

Anders denken, anders doen

Zelfsturend in de ambulante psychiatrie

Veertig jaar ben ik werkzaam geweest als (sociaal psychiatrisch) verpleegkundige binnen de somatische en psychiatrische gezondheidszorg, in organisaties waarin hiërarchie en medisch gestuurd denken en handelen voorop stonden. Sinds twee jaar maak ik een geheel andere manier van denken, werken en organisatievorm mee, namelijk die van Buurtzorg en BuurtzorgT. In dit artikel een impressie van het werken in een zelfsturende organisatie in de zorg.

Henk Willem Klaassen

Bij Buurtzorg en BuurtzorgT gaat het om de cliënt in zijn context. Zijn verhaal en zijn omgeving staan centraal. Het voelt voor mij als een soort van wake-up call: kan het ook anders?! Ja het kan anders. ‘Over een aantal jaren zullen we terugkijken en ons afvragen waarom we dat niet eerder hebben bedacht’, schrijft Gerard Lohuis over deze ontwikkeling in mijn boek ‘Werken in de nieuwe GGZ’. Buurtzorg werd in 2006 in Almelo opgezet door Jos de Blok. Hij startte een zelfsturend

zij kwam eigenlijk alleen nog maar binnen voor een korte handeling. Binnen het Buurtzorgconcept werd voor een andere insteek gekozen, namelijk: de wijkverpleegkundige bepaalt samen met de cliënt wat de cliënt nodig heeft. Niet een indicatiecommissie. (Klaassen, 2016).

Huisarts

Sinds ik bij BuurtzorgT werk, merk ik dat het werken een totaal andere instelling van me vraagt. Naast dat ik zelf verantwoordelijk ben voor het leveren van goede zorg, ga ik ook samen met mijn team volgens zelfsturende principes te werk. Er zijn geen managers of stafmedewerkers die bepalen wat de volgende implementatie is, maar wij bepalen dat als team. Ik merk dat de huisarts in de wijk een belangrijke spil is voor de cliënt, ik merk dat mijn contact met de huisarts essentieel is. De huisarts wil graag weten wat er met zijn cliënt gebeurt.

Geen implementaties

Na het eerste zelfsturende [Buurtzorg]-team in Almelo volgden er meer. Tien jaar later zijn er 850 Buurtzorg-wijkteams en werken er 9568 medewerkers bij Buurtzorg. De overhead is minimaal, een marketing- en communicatieafdeling heeft het bedrijf niet. Naast Buurtzorg zijn

De organische groei is voor een groot deel afhankelijk van ‘bevrijde’ professionals

team in de wijkverpleging. Een zelfsturend team dat wars was van wet- en regelgeving. In die tijd bepaalden indicatiecommissies en ziektekostenverzekeraars de duur van verpleegtechnische handelingen (bijvoorbeeld vijf minuten voor het aandoen van een steunkous). Er was geen tijd om naar andere aspecten van het leven van de cliënt te kijken. De wijkverpleegkundige was niet meer goed in staat om de gehele situatie van de cliënt te overzien en bijvoorbeeld in te schatten of de cliënt de deur nog uitging om boodschappen te doen; hij of



Bevrijde professionals ontdekken een nieuw potentieel in de GGZ.

er gaande de jaren ook andere diensten ontwikkeld, te weten : Buurtzorg Jong, Buurtdiensten, Buurtzorg Pension, Buurtzorghuis, Familiehulp, Buurtzorg Kraam en BuurtzorgT. Eind oktober 2016 zijn er in totaal 13.169 medewerkers in dienst. Het gedachtegoed en de organisatie worden verder ontwikkeld. Buurtzorg heeft een unieke organisatiestructuur binnen de gezondheidszorg. (Klaassen, 2016). Twee belangrijke kenmerken zijn dat de organisatie opgebouwd is met uitsluitend zelfsturende

Casus

Bert is een 45 jarige man, ongehuwd, HBO opgeleid, hij leeft al meer dan tien jaar met veel angsten en komt weinig op straat. Bert krijgt begeleiding en behandeling vanuit het BuurtzorgT-team. Hij krijgt zowel medicatie als training om met zijn angsten om te gaan. Bert en ik bepalen samen hoe vaak medicatie nodig is en bepalen ook samen welke doelen we maken. Daarnaast krijgt Bert ook wekelijks een maatje op bezoek, samen gaan zij elke week er op uit. Geregeld spreek ik met zijn moeder en vrienden om de samenwerking en de afstemming te bespreken. Ik heb het idee dat het veel meer gaat om de cliënt en zijn verhaal en zijn omgeving en dat ik zodoende de behandeling en begeleiding daarop afstem.

teams en de kwaliteit van zorg wordt door cliënt, naasten en hulpverlener gezamenlijk bepaald. Daarnaast vinden binnen de organisatie geen implementaties of reorganisaties plaats, in tegenstelling tot wat in de reguliere GGZ de laatste jaren gangbaar is.

Er is een grote tevredenheid bij cliënten, naasten en medewerkers. Tot vijf keer toe (van 2012 tot en met 2016) werd Buurtzorg uitgeroepen tot beste werkgever. Het behaalde de hoogste score in de categorie 'meer dan 1000 medewerkers'. (Klaassen, 2016).

Tweedelijns

BuurtzorgT is in 2013 opgezet en biedt tweedelijns gespecialiseerde ggz-hulp aan. De organisatie is gebaseerd op de principes en visie van Buurtzorg. Bij BuurtzorgT werken 90 medewerkers in 15 teams verspreid over het land, inclusief de kleine overhead van bestuurder, coach en ondersteunende medewerkers. Het afgelo-

Nu ook keuze in gespecialiseerde ggz-hulpverlening

pen jaar is het aantal medewerkers verdubbeld. Ook de medewerkers van BuurtzorgT hebben de professionele verantwoordelijkheid om in hun eigen zelfsturende team zorg te dragen voor kwalitatief goede zorg. Daarnaast zijn zij onder andere ook verantwoordelijk voor acquisitie, budgetneutraal financieel huishouden, aanname van personeel, het werken binnen de visie van Buurtzorg en BuurtzorgT.

De ontwikkeling die Buurtzorg de afgelopen tien jaar heeft doorgemaakt in de somatische gezondheidszorg, kan een ontwikkeling zijn die BuurtzorgT ook door gaat maken. Beide organisaties hebben geen strategische plannen

hoe groot en hoe snel zij willen groeien. De groei vindt organisch plaats en is voor een groot deel afhankelijk van 'bevrijde' professionals die een stap kunnen maken in het 'anders denken, anders doen'.

Voor wie

Buurtzorg biedt eerstelijns wijkverpleging. Dat betekent dat alle burgers zich zelfstandig als cliënt kunnen aanmelden bij Buurtzorg en samen met een Buurtzorg medewerker bepalen of de juiste zorg geboden kan worden. Bij Buurtzorg werken MBO en HBO geschoolde wijkverpleegkundigen en verzorgenden. BuurtzorgT biedt tweedelijns gespecialiseerde GGZ-hulp. Burgers kunnen zich via de huisarts laten verwijzen. Bij BuurtzorgT werken (sociaal) psychiatrisch verpleegkundigen, sociaal pedagogische hulpverleners en psychiaters. Ervaringen met psychische of somatische klachten, van zichzelf of van naasten, zetten hulpverleners van BuurtzorgT gepast in bij het contact met de cliënt.

Uitgangspunten en werkwijze

Uitgangspunten die beide organisaties hebben zijn: de noodzaak van goed zorgen, betrekken van de sociale omgeving, beter (t)huis in de buurt; geen getemde, maar bevrijde professionals; kwaliteit weer centraal; vertrouwen, geen controle; inspiratie in plaats van management; menselijkheid in plaats van bureaucratie; samen en dichtbij; vereenvoudigen; anders denken anders doen; ervaren en bekwaam en gebruikmaken van e-health.

Ik ben zelf verantwoordelijk samen met mijn team om na te denken over kwalitatieve goede zorg, wijkgericht te zijn en zichtbaar te zijn voor bijvoorbeeld huisartsen. Dat wordt verder niet ingegeven door mails/rapporten of implementaties van het bedrijf. Het bedrijf ben ik, het bedrijf zijn wij. Door die verantwoordelijkheid te krijgen en niet afhankelijk te zijn van anderen daagt dat mij veel meer uit.

Zowel Buurtzorg als BuurtzorgT hebben als kenmerk dat zij in de buurt werken. Zij hebben een klein kantoorje in de wijk en bezoeken hun cliënten vooral thuis. Er wordt veel samen gewerkt met de huisarts en de naasten van de cliënt. Daarnaast wordt op maat gekeken in hoeverre er aansluiting gevonden kan worden met het aanbod in de wijk (buurthuizen, vrijwilligers, burens, (vrijwilligers-)werk). Binnen de wijkverpleging kunnen burgers en huisartsen al langere tijd kiezen uit verschillende zorgaanbieders. Binnen de gespecialiseerde hulpverlening waren de grote GGZ-instellingen

Toelichting

Wat is al bekend?

Er zijn initiatieven om de GGZ meer cliënt- en wijkgericht te laten werken. Zelfsturing in de gezondheidszorg kan zowel kosten besparen als kwalitatief betere zorg bieden.

Wat is nieuw?

BuurtzorgT werkt sinds 4 jaar vanuit hetzelfde model als Buurtzorg en levert gespecialiseerde ambulante GGZ. Binnen BuurtzorgT is de hulpverlener aan het stuur.

Wat kan je hiermee?

Besef dat psychiatrische hulpverlening ook op een andere manier dan de reguliere GGZ georganiseerd kan worden: in de wijk, met zelfsturende teams.

de enige aanbieders voor gespecialiseerde GGZ-hulp in de regio. Met de komst van onder andere BuurtzorgT bestaat er nu ook op deze markt keuzemogelijkheid.

Effectiviteit

Er is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van Buurtzorg. Laloux beschrijft deze in *Reinventing organizations* (2015): Laloux geeft onder andere enkele uitkomsten van een studie van Ernst & Young uit 2009 (Laloux, 2015):

- Omdat Buurtzorg cliënten helpt zichzelf te redden, heeft het gemiddeld 35 procent minder zorguren per cliënt nodig dan andere zorgorganisaties.
- De besparingen voor de sociale zekerheid zijn aanzienlijk. Ernst & Young schat dat het bijna € 2 miljard zou schelen als alle georganiseerde thuiszorg in Nederland op de Buurtzorgmanier zou worden verleend.

Dilemma's

Omdat BuurtzorgT zich niet geheel wil conformeren aan alle regelgeving die de zorgverzekeraars opstellen, krijgen zij 'slechts' 60-80 procent van de reguliere vergoeding (volgens DBC-regelgeving). Dat maakt de organisatie kwetsbaar.

Ik ben als hulpverlener ook ondernemer geworden. Dat gaat mij en mijn collega's niet altijd even gemakkelijk af. Naast het feit dat het bevrijdend werkt om vanuit de visies van zelfsturing te werken, is het ook hard werken om je (financiële) administratie goed in orde te hebben. Feitelijk moet je er zorg voor dragen dat je elke maand voldoende behandelingsuren hebt geleverd. Het is steeds een balans die je samen moet bespreken, hebben we genoeg aanmeldingen? Registeren we goed genoeg? Weten we goed genoeg hoe we de administratie in orde houden? Dat is voor mij en andere hulpverleners een uitdaging.

Samenwerken

BuurtzorgT en de reguliere GGZ zouden heel goed naast en met elkaar kunnen samenwerken en afstemmen. Voor 'super'gespecialiseerde ggz-hulp heeft een reguliere GGZ-instelling veel betere faciliteiten (afdelingen en gespecialiseerde hulpverleners). Ik denk in deze aan intensieve behandelingen voor mensen met psychoses, depressie, PTSS die in de ambulante zorg te complex blijken. De reguliere GGZ zou een stuk meer kunnen inkrimpen door zich te richten op deze supergespecialiseerde hulp en de 'gewone' psychiatrische hulpverlening over te laten aan zelfsturende wijkteams (die niet aangestuurd worden door reguliere GGZ-instel-

lingen, want per slot is het gevaar dat de overhead daarin te bepalend is). Veel hulp die door de reguliere GGZ gegeven wordt, kan absoluut goedkoper en efficiënter. Daarnaast moet gezegd worden dat zelfsturing niet een gemakkelijke opgave is. Voor zelfsturing moet je kiezen en het moet je niet opgelegd worden. Je moet gemotiveerd zijn om in aan andere model te werken. Dat vraagt voor veel hulpverleners nog een grote uitdaging van omdenken.

Motivatie

In de afgelopen veertig jaar dat ik als verpleegkundige in de gezondheidszorg werk, werden ziekenhuizen en GGZ-instellingen groter en groter. Met het idee dat zij goedkoper en efficiënter werden, en dat ik betere zorg zou leve-

Ik ben als hulpverlener ook ondernemer geworden

ren. Ik merkte dat er (te)veel reorganisaties en implementaties werden verricht die niet altijd tot het gewenste doel leidden. Ik had het idee dat de veranderingen ook niet altijd de zorgten goede kwam. In de meeste gevallen werden al deze plannen opgelegd vanuit de bovenlagen van de organisaties. Ondanks het feit dat vele hulpverleners in deze veranderingen veel en goed werk verrichtten, werd er een groot beroep gedaan om mijn motivatie elke keer weer aan te scherpen. Ik kreeg het gevoel dat ik het niet goed genoeg deed.

Ik ervaar nu een grotere rust. Ik mag handelen vanuit wat ik kwalitatieve zorg vind (werken vanuit sociaal-psychiatrische context), die niet mijn managers, maar mijn cliënt, zijn of haar naaste en ik kunnen bepalen. Zelfsturing is als een uitdaging in mijn vak erbij gekomen, ik moet zowel ondernemer als samenspeler in mijn team zijn. Dat daagt uit, motiveert en stimuleert. Dat gaat ook wel eens mis, maar vraagt van mij telkens weer anders denken, anders doen.

Literatuur

Klaassen, H.W., (2016), *BuurtzorgT, werken in de nieuwe ggz*; uitgave door V en VN ism BuurtzorgT. ISSN nummer: 1386-3541 Te verkrijgen bij almere@buurtzorgt.nl

Laloux, F. *Reinventing Organizations*, (2015), Uitgeverij LanooCampus, Vierde druk, september 2016. Leuven België.

Informatie over de auteur

Henk-Willem Klaassen is sociaal psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam bij BuurtzorgT.