

White paper:  
**'Over toegevoegde waarde binnen de zorg...'**



## Een paradigmaverschuiving binnen de zorgsector

Als we op basis van de term AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) op zoek gaan naar informatie dan stuiten we naast de uitleg over wat de AWBZ regelt en inhoudt al snel op kostenreductieprogramma's en initiatieven om de kosten voor zorg betaalbaar te houden. De opvolger van de AWBZ de Wet langdurige zorg (Wlz) is per 1 januari 2015 van kracht.

De term zorg draagt een zekere afhankelijkheid in zich. Geldt deze afhankelijkheid voor iedereen die gebruik maakt van de mogelijkheden die de AWBZ / Wlz biedt? En mocht dit het geval zijn, in welke mate?

De zorgsector moet een geheel andere vorm van toegevoegde waarde bieden dan die welke tot nu toe wordt geboden. Moeten we wellicht op een andere wijze gaan denken binnen de verzorgende sector? Een wijze van omdenken die eigenlijk in de totale zorgketen zou moeten plaatsvinden, zowel aan aanbod- als aan vraagzijde? Dit White paper gaat op generieke wijze in op deze vragen en behandelt met name een wijze van omdenken waarbij de kracht van de mens centraal staat en de zorg meer faciliterend wordt in plaats van leidend in het dagelijks denken en doen van mensen met een zorgvraag.

### Zorg en toegevoegde waarde

Juist op een moment dat men zich vragen gaat stellen over de kosten van een bepaalde dienstverlening komt de vraag naar voren wat de toegevoegde waarde is van de dienstverlening. Wat is men bereid om voor de meerwaarde die de dienstverlening biedt te betalen? Hoe komt deze waarde tot stand? Op dit vlak bestaat een significant verschil tussen de zorgsector en de reguliere marktsector.

Iemand die zorg nodig heeft, de cliënt, lijkt overgeleverd te zijn aan personen of instellingen die hem of haar de zorg verlenen, de dienstverlener. De focus bij zorg is tot nu toe vooral gericht op het zogenaamde defect van de zorgbehoevende. In het huidige zorgsysteem zijn voor alle defecten indicaties vastgesteld die vervolgens leiden tot een 'passend' ZorgZwaartePakket. Het is een lastig en continu proces om voor ieder defect en ieder individu een specifiek pakket samen te stellen. De moeilijkheid van dit proces wordt versterkt door het gegeven dat de totstandkoming van de pakketten wordt omkaderd door regelgeving. Een worsteling waar de huidige betrokken instanties zich in begeven in hun streven om de kosten voor zorg in Nederland betaalbaar te houden. Wordt deze worsteling in voldoende mate ondersteund door een paradigmaverschuiving?

Een paradigmaverschuiving die in haar benadering de cliënt en zijn of haar capaciteiten en kwaliteiten centraal stelt en minder nadruk legt op het defect van de cliënt dat aan de basis ligt van de zorgvraag?

In termen van toegevoegde waarde zou men kunnen stellen dat juist het focussen op capaciteiten en kwaliteiten van de cliënt leidt tot toegevoegde waarde voor de cliënt zelf. Het zal hem of haar zo mogelijk stimuleren tot een hogere mate van zelfkennis, hetgeen de eigenwaarde van de cliënt verhoogt. In feite is dit de toegevoegde waarde die de zorg moet bieden en zijn de fysieke verzorging en huisvesting slechts facilitaire elementen. Zoals hiervoor al aangegeven, is het huidige

zorgstelsel gericht op juist de facilitaire elementen en wordt er nog steeds getracht om het individu in hokjes te plaatsen waarop een zorgpakket kan worden losgelaten. Een mens is echter een dynamisch organisme met unieke specifieke kwaliteiten en eigenschappen en zal als zodanig ook moeten worden beschouwd, ongeacht de aanwezigheid van defecten of afwijkingen. Het leveren van toegevoegde waarde aan cliënten vereist dus maatwerk dat binnen kaders moet worden uitgevoerd. Dit is echter niet hetzelfde als het plaatsen van de cliënt in een 'hokje' dat vervolgens moet passen in een ZorgZwaartePakket.

De cliënt moet centraal staan bij de keuze over wat goed voor hem of haar is en niet het systeem. Deze verandering in opvatting lijkt makkelijker opgeschreven dan toegepast. Het gaat namelijk om een nieuwe manier van denken die 'zorgbreed' zou moeten worden toegepast om te kunnen spreken van een klantgerichte toegevoegde waarde van de dienstverlening.

### Het ontstaan van georganiseerde zorg

Om een verklaring te vinden voor de sterk verzorgend georiënteerde opvattingen binnen zorginstellingen is het goed om de historie van de georganiseerde zorg in vogelvlucht te beschouwen. Als we ver terug kijken in de tijd, werd de zorg geboden vanuit naastenliefde. Veelal bekeken vanuit een geloofsovertuiging en/of een roeping. Vaak waren het geestelijken die de zorg voor de medemens op zich namen. Vanuit dat beeld zijn veel zorginstellingen ontstaan. De financiering werd in eerste instantie geboden door de geestelijke stromingen zelf en private donaties. Cliënten met een rijke achterban konden eenvoudiger gebruik maken van private zorg dan de cliënten zonder kapitaal. De laatste groep was letterlijk overgeleverd aan de barmhartigheid van de geestelijke stromingen. De acceptatie door de samenleving van cliënten met een beperking was echter niet erg groot. Vanuit geloofsovertuiging werd het krijgen van een kind met een beperking gezien als een 'vloek van

God'. Er werd weinig over gesproken en de medemens met een beperking werd onttrokken aan het zicht van de samenleving. Vanaf 1841, toen de Krankzinnigenwet werd aangenomen, kregen de instellingen voor opvang van cliënten meer de identiteit van ziekenhuizen waar de cliënt werd behandeld met medische- en verpleegkundige zorg.

Pas in de zestiger jaren veranderde het beeld over de aanpak en behandeling van personen met een verstandelijke beperking. In feite herhaalde de geschiedenis zich weer. Nadat in de Middeleeuwen de medemens met een verstandelijke beperking werd verbannen of gebruikt voor arbeid en als 'zot' werd bestempeld, luidde 'De Verlichting' een tijdperk in van waaruit men onder de noemer 'zwakzinnig' meer onderzoek ging doen naar mensen met een verstandelijke beperking. Zwakzinnigheid werd gezien als een ziekte en voor een ziekte heb je behandelingen. In de zestiger jaren ontstond een nieuw beeld waarbij een verstandelijke beperking niet langer als ziekte werd gezien. In 1968 kwam de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten tot stand. Hierdoor werd de opvang en verzorging van mensen met een beperking onder gebracht in een vorm van sociale zekerheid die voor iedereen toegankelijk was, ongeacht geloofsovertuiging of kapitaal.

### Diagnostiek

Tot aan de jaren vijftig werden mensen met een beperking vaak als één groep gezien. Zoals hiervoor al beschreven werd de beperking gezien als afwijking en als ziekte zonder daarin een gefundeerde onderverdeling te maken. In 1952 verscheen de eerste versie van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Op 18 mei 2013 verscheen de vijfde versie: DSM-5. Op basis van diagnostiek worden onder meer geestelijke afwijkingen binnen kaders geplaatst. Ieder kader vormt weer de basis van een behandeling. Zonder ons nu denigrerend te willen uitlaten over DSM ligt hier een belangrijke basis van de 'hokjesgedachte'. Een ziekte of afwijking moet in een bepaald 'hokje' passen, wil de cliënt daadwerkelijk in aanmerking komen voor betaalde behandeling. Immers op basis van de diagnostiek worden kaders geschapen en worden door overheden en verzekeringsmaatschappijen vergoedingen vastgesteld die behoren bij de behandeling of verzorging van de gediagnosticeerde ziekte of afwijking.

Het probleem is echter dat een diagnose, en in ieder geval een ziekte, impliceert dat er een behandeling tegen zou moeten bestaan. Kunnen we een verstandelijke of lichamelijke beperking wel zien als een ziekte? Wordt door toediening van medicatie en behandeling de verstandelijke of lichamelijke beperking minder? Is de zorg voor deze groep mensen vanuit een diagnostische benadering wel correct of in ieder geval volledig?

In feite wordt vanuit de diagnostiek veel aandacht be-

steed aan de faciliterende elementen van zorg en veel minder aan de mogelijkheden die een cliënt bezit of wellicht zelfs speciale gaven waarover hij of zij beschikt. In de discussie over de kosten voor de zorg worden nu wel degelijk pogingen gedaan om dichterbij de cliënt als persoon en zijn of haar omgeving te komen. Dit kan al gezien worden in een stap naar winst, of beter gezegd een stap naar een verhoogde toegevoegde waarde van zorg.

### Zorg is dienstverlening

Het verlenen van zorg is echter dienstverlening en het kenmerk van dienstverlening is dat er geen sprake is van een tastbaar product. De diensten worden verleend door mensen. De mensen die de dienstverlening uitvoeren bepalen de gepercipieerde kwaliteit. Vanzelfsprekend kan deze kwaliteit worden beïnvloed door opleiding, training en het beschikbaar stellen van faciliteiten. Als we echter terugkomen op de paradigmaverschuiving waarbij we ingaan op de capaciteiten van de cliënt in plaats van ons verzorgend te richten op de defecten, dan volstaat het bieden van opleiding, training en het faciliteren van hardware niet. De kern van de dienstverlening zal moeten worden aangepast. En als we het over de kern van de dienstverlening hebben dan richten we ons op de wijze waarop medewerkers binnen de zorg invulling geven aan de dienstverlening. Veelal geschiedt dit nog altijd vanuit een verzorgende intentie. De medewerkers binnen de zorg hebben een faciliterend karakter waarbij de focus ligt op het ondersteunen op basis van defecten. Natuurlijk vinden op dit principe al verschuivingen plaats en zijn cliënten hiermee geholpen maar of het bijdraagt aan de toegevoegde waarde voor de cliënt in termen van ontwikkeling of eigenwaarde is nog maar de vraag. Een werkelijke aanpassing van de zorgkosten vereist een paradigmaverschuiving. Immers, het bijstellen van normen, het reduceren van personeel en overhead, het beperken van het aantal medicijnen etc. zijn 'ordinaire' kostenbesparende maatregelen die niet direct ten goede komen aan de kwaliteit van de dienstverlening. Los van het feit dat hiermee overmatige of inefficiënte bestedingspatronen van organisaties worden beperkt, gaat het zich op den duur wreken in termen van het ontbreken van budgetten voor onderzoek, opleiding, training, coaching, beperktere middelen en ga zo maar door. Dit alles leidt op korte termijn tot lagere kosten maar zal de toegevoegde waarde voor de cliënt sterk reduceren. Om structureel te kunnen besparen moet de kern worden gezocht in een vorm van omdenken bij de mensen die invulling geven aan de dienstverlening. Dit omdenken moet worden ingegeven door een nieuwe zorgvisie die de ontwikkeling van de cliënt daar waar mogelijk centraal stelt. Het betreft hier niet enkel een mooie volzin over visie of kennis en kunde maar vooral aangepaste vaardigheden in de kern van de dienstverlening.

Wellicht dat een voorbeeld op zijn plaats is om deze gedachte kracht bij te zetten.

Een cliënt met een verstandelijke beperking en een motorieke stoornis wordt nu aan de hand van de defecten ingedeeld in een bepaald zorgpakket. De begeleiding is er op gericht om voor een dergelijke cliënt in zijn dagelijkse activiteiten ondersteuning te bieden op vlakken waar hij zelf tekort schiet of beperkt is. De insteek van de medewerkers die deze ondersteuning verlenen is veelal verzorgend of misschien zelfs beschermend. In de ochtend worden dergelijke cliënten geholpen bij het invulling geven aan primaire levensbehoeften zoals lichamelijke verzorging en het eten. Maar in hoeverre dient men deze generiek toe te passen op een groep? Ongetwijfeld bezit iedere cliënt op zijn of haar eigen wijze capaciteiten. Capaciteiten die pas dan tot uiting komen als ze worden gestimuleerd. Echter, gebeurt dit wel? Zijn we in staat om 'door de defecten heen te kijken'? Wordt er wel gekeken naar de capaciteiten? En zo ja, worden deze dan gestimuleerd zodat de cliënt zelfstandiger wordt en zelf meer invulling kan geven aan zijn of haar dagelijkse activiteiten? Een dergelijk proces kost tijd. Tijd die achteraf wordt bespaard als de cliënt daadwerkelijk zelf invulling geeft aan handelingen.

Om tot dat punt te komen zal per cliënt moeten worden bekeken waar zijn of haar mogelijkheden liggen. Net zoals dit binnen het bedrijfsleven gebeurt bij medewerkers zal een vorm van een persoonlijk ontwikkelplan moeten worden opgesteld. De begeleiding zal vanuit een verzorgende modus naar een begeleidende en stimulerende modus moeten overschakelen.

En hier ligt een belangrijke kern van het omdenken dat moet leiden tot of wordt ingegeven door een paradigmaverschuiving binnen de zorg. Hoe herkent de begeleider het tegenovergestelde van het defect? Hoe stimuleert de begeleider de beschikbare capaciteiten van de cliënt? We kunnen hierbij spreken van een intensief veranderingsproces dat zich focust op de kern van de

dienstverlening, namelijk: diegene die invulling geeft aan de dienstverlening.

Deze verandering zou moeten leiden tot een gedachte waarbij de cliënt een onderdeel wordt van de dienstverlening. Een onderdeel in termen van zelfredzaamheid en met een verhoogde eigenwaarde. Met name dit laatste zal de gepercipieerde toegevoegde waarde van de dienstverlening verhogen.

### Een competentiegerichte aanpak

De betekenis van 'competentie' laat zich verklaren door een zeer uitgebreide lijst van min of meer wetenschappelijke betekenissen. In het algemeen komt het er op neer dat een competentie een vaardigheid is. Een vaardigheid waarover een persoon al beschikt of een vaardigheid die in de persoon 'verscholen' zit en nog niet tot ontwikkeling is gekomen. Een vaardigheid die de latente aanwezigheid van 'kunnen' impliceert. Ieder individu beschikt over competenties. Binnen onze samenleving wordt er steeds meer onderzoek gedaan naar competenties. Wederom geschiedt dit om te checken of een persoon voldoet aan een bepaald vooraf opgesteld profiel. Op basis van een dergelijk profiel kan de progressie die een persoon doormaakt, worden gemeten en ook worden bepaald of de persoon binnen het 'normprofiel' naar behoren functioneert. Ook hier schuilt het gevaar van de 'hok-

jesgedachte'. Een individu is lastig in een 'hokje' te plaatsen echter men kan de competenties ook gebruiken om op zoek te gaan naar de ontwikkelpotentie en capaciteiten van het individu. Hiermee gebruikt men een competentie dus niet om mee te beoordelen maar vooral om mee te ontdekken. Een bekende uitspraak van Albert Einstein (1879-1955) geeft uitstekend weer wat de krachten maar ook de valkuilen kunnen zijn van competenties. Zijn uitspraak luidde: "Everybody is a genius. But if you judge a fish by its ability to climb a tree, it will live its whole life believing that it is stupid". Deze wijze volzin spreekt voor zich en behoeft weinig toelichting. Bedenk daarom goed waarvoor en voor wie

**Bureau Invra** richt zich op competenties, waarneembaar gedrag van mensen. Dat wat de mens dóet is wat hij weet, kan en wil. Voor mensen die inzicht willen krijgen in hun eigen competenties en zich willen spiegelen aan de competenties die nodig zijn voor het voeren van een eigen bestaan hebben zij INVRA-Wonen ontwikkeld.

Voor mensen die inzicht willen krijgen in hun arbeidscompetenties en willen weten welke competenties voor een bepaalde werkplek nodig zijn kunnen dit zien en matchen in INVRA-Arbeid.

Voor mensen die op een natuurlijke manier willen werken aan uitbreiding van competenties is Op Eigen Benen (OEB) ontwikkeld. OEB is een didactisch model. Dit model werkt niet met instructie maar zet betrokkene aan tot zelf denken, zelf ontdekken, zelf beslissen. De persoon komt tot zelfsturing, ontdekt eigen competenties, aanleg en talenten waarmee de persoon in zijn eigen kracht komt. Heel centraal in dit leren staat wederkerigheid, respect, zingeving en vertrouwen. Deze waarden zijn vertaald in een competentieprofiel voor de medewerker OEB in een 360° feedback instrument.

de competentie van welke u de aanwezigheid wilt onderzoeken, bestemd is, en bovenal, wat de toegevoegde waarde voor het individu is om over de competentie, al dan niet latent, te beschikken. Het binnen de zorgsector gebruiken van competenties gebeurt op zowel het vlak van de dienstverlener als, zij het in mindere mate, op het vlak van de cliënt.

Diverse organisaties hebben zich gericht op onderzoek, gebaseerd op competenties. Alhoewel de mate van met name de geestelijke beperking van de cliënt het mogelijk maakt om de aanwezigheid van bepaalde competenties al dan niet aan te tonen, zijn er wetenschappelijke profielen<sup>1</sup> beschikbaar op basis waarvan onderzocht kan worden of een cliënt in staat is om te voorzien in bijvoorbeeld primaire levensbehoeften.

Indien we echter willen komen tot een paradigmaverschuiving, waarbij de capaciteiten van de cliënt centraal staan, zal met name moeten worden gestuurd op de competenties van de begeleiders binnen de zorg. Van verzorgend naar ondersteunend, stimulerend en coachend. Dit vereist duidelijk andere competenties. En dit is de kern van het omdenken. Om voor de midden- of langere termijn een lager kostenniveau binnen de zorg te realiseren, draagt een hogere mate van zelfredzaamheid van de cliënt bij aan dat doel. De begeleider, de zorgorganisatie en ook de familie van cliënten zullen hun attitude jegens de cliënt moeten aanpassen. De visie van veel zorginstellingen blijft nu vaak hangen op de veranderingen die voor het realiseren van een dergelijke aanpak noodzakelijk zijn. Deze veranderingen bevinden zich in de kern van de dienstverlening, de begeleiders. Middels competentie gericht management zal de cultuur binnen een zorginstelling moeten veranderen van verzorgend naar coachend. Begeleiders moeten de ruimte krijgen om cliënten bewust te maken van hun capaciteiten en kwaliteiten. De begeleider moet in staat gesteld worden om inzicht te krijgen in het ontwikkelpotentieel van de cliënt. De verhoogde zelfredzaamheid van de cliënt alsmede zijn of haar eigenwaarde zal hiermee groeien hetgeen de kwaliteit ten goede komt en de kosten voor begeleiding op middellange termijn structureel zal doen afnemen.

### **Cultuurverandering**

De hiervoor beschreven competentiegerichte aanpak aan zowel vraag- als aanbodzijde betekent een cultuurverandering binnen ons huidige zorgstelsel. Alle omgevingsvariabelen moeten op den duur aansluiten op de nieuwe wijze van denken. Dergelijke veranderingen vergen tijd en moeten vanuit veranderteams worden geïmplementeerd binnen organisaties. De medewerkers moeten in de gelegenheid worden gesteld om te werken volgens de stimulerende/coachende gedachte. Dit zal op de korte termijn meer tijd kosten maar zoals eerder

aangegeven leiden tot tijdsbesparing doordat cliënten bepaalde taken zelf kunnen uitvoeren. Op den duur kan het aantal cliënten per begeleider worden vergroot en dit heeft ook weer implicaties voor de facilitaire voorzieningen. De HR afdelingen binnen zorginstellingen zullen op basis van coachende/stimulerende competenties moeten vaststellen wat de IST situatie is onder het huidige personeelsbestand. Aansluitend daarop zal een plan moeten worden opgesteld hoe het personeel kan worden gestimuleerd richting de SOLL situatie. Een bijkomend voordeel hiervan is dat er een duidelijk inzicht komt in de capaciteiten en kwaliteiten van het personeel. Dit draagt bij aan een hogere kwaliteitspotentieel aangezien we het hier hebben over dienstverlening en bij dienstverlening bepalen de medewerkers in sterke mate de kwaliteitsperceptie die de klant ervaart.

Ook vanuit overheidswege, zowel lokaal als centraal, en vanuit verzekeringsinstanties zou een omarming van deze cultuuromslag inhouden dat men op de korte termijn zal moeten investeren om de cultuuromslag te verwezenlijken. Op de middel- en lange termijn zal de paradigmaverschuiving leiden tot een blijvende kostenverlaging, hogere mate van zelfstandigheid en eigenwaarde bij de cliënten en daarmee hogere kwaliteit.

### **Conclusie**

Om nog maar een keer een uitspraak van Albert Einstein (1879-1955) aan te halen: “We can’t solve problems by using the same kind of thinking we used when we created them”. Met alleen de keukentafelgesprekken, het overhevelen van AWBZ elementen naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de nieuwe Wlz zal wellicht slechts een vorm van suboptimalisatie plaatsvinden in het streven naar blijvende verlaging van de zorgkosten.

Een cultuuromslag van puur verzorgend op basis van defecten naar ondersteunend en coachend zal leidend moeten zijn in niet alleen de zorgvisie maar ook in de invulling van de dienstverlening voor mensen met een verstandelijke en lichamelijke beperking.

De paradigmaverschuiving in deze betekent dat de competenties van de cliënt centraal staat bij de uitvoering van de dienstverlening en zijn de fysieke verzorging en huisvesting slechts facilitaire elementen.

Om de cultuuromslag daadwerkelijk plaats te laten vinden is het van groot belang dat ook wordt ingezoomd op de competenties van de medewerkers, diegene die in feite invulling geven aan de dienstverlening en de gepercipieerde kwaliteit bepalen. Naast nieuw inzicht op basis van de paradigmaverschuiving en ruimte voor hun persoonlijke ontwikkeling zal binnen de hiervoor beschreven gedachtegang de HR-afdelingen binnen zorginstellingen een belangrijke rol spelen bij een structurele kostenverlaging van de zorg in Nederland.

<sup>1</sup> Instrumenten INVRA-Wonen en INVRA-Arbeid, Bureau Invra

## **Dit white paper wordt u aangeboden door Bureau Invra**

Bureau Invra ziet het als haar taak om producten en diensten te ontwikkelen die erop gericht zijn om mensen in hun kracht te brengen. Deze producten zet zij in op plaatsen waar mensen in hun kracht willen komen met meer zelfsturing en zelfregie. Met behulp van instrumenten en methodieken wil zij professionals handvatten bieden om hun missie waar te maken.

