**Verslag gesprek Lia Lantink (Bestuurder Stichting Niko) Rob Grundeman[[1]](#footnote-1)**

**5 september 2017**

**Het gesprek heeft plaatsgevonden vanuit ‘Ondernemerschap in Dienstverband‘ een activiteit vanuit ActiZ.**

Stichting NiKo wil een zorgexperiment opzetten. Daarbij wil men dat zorgmedewerkers samen met de cliënt (en/of familie) invulling geven aan het iPVB (Intramuraal Persoons Volgend Budget). De cliënt wordt daarbij in de regie gezet en kan het eigen budget invullen (maatwerk). Uitgangspunt is het ZZP (Zorgzwaartepakket) wat aangeeft welke (financiële) ruimte er beschikbaar is. De verzorgende heeft een digitale tool (momenteel Excel bestand) waarmee de financiële implicaties van de gemaakte keuzes in beeld wordt gebracht. Als de teller van oranje naar rood springt, weet de verzorgende dat het gekozen pakker moet worden aangepast. Wat gaan we wel of niet doen. Welke keuzes worden er gemaakt? Het is ook mogelijk om de diensten die boven het beschikbare pakket uitstijgen voor eigen rekening af te nemen. Anderzijds kan men ook onder het budget blijven en de gebruikte gelden sparen en op een ander moment besteden. Voor de tarieven van de af te nemen diensten is een berekening van de kostprijs gemaakt.

De randvoorwaarde is dat als diensten nodig zijn vanuit het perspectief van gezondheidsrisico’s (bijvoorbeeld hygiëne) de verzekerde altijd de benodigde zorg krijgt en niet hoeft bij te betalen. Als dat tot hogere kosten leidt dan volgens het ZZP beschikbaar is, moet met het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) worden onderhandeld over de indicatie (ZZP). Afhankelijk van de inkoop van het Zorgkantoor (Zorgverzekeraars) wordt dit dan ook aan de zorginstelling betaald. De zorg moet echter altijd worden geleverd, of deze door het zorgkantoor wordt vergoed of niet.

Het is de bedoeling dat de verzorgenden de gesprekken gaan voeren en de verpleegkundige erop toe ziet dat de keuzes gezondheidskundig verantwoord zijn (gezondheidsrisico’s voldoende afgedekt). De verpleegkundigen vullen het UPP (Uw Persoonlijk Profiel) waarbij gezondheidsrisico’s in beeld worden gebracht met behulp van het Omaha systeem (systeem ter classificatie van de thuiszorg). Vanuit de vastgestelde gezondheidsrisico’s wordt naar het iPVB gekeken. Worden de risico’s voldoende afgedekt en op welke punten moet de verzorgende observeren of die risico’s actueel worden en eventueel moet worden ingegrepen.

Het invullen van het iPVB vindt plaats bij de aanvang van de zorg in de thuissituatie. Na 6 weken wordt bekeken of het gekozen pakket nog steeds voldoet. Het is de bedoeling om vervolgens één keer per maand het pakket te bespreken en eventueel aan te passen. Bij psycho-geriatrie ligt de frequentie wat lager (één keer in de 3 maanden), omdat bij de invulling van iPVB familie wordt betrokken. Dat geldt ook voor cliënten die ‘wonen met structuur’. NB: Bij NiKo kent men drie WLZ doelgroepen: traditionele verzorgingshuis bewoner, psycho-geriatrische cliënten (veel begeleiding in de groep); en cliënten die wonen met structuur (beginnende dementie). Alle drie de groepen participeren in het experiment (pilots).

Tot nu toe heeft een droog-oefen-fase plaats gevonden. De betrokken teams zijn door de organisatie aangewezen (top-down). Wel heeft men daarbij gekeken naar de stabiliteit binnen het team. Het is een paradigma shift voor de medewerkers. Zij komen uit hun comfortzone en gaan anders naar hun werk kijken. Het positieve neveneffect is dat medewerkers zicht krijgen op de feitelijke kosten van hun diensten. Dit leidt tot kostenbewustzijn. Ook naar familie toe leidt dit tot meer zicht op de kosten. Er is meer duidelijkheid over de te verlenen zorg en wat er niet onder valt. Verzorgenden vinden het spannend om zo’n gesprek te voeren (scholing). Ze zijn blij dat ze met cliënten in gesprek kunnen gaan over de dagelijkse gang van zaken. Leuk, maar het is een nieuwe werkwijze. Het is ook lastig inpassen in de reguliere processen. Een maatwerkpakket voor iedere cliënt leidt ook tot aanpassingen van dienstroosters. Dankzij de nieuwe CAO en de regeling Kanteling werktijden, kunnen instellingen flexibeler inspelen op de wensen en behoeften van de cliënten. Maar dat heeft ook weer invloed op het privéleven van de medewerkers. Voorlopig wordt hiermee op vrijwillige basis gewerkt om de piek in de zorgvraag op te kunnen vangen. Dat is moeilijker met veel grote arbeidscontracten. De betrokken cliënten zijn in het algemeen ook tevreden met de nieuwe invulling van de zorg.

Het is nu wachten op groen licht van Zorgverzekeraars Nederland en VWS om daar de komende twee jaar in drie teams (pilots) mee te gaan experimenteren. Het is de bedoeling om niet op basis van het ZZP gefinancierd te worden, maar op basis van het iPVB. Hierover wordt nog overleg gevoerd met Zorgverzekeraars Nederland en NZA. Uiteraard mogen geen luxe diensten in het iPVB worden opgenomen. Daar moet voor worden bijbetaald. Grote angst van VWS is dat de zorgkosten omhoog gaan. Uit droog-oefen-fase is overigens gebleken dat dit niet gebeurd. Er wordt niet extra gevraagd. De integrale kostprijs, vast gelegd in een Kostprijs Instrument ( KoPi)voor alle onderdelen (activiteiten) is vastgelegd in een catalogus, gebaseerd op de tijd die een zorgmedewerker voor deze diensten nodig heeft (tarief van de medewerker en de overhead)

Verder wil men bij NiKo ook intramuraal met looproutes gaan werken. Vanuit het iPVB willen zij looproutes gaan plannen in aansluiting op de wensen van de cliënt. Nu treden er veel situaties op, waarbij de zorg verstoort wordt. Verstoringen(belletjes) moeten straks worden opgevangen door een omloopkracht. Die krijgt de telefoontjes en gaat naar de betreffende cliënten toe. De reguliere verzorgende kan dan de looproute ongestoord afwerken. Dat is ook prettiger voor de cliënten. Overleg hierover in klein dienstverband. En uitwisseling van ervaringen.

Een volgende stap is dat NiKo het stukje bijkopen bij ondernemerschap (ondernemend werknemerschap) zou willen onderbrengen. De gewone zorg zou dan in loondienst worden uitgevoerd, maar zodra het extra wordt, doe je dat als ZZP-er. Dat kan op alle vlakken, bijvoorbeeld de huishoudelijke dienst, de linnenkamer, de zorg, welzijnsactiviteiten, etc. De extra opbrengsten komen dan in het budget van het team. Ook zou bijvoorbeeld de cliënt (of de familie) op basis van het iPVB gesprek kunnen kiezen voor een team (of hulpverlener) dat (die) de afgesproken zorg gaat verlenen. Dit zou tot gevolg hebben dat zorgteams met elkaar in concurrentie gaan. Teams worden geprikkeld om hun best te doen. Het buurtzorgmodel in intramurale zorg is het toekomstbeeld van de bestuurders van Stichting NiKo .

1. **Dr Rob Gründemann | Research Centre for Social Innovation | Professor | University of Applied Sciences Utrecht | Padualaan 101 | P.O. Box 85397 - 3508 AJ Utrecht | The Netherlands |** [**rob.grundemann@hu.nl**](mailto:rob.grundemann@hu.nl)**|** [**www.robgrundemann.nl**](http://www.robgrundemann.nl/) [↑](#footnote-ref-1)