het (dagelijkse) sentiment sneller zichtbaar. Zo wordt in een oogopslag zichtbaar bij welke cliënten nadere analyse van de dagrapportage of andere informatie prioriteit mag krijgen; welke cliënt mogelijk extra aandacht nodig heeft.

Objectieve en subjectieve data worden zodoende in toenemende mate benut om van te leren, zowel door mensen als door technologie. Zorgverleners worden zo voorzien van meer objectieve informatie die zij kunnen meenemen in hun beslissingen. En technologische toepassingen zoals domotica worden zo steeds beter getraind om subtiele veranderingen te detecteren en relevante patronen over de lange termijn inzichtelijk te maken. Door historische data van één of meer cliënten te vergelijken met data over een cliënt die bijna real-time wordt gegenereerd (bijvoorbeeld via sensoren), kunnen systemen leren herkennen wat 'normaal' gedrag is bij een individuele cliënt en/of bij een aandoening als dementie. Daarbij kunnen de systemen tijdig waarschuwen wanneer er bij een individuele cliënt relevante afwijkingen zijn.

### Wat is randvoorwaardelijk?

Terwijl de technologie zich gestaag doorontwikkelt en steeds beter aansluit bij de behoeften vanuit de praktijk, willen we bij deze ontwikkeling de kanttekening plaatsen dat er een hoge mate van complexiteit gepaard gaat met wat als 'normaal' en wat als 'afwijking' kan worden beschouwd. Het is essentieel om hier vanuit de praktijk rekening mee te houden. Verschillende cliënten binnen een groep hebben vaak vergelijkbare kenmerken en problematiek; technologie en 'big data' kunnen helpen om normaal-patronen, gemiddeldes en afwijkingen vast te stellen. Maar iedere cliënt is uniek. Het kan dus zo zijn dat een 'normaal' en de afwijkingen daarvan op basis van data-analyse moeilijk te duiden zijn. Bij ouderen met multimorbiditeit weten we bijvoorbeeld dat er een enorme diversiteit is in hoe iemand reageert op bepaalde behandelingen of medicatie, afhankelijk van de verschillende (chronische) aandoeningen die zij hebben. Het is dan moeilijk uitspraken te doen over de 'normaal' bij een bepaalde aandoening.

Onze aanbeveling is dan ook om je als zorgmedewerker bewust te zijn van de normen en gemiddelden die - vaak door anderen of door de technologie - worden berekend en toegepast door gebruik te maken van data en algoritmes. Het is goed om kritisch te (blijven) overwegen in hoeverre deze aansluiten bij de cliënt. Er kan een nieuw 'normaal' ontstaan waaraan bepaalde cliënten niet (kunnen) voldoen. Blijf dus uitgaan van het individu: wat is zijn of haar normaal'?

## Voorbeeld 2 - De cliënt leren kennen met behulp van data én een goed gesprek

### Hoe krijg je de persoon achter de cliënt in beeld?

Om persoonsgericht te werken, moet je de persoon aan wie je zorg verleent kennen en zien als uniek persoon. Vervolgens kun je daarop afstemmen. Dit is echter niet vanzelfsprekend. In de langdurige zorg hebben veel cliënten moeite om (verbaal) te uiten hoe zij zich voelen. Wanneer signalen van spanningsopbouw, machteloosheid, pijn, verveling en frustratie gemist worden, kan dat resulteren in probleemgedrag.

Verschillende zorgorganisaties onderzoeken daarom hoe zij met behulp van technologie objectief inzichtelijk kunnen maken hoe een cliënt zich voelt.<sup>7</sup> Zo bestaan er bijvoorbeeld applicaties waarmee het stressniveau van een cliënt wordt gemeten en waarmee tijdiger inzichtelijk kan worden gemaakt dat de stress oploopt. Via sensoren die bijvoorbeeld hartslag, temperatuur, huidgeleiding, activiteit, gezichts- en spraakuitdrukkingen van cliënten vastleggen, kan data worden verzameld waaruit patronen worden afgeleid die duiden op bepaalde gevoelens. Door middel van technologie en data krijgen zorgmedewerkers en/of cliënten zo inzicht in de spanningsopbouw en kunnen zij eerder ingrijpen, zodat vervelende situaties worden voorkomen. Dit is een van de vele positieve voorbeelden van technologie die wordt ingezet met de hoop dat de zorgverlening meer kan aansluiten bij de (onuitgesproken) behoeften van de cliënt.

### Wat is randvoorwaardelijk?

De kanttekening die we hier willen plaatsen, is dat het belangrijk is om niet alleen, en niet te snel, af te gaan op de data en inzichten die uit technologische toepassingen naar voren komen. De zorg afstemmen op de persoon, betekent namelijk dat je weet wat een cliënt belangrijk vindt en wat zijn of haar gewoontes en behoeften zijn. Onze aanbeveling is om technologie en de verzameling en analyse van (objectieve) data als een mogelijke ondersteuning te zien bij het bieden van persoonsgerichte zorg, maar om dit altijd in de context van het leven van de cliënt te zien.

Een mooi voorbeeld kwam van één van onze Vilans-collega's. Haar oma had dementie en toen zij in een verpleeghuis ging wonen, was ze 's nachts vaak onrustig. Uiteindelijk deden de zorgmedewerkers navraag bij de familie en bleek

---

<sup>7</sup> <https://www.vilans.nl/artikelen/emotieradar-en-stress-meten-de-client-leren-kennen-met-data>

dat oma al haar hele leven lang sokken aanhield in bed. Zodra de zorgmedewerkers dit wisten, kreeg oma 's nachts weer sokken aan en sliep zij rustig door. Technologie had hier een helpende hand kunnen bieden, maar niet de hele oplossing. Data vanuit sensoren hadden er mogelijk in een eerder stadium voor kunnen zorgen dat de onrust in de nacht werd opgemerkt door het zorgpersoneel, maar door in gesprek te gaan met familie en kennis op te doen over een gewoonte die iemand een leven lang heeft gehad, haalden de zorgmedewerkers nieuwe (essentiële) informatie op en vonden zij de oplossing.

Gelukkig lijken organisaties zich bij het voorbeeld van stress meten bewust te zijn van de mogelijkheden én grenzen van data. Ze zien de techniek hooguit als hulpmiddel die een deel van de puzzel kan helpen leggen. Wanneer cliënten niet of beperkt in staat zijn om aan te geven hoe zij zich voelen en dus niet kunnen helpen begrijpen in hoeverre de data en technologie het bij het juiste eind hebben, worden ook familie, gedragsdeskundigen, persoonlijk begeleiders en andere experts met inhoudelijke kennis over de cliënt en diens problematiek nauw betrokken bij het analyseren en duiden van de data. We hopen dat andere organisaties die met dit soort ontwikkelingen aan de slag gaan hier een voorbeeld aan nemen.

## Voorbeeld 3 - Data en intelligente technologie als sterkere basis voor samen beslissen

### Hoe krijg je de persoon achter de cliënt in beeld?

Cliëntendossiers ondersteunen zorgmedewerkers onder meer bij het maken van en houden aan afspraken die al dan niet samen met cliënten en naasten gemaakt worden. Dit is belangrijk voor het bieden van persoonsgerichte zorg, omdat hierin vastgelegd is wat voor cliënten belangrijk is in de zorgverlening en zijn of haar welzijn. Soms bevat het ook meer achtergrond zoals een levensverhaal. Een dossier is dus zowel een middel voor zorgmedewerkers om de (benodigde) zorg te registreren en onderlinge afspraken vast te leggen, als voor de cliënt en mantelzorger om op de hoogte te blijven en mee te beslissen.

### Hoe kan de digitale transformatie helpen?

Het bijhouden van cliëntendossiers, die bij de meest zorgorganisatie elektronisch zijn (ECD's), kan wel een behoorlijke belasting zijn voor zorgmedewerkers. Er wordt dan ook gezocht naar manieren om het gemakkelijker te maken, bijvoorbeeld door spraak-naar-tekst toepassingen in te zetten zodat een zorgprofessional kan rapporteren door dit in te spreken in plaats van te typen. Een andere voorbeeld is dat op basis van kunstmatige intelligentie (AI, artificial

intelligence) bepaalde registratietaken (deels) worden geautomatiseerd. Er bestaan bijvoorbeeld al tools die op basis van dagrapportages van een cliënt automatische suggesties doen voor relevante aandachtsgebieden die mogelijk over het hoofd worden gezien, of die tijdens het rapporteren woordsuggesties geven van medische terminologie. Zulke “slimme” technologie zal steeds meer een proactieve rol spelen bij het klinisch redeneren en kan zorgmedewerkers ondersteunen bij beslissingen over de behandeling en verzorging van cliënten.

Zulke technologische toepassingen die met zorgverleners ‘meedenken’ over de benodigde zorg of bepaalde (registratie)taken uit handen nemen worden ook steeds geavanceerder. Al wordt vaak immers beter naarmate je het meer toepast, want het leert (op basis van data) hoe het zichzelf kan verbeteren. Het is dan ook aannemelijk dat zulke technologieën de komende jaren in rap tempo onderdeel worden van de reguliere werkprocessen van zorgorganisaties. Maar ook hierbij kunnen kanttekeningen worden geplaatst. Zo is het belangrijk dat zorgprofessionals zelf kritisch (blijven) overwegen of en in hoeverre ze suggesties van het systeem moeten overnemen; ze moeten data en de uitkomsten van AI serieus nemen, maar ook hun gevoel laten spreken en bovendien cliënten en naasten de kans geven om mee te denken.

Cliëntendossiers zijn steeds vaker digitaal toegankelijk voor cliënten en hun naasten. Zo kan direct met hen gecommuniceerd worden en zijn naasten sneller en gemakkelijker op de hoogte van wat er speelt. Cliënten en naasten moeten hierbij tot op zekere hoogte begrijpen wat er in een dossier staat en hoe bepaalde beslissingen tot stand komen, ook als deze worden gedreven door ingewikkelde AI-toepassingen waar de uitkomsten niet (of niet geheel) van kunnen worden verklaard. De cliënt moet dus niet alleen eigenaar blijven van zijn of haar eigen informatie, maar ook daadwerkelijk inspraak blijven houden over hoe deze informatie tot stand komt én wordt benut. Dat betekent ten eerste dat een zorgprofessional niet zomaar beslissingen neemt over het leven van een cliënt, maar dat er samen beslist wordt. En ten tweede dat technologie niet zomaar - op basis van data - beslissingen neemt voor de cliënt of zorgprofessional, maar als hulpmiddel bij beslissingen wordt gezien.

In het project ‘Samen beslissen met behulp van uitkomstinformatie’ worden data verzameld in een aantal ziekenhuizen, door geriatrische patiënten en hun naasten een vragenlijst in te laten vullen. Hierin wordt onder andere gevraagd naar het dagelijks functioneren, maar ook naar de ervaren kwaliteit van leven. Door dit meerdere keren over de tijd in te laten vullen, wordt inzichtelijk of behandelingen effect hebben gehad. Hiermee wordt ook een database gevuld met informatie over patiënten met multimorbiditeit. Alhoewel deze informatie is interessant voor onderzoekers en managers, merkt de patiënt er niet zoveel van. Daarom wordt de informatie uit de vragenlijsten en de database in dit project ook gebruikt in het gesprek met de patiënt en naaste.

De zorgmedewerker kan de data gebruiken om voorafgaand aan het gesprek al meer informatie te hebben over de situatie van de patiënt en zo aanknopingspunten vinden voor relevante bespreekpunten. Hierbij blijft het belangrijk om in het gesprek na te gaan wat er aan de hand is als er opvallende scores uit komen en mee te nemen wat voor iemand belangrijk is en persoonlijke doelen zijn. De data vormt op deze manier vooral een basis om een gesprek aan te gaan. Want uiteindelijk is de kern van het samen beslissen om de patiënt inzicht te geven in verschillende mogelijkheden, en om samen tot gewogen beslissingen te komen op basis van wat voor iemand belangrijk is in zijn of haar leven.

### Wat is randvoorwaardelijk?

Data laten veel zien en slimme toepassingen (op basis van AI) gaan ook steeds meer met zorgmedewerkers meedenken, maar om zorg af te stemmen op de individuele mens, moet je deze persoon kennen. Om data te duiden heb je context nodig. Met data kun je bijvoorbeeld niet - of onvoldoende - inzichtelijk maken wat voor een persoon echt belangrijk is in het leven, wat kwaliteit van leven voor deze individu betekent, wat zijn of haar normen en waarden zijn en wat zingeving biedt, welke doelen de persoon nog wil bereiken of wat zijn of haar gewoontes zijn (of waren). Juist door hier op af te stemmen, wordt zorg persoonsgericht. Onze aanbeveling is daarom om data en de inzet van slimme technologie altijd samen met het gesprek met de cliënt en naasten te laten gaan. We begrijpen dat dit voor veel lezers een open deur is, maar het kan niet vaak genoeg worden benadrukt.

## Positief-kritische houding

In dit hoofdstuk hebben we geschetst waar persoonsgericht werken om gaat, wat de digitale transformatie kan betekenen voor persoonsgericht werken, en welke kanttekeningen hierbij te plaatsen zijn. De genoemde voorbeelden en kanttekeningen dienen slechts als illustraties waarmee we willen laten zien dat het waardevol is om door de bril van persoonsgericht werken positief én kritisch naar de digitale transformatie te kijken. We pleiten niet zozeer voor of tegen de besproken voorbeelden, maar willen laten zien dat er vrijwel altijd een spanningsveld is tussen persoonsgerichte en technologie-ondersteunde zorg. Hierin moet continu worden gezocht naar de juiste balans.

Vilans staat positief tegenover de digitale transformatie en ontwikkelingen op het gebied van datagedreven zorg en kunstmatige intelligentie. We zetten deze termen echter ook graag een beetje onder druk, want datagedreven zorg kan bijvoorbeeld suggereren dat technologie en data leidend zijn, terwijl het hooguit ondersteunende middelen zijn voor de cliënt en zorgverlener. En de term AI roept bij veel mensen het idee op dat zij intelligente taken van mensen overneemt, terwijl wij geloven dat het juist de intelligentie van mensen kan ondersteunen en verhogen (augmented intelligence).



# Intermezzo: een wijze les

Als ze zachtjes begint te **huilen** en dwingend zegt dat ze de ziekte Alzheimer niet kan ervaren, dat ze gewoon naar huis wil, begint de medecliënt met dementie tegen haar te praten.

‘Weet je, als je te veel probeert te denken dan word je tureluurs. Je kan er niet tegen vechten, je moet het accepteren. Onze familie en de zusters hier, die vullen de **lege gaten** in je hoofd. Die helpen je onthouden wat je zelf zou vergeten zoals afspraken en zo. Het heeft geen nut het op een briefje te schrijven want gegarandeerd dat je dat briefje kwijt raakt.

En één advies: lees geen boeken; zit je net lekker te lezen, weet je opeens niet meer wie Piet is, moet je dat helemaal terug opzoeken en dan ben je het verhaal **weer kwijt**.

En als je buiten loopt en je ziet de bloemen en de planten, dan moet je jezelf niet afvragen hoe je ze ook alweer noemde, want die namen ben je kwijt. Daar zitten gaten in je hoofd. Maar wat je wel kan doen, is de bloem zelf bekijken, de kleuren, de vorm. **Geniet** van de groene planten met rode besjes, geniet van de blauwe lucht en de zon. Voor de maatschappij ben je afgeschreven, je bent niet meer van nut. Maar je kan nog wel genieten’.

Als de medecliënt ziet dat de tranen over mijn wangen lopen en ik hem vraag of ik hem even een **knuffel** mag geven, zegt hij: ‘Ja Maaike, het is zo, ik kan het niet mooier maken. Maar jij bent lief. Jij stelt ons als individu boven alles, jij praat met ons, jij zorgt voor de **vrolijke noot**, jij zorgt met je hart voor ons.’

Ik ben nog steeds een beetje van slag. Wat is het toch een vreselijke ziekte. In zijn verhaal zit zoveel emotie, verdriet, maar ook positiviteit. Een inspirerende **levenswijsheid**, pijnlijk maar ook mooi. Een wijze les voor iedereen.

Maaike Stroband stuurde dit verhaal in voor de verhalenwedstrijd Geluismomenten van Vilans in 2019.

De oproep voor goede voorbeelden en bijzondere geluismomenten leverde meer dan 70 verhalen op. Die zijn gebundeld in het boekje *Oma proef eens*.

Het boekje is in te zien op de [website](#) van Vilans. Fysieke exemplaren zijn te bestellen in de [webshop](#) van Vilans.

# 3. Integraal werken: zorg en sociaal domein

De coronapandemie heeft ons in korte tijd laten zien hoe belangrijk integrale samenwerking in de zorg en sociaal domein is. Denk bijvoorbeeld aan afstemming tussen huisartsenpraktijken, sociale wijkteams, ziekenhuizen en zorgorganisaties. Bijvoorbeeld over hoe je omgaat met cliënten met corona die woonachtig zijn in instellingen van ouderen- of gehandicaptenzorg of gebruik maken van dagbesteding. Of aan eenzaamheid die ontstaat ten gevolge van de lockdown maatregelen en die alle domeinen treft.

Zeker in tijden van COVID-19 wordt het steeds ingewikkelder om kwetsbare mensen en hun naasten goede zorg en ondersteuning te bieden die aansluit bij hun leefwereld. Dit is allang geen exclusieve zaak meer voor individuele zorgverleners en organisaties. Goede, passende oplossingen vragen om een integrale aanpak met verbinding tussen zorg en sociaal domein. Zes managers en bestuurders uit verschillende sectoren kwamen in 2019 - dus voor de corona crisis - bij elkaar om de uitdagingen te verkennen en hun toekomstvisie te delen. Wat komen we tegen in de praktijk en wat staat ons de komende twee jaar te doen? Dat zijn kort gezegd de vragen waar zij een antwoord op gaven. Een weergave van hun bevindingen.

Deelnemers:

- Karin Veltstra, bestuurder Vivantes (ouderenzorg)
- Linda Jansman, regiomanager Estinea (gehandicaptenzorg)
- Christa Hoogenveen, projectleider en beleidsregisseur Amersfoort (gemeente)
- Bert Ramakers, bestuurder Ophovenerhof (gehandicaptenzorg)
- Jean Takken, bestuurder Coöperatie voor Integrale Huisartsenzorg Nijmegen (huisartsenzorg)
- Bert Moorman, bestuurder Domesta (woningcorporatie)
- Jeanny Engels (Vilans)
- Nick Zonneveld (Vilans)

## Uitdagingen in de praktijk

### Wat zie jij als grootste uitdaging?

Karin Veltstra: 'Ik wil persoonsgerichte zorg verder invullen door onze medewerkers alleen die zorg en ondersteuning te laten bieden die nodig is, aanvullend op wat een bewoner zelf nog kan. Dit geldt ook voor onze ondersteunende diensten. Hoe ontzorgen zij onze zorg? Daarnaast willen we ons netwerk en de samenwerking zo opbouwen en uitbouwen dat de juiste zorg op de juiste plek terechtkomt bij de mensen die dit het meest nodig hebben. Dus ook: wat doen we niet meer?'

Linda Jansman: 'Ik wil het geluk bevorderen voor onze cliënten en bewoners, en ook het werkplezier van onze medewerkers. Dat alles willen we samen doen. Dus inspraak op veel manieren voor de cliënten, onder andere door ervaringsdeskundigheid in te zetten. Medewerkers inspireren tot persoonlijk leiderschap; waar sta jij voor? Als professional, als vader of moeder, als echtgenoot, als mantelzorger of als buurtbewoner. Geluk staat voor positieve gezondheid. Ieder mens heeft zijn talent. Hoe komen we daarachter, ook bij de mens die dat niet zo goed kan verwoorden. Meegaan in en aanpassen aan de technologie vraagt een extra inspanning om het tot je te nemen en het vervolgens ook leuk te gaan vinden. Hierin trekken we graag op het met onderwijs.'

Christa Hoogenveen: 'Als ik nadenk over de opgaven voor mijn gemeente, dan denk ik aan lokale hulpbronnen over de schotten heen (ken je gemeente en je wijk), meer verbinding tussen informele en formele zorg (dat faciliteren en daar randvoorwaarden voor creëren) en betaalbaarheid. Maar ook: hoe kun je een opgaven bij meerdere aanbieders beleggen en toch voortgang boeken, wat moet je dan regelen?'

Bert Ramakers: 'We zijn nu groot genoeg om klein te blijven, maar hoe blijf ik klein? Echt persoonlijk, op maat voor cliënt, familie en personeel? Hoe houd ik de administratieve tsunami in bedwang? Waar vind ik gepassioneerd personeel? Waar vind ik organisaties die écht willen samenwerken? En hoe houd ik tijd over voor mijn plannen?'

Jean Takken: 'Ik wil alle 250 bij ons aangesloten huisartsen laten ervaren dat de problemen waar zij en hun patiënten tegenaan lopen vaak beter in een regionale samenwerking kunnen worden opgelost dan in de eigen praktijk. Van 'individuele autonomie' naar 'gezamenlijke regionale autonomie'. De meeste andere partijen werken op een grotere schaal dan individuele huisartsenpraktijken, dus kun je van hen niet verwachten dat ze zelf die samenwerking organiseren.'

Bert Moorman: 'Als ik nadenk over de opgaven voor mijn organisatie dan denk ik dat we in meerderheid alleen nog maar mensen moeten huisvesten met weinig geld, met schulden, die laaggeletterd zijn, een zorgvraag hebben (op het gebied van ggz, lvb of dementie) en overdag thuis zijn. Hoe krijgen we alle domeinen gericht aan het werk zonder dat de huurder er nog zieker van wordt?'

### Welke ideeën hebben we om de belangrijkste uitdaging aan te pakken?

#### **Bart Ramakers**

*Als ik kijk naar de opgave 'Geluk van cliënten'...*

'Dan ga ik dat vanuit mijn eigen organisatie de komende twee jaar aanpakken door te kijken en te luisteren wat er echt nodig is en vandaaruit te gaan faciliteren. Hierbij moet de noodzakelijke zorg uitgangspunt zijn en niet de financiële middelen. We moeten weer gaan praten met mensen, de menselijke factor moet weer vertrekpunt worden, niet het geld.'

*Daar heb ik voor nodig...*

'Ruimte en vertrouwen. Geen onnodige administratieve afvinkprocedures, geen protocollen gebaseerd op wantrouwen om te controleren op het controleren. Bewustwording van bestuurders en andere beleidsmakers, het gaat om mensen! Alleen al van de door ons gebruikte terminologie spreekt weinig respect (productieafspraken, af- en aanvoer). Wanneer we van een verzorgingsstaat overgaan in een participatiesysteem, geef ons dan ook de vrijheid en het vertrouwen dit in te vullen en ga niet onnodig willen meebepalen.'

*De aanpak is effectief omdat...*

'Ik door echt te luisteren en te kijken de zorg kan leveren op maat, niks te veel maar ook niks te weinig. Zorg waarbij mensen merken dat ze meetellen, er mogen zijn.'

#### **Bert Moorman**

*Als ik kijk naar de opgave 'Schaalgrootte'...*

'Dan ga ik dat vanuit mijn eigen organisatie de komende twee jaar aanpakken door samenwerking te zoeken met partijen in de wijk om formelere allianties te smeden om de opgaven op het gebied van wonen, welzijn en zorg aan te pakken.'

*Daar heb ik voor nodig...*

'Gedeelde urgentie van alle partijen en goede wil om de gezamenlijke en integrale inzet voor de bewoners van de wijk duurzaam te verbeteren.'

*Deze aanpak is effectief omdat...*

'De budgetten te krap zijn en de opgaven te divers en te groot om als individuele aanbieder een fatsoenlijke dienstverlening te bieden.'

### **Karin Veltstra**

*Als ik kijk naar de opgave ‘Schaalgrootte’...*

‘Dan ga ik dat vanuit mijn eigen organisatie de komende twee jaar aanpakken door het kennen van de sociale kaart. Het zorgvuldig doorverwijzen zodat de juiste zorg op de juiste plek terechtkomt. Het invullen en verder laden van de rol van onze organisatie in het gehele netwerk en als maatschappelijke partij binnen het gehele werkveld.’

*Daar heb ik voor nodig...*

‘Medewerkers met dezelfde ambitie en drive en goede samenwerkingsrelaties.’

*Deze aanpak is effectief omdat...*

‘We geen nieuwe structuren bouwen die administratieve lasten of kosten met zich meebrengen, maar we zorgen samen voor effectieve inzet van mensen en middelen.’

### **De overwegingen van ...**

Korte weergave van de discussie naar aanleiding van de ingevulde formulieren.

**Bert Moorman** vindt dat de wijk de maat moet zijn. Zorg en ondersteuning dichtbij, zonder schotten. Dat is een herkenbare schaal voor inwoners en aanbieders. Scheid het geld van de zorgvraag en regel op een hoger niveau dat je er goed uitkomt. Lukt dat niet? Dan heb je misschien geen bestaansrecht. Veel zorgvragen ontstaan doordat systemen niet goed werken. De regie moet dus liggen bij één organisatie in de wijk met een eigen bestuur. Een wijkonderneming, net als de supermarkt, die ervoor zorgt dat medewerkers hun werk kunnen doen en klanten tevreden zijn. In zo'n wijkonderneming kun je cultuur en gedeelde waarden makkelijker afdwingen dan in een samenwerking met verschillende maatschappelijke organisaties, simpelweg omdat de positie voor de cliënt duidelijker is en er geld verdiend moet worden. Ik zie welke vragen onze huismeesters krijgen, sommige gezinnen maken gebruik van acht zorgwetten. Het zou mooi zijn als er dan één aanspreekpunt is.

**Karin Veltstra** herkent dit maar ze is niet zo'n voorstander van één onderneming die de regie heeft. Zij voelt meer voor handelen vanuit de zorgvraag van de persoon en doorverwijzen naar de organisatie die de vraag het beste kan oppakken. Als je de productieprikkel weghaalt, kun je beter samenwerken, denken en handelen vanuit de zorgvraag. Het maakt dan niet uit wie het eerste aanspreekpunt is. Degene die gebeld wordt - wie dat ook is - moet de sociale kaart kennen en doorverwijzen naar de instantie die de klant het beste kan helpen. Organisaties moeten daarvoor een soort servicebalie hebben. Karin vindt dat de verbinding tussen wat je inkoopt en de menselijke maat verdwenen is, daarom werken we nu met afvinklijstjes. We gaan op zoek naar systemen om daar weer grip op te krijgen.

**Bert Ramakers** vindt dat je mensen niet zonder perspectief de deur uit kunt sturen. Je krijgt het anders via de achterdeur weer terug. Hij wil graag klein blijven en de menselijke maat bewaren. Hij kent alle cliënten, ouders en medewerkers bij naam en wil dat zo houden. Een zorgorganisatie ontleent haar bestaansrecht aan de mate waarin geluisterd wordt naar cliënten. Daar draait het om. Hij werkt samen met andere organisaties om goede zorg te bieden. Bij de een gaat het om een gedragskundige, bij de ander om het volgen van een cursus. Kan hij geen perspectief bieden? Dan verwijst hij door. Hij heeft vooral voldoende ruimte nodig om tussen de mensen te blijven staan. Geen kwaliteitssysteem met vinkjes, maar een systeem dat inspireert en motiveert. Bert wil de regie zo dicht mogelijk bij de cliënt brengen, dus op wijkniveau. Hij vindt dat we de zorg onmenselijk hebben gemaakt. Organisaties drijven af van waarvoor ze bedoeld zijn en zijn meer bezig met het winnen van aanbestedingen dan het bieden van goede zorg. Er is nog nooit een cliënt geweest die blij werd van een fusie van ziekenhuizen.

**Christa Hoogenveen** vraagt zich af hoe opdrachtgevers, financiers en gemeenten verder moeten. Hoe weten zij of de kleine organisaties goed genoeg zijn zonder die afvinklijstjes? Wat zij nodig heeft om te weten of het geld goed wordt besteed, is een organisatie die de juiste zorg en ondersteuning regelt zonder dat de cliënt daar extra last van heeft. Het probleem van ‘te veel aanbieders’ is dan ook opgelost. We moeten uitzoeken hoe we dat organiseren. Een andere belangrijke vraag is: wat is kwaliteit? Nu is de prikkel dat we een probleem moeten oplossen terwijl we de inspanning juist willen loskoppelen van het resultaat. Dus niet: is hij geweest? Maar: heeft het effect gehad dat hij geweest is? Als je regionaal wilt organiseren, moet je ook weten wat de regio wil. Je moet samen een plan hebben, elkaar kennen, elkaar durven aanspreken, elkaar dingen gunnen. Je moet veel meer collectieve afspraken maken, je verbinden aan doelgroepen, aan soorten opgaven. Hoe kom je tot een goede opdrachtformulering en hoe zorg je ervoor dat de juiste partners met jou meelopen? Wat moet je bij jezelf houden en wat niet? Wat wil je juist kwijt? Wat haar gaat helpen als ze over een week zou mogen beginnen: een juridisch medewerker (waar kan ik bewegen en waar moet ik op letten), wijkteams (wat zien zij, wat leeft er bij de klanten) en voldoende aanbieders.

**Jean Takken** zou de inkoop op regioniveau willen regelen en de uitvoering op wijkniveau. We moeten naar een betalende en een regisserende partij per regio voor zorg en welzijn. Dan heb je doorzetkracht. Per regio kunnen er dan verschillen zijn, maar we kunnen ook dingen van elkaar overnemen. Je hebt een integrale regisseur nodig met geld voor zorg en welzijn. Gemeenten hebben nu te veel verschillende samenwerkingsverbanden. Daar zit een grote uitdaging. Als niemand de baas is, wil iedereen zelf de baas zijn. Dat is jammer, dat is denken in belangen en daar schiet niemand wat mee op. Er zijn nu twee betalende partijen: gemeenten en zorgverzekeraars. Dat moet in één hand komen. Dan

hangt het niet meer af van de chemie tussen mensen, maar heb je een regisseur die bepaalt. Niemand heeft nu het overzicht, dus iedereen vaart zijn eigen route.

**Linda Jansman** vraagt zich af of je gebruik kunt maken van de mechanismen die er al zijn. Gemeentes steken bijvoorbeeld fors in op wijkcoaches. Bij die multidisciplinaire samenwerking is er meer onderlinge controle en houden professionals elkaar scherp (checks en balances tussen professionals). In Zweden zijn ze helemaal niet met dat resultaat bezig. Ze werken bijvoorbeeld vanuit data van woningcorporaties die ze wekelijks bij elkaar brengen. Er is een buurtwacht en veel afstemming met de politie. Data worden niet aan elkaar gekoppeld, maar in gesprekken met elkaar worden zaken gecombineerd en weet je waar problemen spelen. Zo ben je altijd dichtbij waar het gebeurt en sluit je aan bij de leefwereld van mensen met generalistische zorg en welzijn. Het zou goed zijn om bewoners daarbij te betrekken. Was het veilig de afgelopen maand? Waarom niet? Wat kun je zelf doen? Linda denkt dat de kwaliteit al veel meer bewaakt wordt als je de regie bij één wijkonderneming belegt. Dan wordt het proces vanuit verschillende disciplines aangejaagd en heb je samen de verantwoordelijkheid. Eenpitters kunnen vanuit hun discipline gewoon meedraaien in de wijkonderneming, het maak dan niet meer uit of je groot of klein bent.

## Domeinoverstijgend aan de slag: kansen en oplossingsrichtingen - reflectie door Vilans

### Kwetsbaarheid

Er zijn kwetsbare groepen in onze samenleving die de weg naar zorg en ondersteuning onvoldoende weten te vinden. De vragen die zij stellen zijn van velerlei aard. Het gaat vaak al lang niet meer over medische zaken alleen. Op 7 november '19 meldde Vilans dat 60 tot 70% van de vragen die aan de huisarts gesteld worden van sociaal maatschappelijk aard zijn en een andere, niet-medische oplossing vragen. 40% van de oudere patiënten die een Spoedeisende Hulp (SEH) bezoeken hebben geen medisch probleem. De urgentie is hoog. Kwetsbaarheid betekent niet per definitie dat er hulp geboden moet worden. Soms zijn mensen kwetsbaar omdat ze niet weten hoe ze hun problemen kunnen oplossen. Dat vraagt van zorgverleners meer aandacht voor wat mensen wél kunnen en welke talenten ze bezitten. Meer aansluiten op en stimuleren van wat mensen zelf nog kunnen (*reablement*). Hoe willen zij dat problemen worden aangepakt? Wat helpt volgens hen echt goed? Het samenwerken met ervaringsdeskundigen bijvoorbeeld komt nog maar mondjesmaat van de grond. Terwijl juist die samenwerking nieuw inzicht kan geven in wat voor mensen belangrijk is om hun problemen te kunnen oplossen. Ze kunnen zelfs met de beste eigen ideeën komen. Als ze maar gehoord worden. Willen we ons laten



verrassen en staan we open voor hun ideeën? Weten we ook hoe we dat op een goede manier kunnen doen bij kwetsbare mensen? Ze zijn gemiddeld genomen niet zo voor een gesprek; ervaren dat als formeel en dat maakt dat zij besluiten tot luisteren in plaats van participeren. Hoe maken we duidelijk dat ze meetellen en er mogen zijn zoals ze zijn?

De aandacht voor grote thema's zoals persoonsgerichte zorg, veiligheid en welzijn doen ertoe voor mensen. We zien dat zorgverleners in het algemeen heel goed weten hoe deze thema's te benaderen en doen dat vooral vanuit hun eigen perspectief. Terwijl deze thema's vanuit een persoonlijk perspectief een ander (vaak ook aanvullend) antwoord kunnen geven. En wie kan dat beter doen dan de (kwetsbare) mensen zelf. Waar maken zij zich zorgen over? En hoe zorgen we ervoor dat zieke mensen zich niet zieker gaan voelen? Dat vraagt samenwerking over domeinen heen en weten waar problemen van mensen liggen.

### Meer dienstverlenend zijn

Het woord 'servicebalie' is al lang niet meer van deze tijd en toch hoorden we dat woord opnieuw. Het lijkt erop dat mensen hun weg naar gezondheid, welzijn en wonen makkelijk kunnen vinden. Zeker in het digitale tijdperk waarin we nu verkeren en veel kennis binnen handbereik ligt. Dat blijkt een misvatting. Niet iedereen kan daarmee goed uit de voeten. Voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, cognitieve of licht verstandelijke beperkingen is deze kennis moeilijk te vinden, te lezen, te begrijpen en toe te passen. Ook wordt gepersonaliseerde kennis steeds belangrijker. Wie denkt mee in wat die kennis voor iemand persoonlijk betekent? Maken we daar voldoende tijd voor? En als we weten welke problemen en vragen mensen hebben, kunnen we ze dan snel helpen naar de juiste persoon en organisatie? Het kennen van je netwerkpartners en weten wat ze precies doen, wordt steeds belangrijker. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat dat gebeurt? Wat is daarvoor precies nodig? Een sociale kaart op thema's zou daarvoor mogelijk een passende oplossing zijn en mensen kunnen verwijzen én begeleiden naar deze zorgverleners. Maatjes kunnen hierbij behulpzaam zijn. Maatjes die ondersteunen totdat iemand op die plek verschijnt en erop terugkomen hoe het is geweest. Als mensen eenmaal hun eerste problemen hebben weten op te lossen, zijn ze vaker en beter in staat om nieuwe problemen op te lossen. Alleen of met hulp van anderen.

## Organiseerbaarheid en governance

Ondanks dat de deelnemers aan de bestuurdersbijeenkomst uit verschillende domeinen afkomstig zijn - huisartsenzorg, woningcorporatie, gehandicaptenzorg, gemeente en ouderenzorg - zien ze allen het belang van integrale samenwerking. De levens van mensen overstijgen immers domeinen en houden vanzelfsprekend geen rekening met de wetgeving en financieringsstromen die wij bedacht hebben. De bestuurders delen vanuit hun verschillende vertrekpunten praktijkervaringen waaruit blijkt dat samenwerking over die domeinen heen van grote meerwaarde kan zijn voor de burger, patiënt en cliënt. Interessant is dat de bestuurders, ondanks hun verschillende achtergrond, gelijksoortige uitdagingen formuleren. Deze uitdagingen bevinden zich veelal op het vlak van organiseerbaarheid en governance. Hoe regelen we dat professionals en organisaties domeinoverstijgend met elkaar aan de slag kunnen? Hoe komen we tot goede (formele) afspraken? Wat moeten we met elkaar inrichten, zodat het écht gaat werken?

### Het schaalvraagstuk

Wanneer we denken aan oplossingen voor deze organiseerbaarheid komt spoedig een nieuwe vraag om de hoek kijken: op welke schaal moeten we integrale samenwerking eigenlijk organiseren? Door de decentralisatie tendens is de wijk steeds meer het uitgangspunt geworden van organiseren. Dichtbij de burger, patiënt en cliënt, passende bij de lokale omstandigheden. Een aantal bestuurders geeft aan het liefst zorg en ondersteuning zo kleinschalig en decentraal mogelijk te blijven organiseren. Ze benadrukken daarbij het belang van het behoud van de 'menselijke factor'. Aan de andere kant zijn er echter ook bestuurders die opmerken dat sommige vraagstukken beter op regionaal niveau kunnen worden opgelost. Daar kan meer expertise zijn, of het is efficiënter. En vanuit het perspectief van de gemeente, een financierende partij, dragen veel kleine initiatieven op microniveau juist niet bij aan de organiseerbaarheid en overzichtelijkheid.

Daarbij komt ook dat er grote verschillen kunnen bestaan in de grootte van de participerende netwerkpartners. Van huisartsen en kleinschalige zorgaanbieders, tot grotere zorgaanbieders en gemeenten. Deze puzzelstukjes passen bij het organiseren van integrale samenwerking niet altijd logisch op elkaar. Daarom verkeren veel netwerkpartners in de omstandigheid dat zij participeren in meerdere netwerken. Soms in meerdere gemeenten, soms voor meerdere doelgroepen. In de bijeenkomst komen de bestuurders er niet uit: waar de een pleit voor kleinschalige organisaties, pleit de ander voor een overkoepelende wijkonderneming met sterke regie. Weer een ander heeft de voorkeur voor samenwerking op grotere schaal, zoals gemeentelijk of regionaal.

## Het sturingsvraagstuk

Een ander thema dat de kop opsteekt is het sturingsvraagstuk: hoe kunnen we bepalen wat we willen bereiken en hoe sturen we daarop? In integrale samenwerkingsverbanden participeren verschillende organisaties, afkomstig uit verschillende domeinen. Deze organisaties hebben verschillende waarden, culturen en belangen. Ondanks dat het evident lijkt, is het hierdoor niet altijd gemakkelijk om met elkaar te bepalen wat het beoogde doel of eindresultaat exact is. Wat betekent bijvoorbeeld ‘goede zorg’? Dit lijkt duidelijk, maar kan op detailniveau verschillen per netwerkpartner. Een huisarts kan bijvoorbeeld andere accentverschillen leggen dan een welzijnswerker. Dit kan integrale samenwerking tussen de netwerkpartners compliceren.

Naast dat dit sturingsvraagstuk relevant is voor de onderlinge netwerkpartners, speelt het in het bijzonder een rol voor de relatie tussen opdrachtnemers en opdrachtgevers. Hoe kunnen financierende partijen, zoals de gemeente of zorgverzekeraar, goede governance inrichten om de kwaliteit voor hun inwoners/klanten te waarborgen? Enerzijds geven de bestuurders in de bijeenkomst aan dat zij administratieve en bureaucratische lasten zoveel mogelijk willen verminderen. Anderzijds geeft men echter ook aan dat het belangrijk is om te kunnen sturen en verantwoorden op kwaliteit. Men geeft daarom aan dat het belangrijk is om kwaliteit helder met elkaar te definiëren.

## Colofon

Dit is een uitgave van Vilans, kennisorganisatie voor de langdurige zorg.  
Overname is toegestaan op voorwaarde van bronvermelding.

Het onderzoek waarop de inhoud van dit document is gebaseerd, zoals de beschreven sessie met managers en bestuurders, heeft plaatsgevonden in het najaar 2019. In die periode wisten we nog niet van de coronapandemie en kon Vilans met de deelnemers niet reflecteren op corona. In de zomer van 2020 heeft Vilans de inzichten uit deze sessies vertaald naar de huidige situatie waarin corona zich voordoet. Vilans verwacht dat de inzichten uit dit onderzoek kansen bieden voor technologie en integrale zorg, juist in dit tijdperk waarin corona onder ons in.

## Auteurs

Jeanny Engels  
Cynthia Hofman  
Dirk Lukkien  
Pauline van Tienhoven  
Nick Zonneveld

vilans.nl



vilans.nl

Vilans  
Postbus 8228, 3503 RE Utrecht  
Telefoon 030 789 2300  
[www.vilans.nl](http://www.vilans.nl)

Utrecht, 1 juli 2020

