

Het natuurlijke denken van de wijkverpleegkundige als basis voor bekostiging

Verslag 2^e inspiratiebijeenkomst Sensire 'Werken met nieuwe cliëntprofielen in de wijk'

Vanaf 1 januari 2024 gaan de eerste zorgorganisaties aan de slag met de registratie van cliëntprofielen op basis van het draagkracht/draaglast (DKDL)-model. Hiermee wordt een belangrijke stap gezet op weg naar een nieuwe bekostiging van de wijkverpleging. Sensire neemt sinds 2020 deel aan de experimenten van de Nederlandse Zorgautoriteit rond de nieuwe cliëntprofielen. Wat is het cliëntprofielenmodel nu precies, welke visie zit erachter, hoe werkt het en wat kunnen we ervan verwachten? Dat waren de vragen die aan bod kwamen tijdens de tweede inspiratiebijeenkomst over dit thema, op 9 november 2023 in Lichtenvoorde.

In de bioscoopzaal in congrescentrum NYC zijn dit keer vooral samenwerkingspartners van Sensire aanwezig. Zij worden welkom geheten door Lenneke Bosscher, wijkverpleegkundige en lid van het Platform Wijkverpleging, dat bij Sensire verantwoordelijk is voor de vakinhoudelijke ontwikkeling van wijkverpleging. De inspiratiesessies die Sensire organiseert zijn bedoeld om samen na te denken over de toekomst van de zorg, en om ervaringen, lessen en goede voorbeelden met elkaar te delen. Op deze donderdagmiddag komen namens Sensire achtereenvolgens Noortje Schlattmann, Vanessa Schroer, Milou Brandsema en Emilde van Voorst, Karien Tijkotte en Maarten van Rixtel aan het woord.

Schaven aan de casemix

Wijkverpleegkundige Noortje Schlattmann trapt de middag af met een inkijkje in de ontwikkeling van het cliëntprofielenmodel. Ze beschrijft hoe de NZa en de zorgorganisaties die deelnamen aan de pilot de afgelopen jaren hebben geschaafd aan de zogeheten casemix-vragenlijst die aan de basis ligt van de cliëntprofielen. Het idee is dat wijkverpleegkundigen aan de hand van die vragenlijst hun klanten kunnen indelen in een cliëntprofiel. Daar zal uiteindelijk een bekostiging aan worden gekoppeld – een bekostiging die er anders uitziet dan de huidige 'uurtje factuurtje'-systematiek. Maar die cliëntprofielen moeten dan wel overeenstemmen met de praktijk. De kwaliteit van de vragenlijst is dus van doorslaggevende waarde voor een goede werking van het model.

Bij de ontwikkeling van de vragenlijst kregen de deelnemende organisaties van de NZa twee vragen mee: welke cliëntkenmerken zijn relevant voor het voorspellen van zorggebruik, en hoe gaat de informatie uit de vragenlijst leiden tot doelgroepen? Schlattmann: 'In eerste instantie hebben we vijftien kenmerken opgesteld waarvan wij dachten: die zijn voorspellend voor het zorggebruik.' Uiteindelijk zijn deze kenmerken teruggebracht tot negen onderdelen in de casemix-vragenlijst, onder meer vanwege de administratielast. De casemix-vragenlijst met deze negen onderdelen is de vragenlijst die vanaf januari 2024 is ingebouwd in alle elektronisch cliëntendossiers (ECD's).

Van casemix tot cliëntprofielen

Maar hoe kom je van informatie uit een vragenlijst tot cliëntprofielen? Dat was de tweede vraag van de NZa. Schlattmann: 'We zijn begonnen bij positieve

gezondheid, de visie van Machteld Huber die binnen Sensire – net als bij veel andere organisaties – als heilige graal wordt beschouwd. Maar een visie leidt nog niet tot cliëntprofielen. Daarom zijn we op zoek gegaan naar modellen die elementen van positieve gezondheid bevatten, waarmee je kunt meten én die hanteerbaar zijn binnen het verpleegkundig proces. Want uiteindelijk is het de wijkverpleegkundige die met de cliëntprofielen moet gaan werken.'

De deelnemende organisaties zijn uitgekomen bij het draagkracht/draaglast (DKDL)-model, een model dat sinds 2010 wordt gebruikt in de psychiatrie. Schlattmann: 'Dat model kijkt naar: welke lasten en welke krachten ervaart iemand? En hoe is het aanpassingsvermogen van die persoon?' Als extra element vanuit positieve gezondheid is daar eigen regie aan toegevoegd. 'Wat kun je nog zelf om je leven te leiden zoals jij dat wil? Ben je in staat om je netwerk te versterken, om interventies in te zetten? Eigen regie gaat dus om dat stukje dat binnen positieve gezondheid zo belangrijk is: dat wat maakt dat jij bent wie je bent.'

Draagkracht en draaglast meten

In het ideale geval zijn de draagkracht en de draaglast die iemand ervaart met elkaar in balans. Zo niet, dan is de vraag: wat is nodig om in balans te komen? Om dat te kunnen vaststellen moet je de draagkracht en de draaglast van klanten kunnen meten, en vervolgens ook kunnen bepalen wat voor ondersteuning een klant dan nodig heeft. Daar wordt de casemix-vragenlijst voor gebruikt. Schlattmann: 'Draagkracht meten we door te kijken naar het cognitief functioneren en de sociale context van de klant. Bij draaglast kijken we naar het verwachte verloop en naar de aanwezigheid van mantelzorg.' De ondersteuningsbehoefte, tot slot, wordt bepaald door te kijken naar vier onderdelen: continëntie, wassen/douchen, medicatiegebruik en verpleegtechnische handelingen.

In het model is aan elk antwoord per onderdeel een score gekoppeld. Op basis daarvan zijn klanten in te delen in cliëntprofielen. Een klant die bijvoorbeeld een sterk sociaal netwerk heeft en geen last heeft van geheugen-, psychische of gedragsproblemen, daarnaast zicht heeft op herstel en mantelzorg ontvangt én zichzelf thuis kan redden, komt in een cliëntprofiel 'hoge draagkracht, lage draaglast met ondersteuningsbehoefte 1' terecht. Op een aantal klantgroepen na – zoals kinderen en mensen in de terminale fase – vallen alle klanten in zo'n cliëntprofiel.

Reflectief proces

In het verpleegkundig proces heeft de vragenlijst, en daarmee het DKDL-model, bij Sensire inmiddels een plek gekregen in de anamnese- en diagnosefase. Schlattmann spreekt van een reflectief proces: 'Aan de ene kant helpt de informatie die wij verzamelen tijdens de anamnese ons om de casemix in te vullen. En de casemix helpt ons ook weer om de goede vragen aan de klant te stellen. Soms kom je er tijdens het invullen achter dat je een vraag uit de casemix nog niet hebt gesteld, terwijl dat wel een belangrijke vraag is. Zo krijg je meer zicht op wie je tegenover je hebt. Daarmee voelt het ook niet als extra administratielast.' Sowieso valt het met die last wel mee, vindt ze. 'Als je je anamneseproces goed doorloopt, kost het hooguit tien seconden om de juiste hokjes aan te vinken.'

Dat wil overigens niet zeggen dat dankzij de casemix-vragenlijst de administratielast per direct vermindert, bijvoorbeeld omdat er andere lijstjes

verdwijnen, zoals iemand uit het publiek suggereert. Schlattmann: 'Het geeft je vooral inzicht in welke lijstjes passend zijn. We hebben natuurlijk allemaal onze kaders waarin we zaken als pijn en ondervoeding onderbrengen. Maar als een cliënt zijn pijn niet leidend vindt, wie ben ik dan om een pijnscore af te nemen? De vragenlijst helpt dus vooral om keuzes te maken: welke interventies zet ik in, wat is belangrijk voor de cliënt?'

Wat voegt het toe?

Het geluid klinkt wel vaker, en ook vanmiddag wordt de vraag – in verschillende bewoordingen – een aantal keer vanuit het publiek gesteld: werken wijkverpleegkundigen niet allang op deze manier? Wat voegt zo'n model dan nog toe? Schlattmann benadrukt dat het beslist nog niet overal zo gaat. De praktijkvariatie in de wijkzorg is groot. 'Er worden echt nog heel vaak puur taakgericht, doelgericht uren ingezet, omdat men dat zegt. Het ziekenhuis zegt dan bijvoorbeeld dat iemand twee keer per week zorg moet krijgen na een heupoperatie. Maar dat bepaalt het ziekenhuis niet, dat bepaalt de wijkverpleegkundige niet, dat bepalen we samen met de klant. Dat lijkt me de belangrijkste motivatie achter dit hele proces.'

Een meer praktische vraag is hoe vaak de casemix moet worden aangepast. Wat gebeurt er als de situatie van de klant verandert? Schlattmann: 'Eigenlijk moet elke verandering die je in het zorgplan maakt worden vertaald in de casemix. Als je snel progressie boekt, kan dat dus betekenen dat je ook de casemix snel moet aanpassen. Want als de draagkracht of draaglast van je cliënt verandert, zet je ook andere interventies in. Dus soms pas je hem vaker aan, en soms – bij chronische situaties – zit je meteen goed. Maar dat is niet anders dan hoe we nu werken.'

Door dezelfde bril naar zorg kijken

Het is niet toevallig dat het DKDL-model is uitgekozen als het geschikte model om tot cliëntprofielen te komen. Vanessa Schroer, Chief Nursing Officer bij Sensire, gaat in op de visie die aan deze keuze ten grondslag ligt. 'De visie is de bril waardoor we naar onze klanten kijken. De visie bepaalt onze gedachten en stuurt onze beslissingen.' Schroer beschrijft twee visies die binnen de zorg veel voorkomen. 'Je hebt mensen die graag zorgen voor de ander, zich heel goed kunnen inleven, hun klanten willen helpen en dingen van ze willen overnemen om ze te ontlasten. Maar je hebt ook mensen die zien wie ze tegenover zich hebben, die erkennen wat de klant heeft meegemaakt, en die dan zeggen: hoe kan ik jou en je netwerk helpen, wat kan ik je leren zodat je dingen zelf kunt doen? Dat zijn twee heel andere manieren om naar zorg te kijken.'

Het is heel belangrijk, zegt Schroer, dat we allemaal door dezelfde bril naar zorg gaan kijken, zodat de praktijkvariatie minder wordt. De visie die Sensire voorstaat komt in het DKDL-model nadrukkelijk naar voren en is terug te zien in het dagelijks handelen en denken van de medewerkers.

Doen waar je blij van wordt

Die visie gaat er allereerst van uit dat mensen die in staat zijn zich aan te passen aan veranderingen in hun leven – draagkrachtige mensen – en daardoor kunnen blijven doen waar ze blij van worden, zich gezonder voelen. Er zijn twee typen kenmerken die de draagkracht van mensen bepalen: persoonlijke competenties, zoals leerbaarheid en aanpassingsvermogen, en kenmerken van het sociale

netwerk, inclusief de buurt en voorzieningen. Die kenmerken bepalen de mate waarin je in staat bent om te gaan met de uitdagingen in het leven.

Tegenover de draagkracht van mensen staat de draaglast. Het gaat hier om de last waarmee iemand te maken krijgt in zijn leven: de life events. Schroer: 'Dat zijn niet alleen negatieve gebeurtenissen, maar ook dingen als kinderen, een nieuwe baan of een nieuwe woning: die zijn in principe leuk, maar ze geven ook last, zeker als ze allemaal tegelijk gebeuren. In ons vakgebied zijn lasten life events die worden gecombineerd met ziektelast.' Er zijn ook twee kenmerken te onderscheiden die de draaglast bepalen: de hoeveelheid ziektelast of life events, en de mate waarin oorzaken en gevolgen logisch met elkaar samenhangen. Hoe meer life events en hoe onduidelijker de relatie tussen oorzaak en gevolg, hoe hoger de draaglast.

Wat is belangrijk in het leven van je klant?

Naast de draagkracht en draaglast staat, vanuit de visie van positieve gezondheid, de eigen regie van mensen. Schroer: 'Wat is nu voor jouw klant belangrijk in zijn leven? Dat is niet te meten of in modellen te vangen. Door krachten en lasten te meten weten we nog niet wat iemands behoefte is. Wil iemand dagelijks zijn zus bezoeken of de hele dag voor het raam zitten?' De volgende stap is dus om dat te onderzoeken. 'Dat doen we vanuit onze visie met *shared decision making*. Want draagkracht en draaglast is onze expertise – al voordat we het DKDL-model hadden brachten wij onbewust de krachten en lasten van onze klanten in kaart. Maar de klant heeft zelf expertise over zijn eigen leven. Die twee dingen wil je met elkaar verbinden om tot de ondersteuningsbehoefte te komen.'

Een kanttekening die Sensire plaatst bij de huidige casemix is dat de ondersteuningsbehoefte momenteel alleen vertaald is in handelingen. Denk aan continëntie en wassen/douchen. Schroer: 'Dat vinden wij wel een probleem. Want wij hebben de beschikking over veel meer soorten passende interventies dan de interventies die in de casemix zitten. Handelen doen wij pas als het echt niet anders kan. Wij vragen, ordenen en prioriteren bijvoorbeeld wat de klant belangrijk vindt. We experimenteren met oorzaak-gevolgrelaties. We geven kennis, inzicht en vertrouwen. Wat ons betreft is dat voer voor doorontwikkeling van de casemix.'

'Wij denken al zo'

Ondanks die kanttekening is Sensire al erg blij met het DKDL-model en met het denken dat daaraan ten grondslag ligt. Schroer: 'Binnen Sensire herkennen wij als wijkverpleegkundigen dat we al zo denken. Door het zo in instrumenten uit te werken geeft het ons meer steun om met allerlei verpleegkundigen en andere zorgverleners eenduidiger te werken, en het helpt om veel meer mensen te re-abiliteren, te laten herstellen. We zien ook enorm veel mogelijkheden om dit model te verweven in het verpleegkundig proces, waarbij we dit denken in alle fases en alle beslissingen van het proces willen meenemen.'

Dat vereist ook dat wijkverpleegkundigen goed op de hoogte zijn. Schroer: 'Wij hebben ze hier niet alleen over geïnformeerd, we hebben een grote groep ook direct betrokken bij het hele proces. Ze konden meedenken over de keuzes en de ontwikkeling. Via het ECD en door te werken met voorbeeldcasussen, leercasussen en intervisiemogelijkheden voor collega's proberen we elkaar hierin te ondersteunen.'

Gebruikmaken van de kracht van de klant

Wat levert deze manier van denken en werken uiteindelijk op? Schroer: 'Aan de ene kant kun je hierdoor nog veel meer gebruikmaken van de kracht van de klant en diens netwerk om de klant zelfredzaam te maken, op een manier waarop het niet als een bezuiniging voelt, maar juist als iets waarvan de klant zegt: hier heb je me echt mee geholpen, hier kan ik mee verder. Bijvoorbeeld een digitaal vaardige klant, die misschien zelf digitaal zijn anamnese kan invullen. Aan de andere kant kunnen wij alerter zijn bij mensen met een lage draagkracht. Door op tijd naast deze mensen te gaan staan en mee te denken als zich veranderingen voordoen, kunnen we voorkomen dat ze op een later moment veel zorg nodig hebben.'

Dit onderscheid kan zich vertalen in de samenstelling van teams. 'In onze beeldvorming krijg je straks teams die gespecialiseerd zijn in mensen met hoge draagkracht, met medewerkers die heel goed kunnen coachen, begeleiden en kennis overdragen. En daarnaast heb je teams die meer gericht zijn op zorgen, voor mensen met lage draagkracht die niet meer leerbaar zijn.' En uiteindelijk gaat dit helpen om de zorgkloof te overbruggen: 'Als we de draagkrachtige mensen beter en sneller zelfredzamer kunnen maken, houden we meer ruimte over voor de mensen met weinig draagkracht.'

Nog stappen te zetten

De visie staat, maar het model en de bijbehorende werkwijze zijn nog in ontwikkeling. Zo is er niet alleen als het gaat om de interventies – gericht op bijvoorbeeld preventie – winst te boeken, maar ook als het gaat om de koppeling tussen verschillende diensten. Dan hoeft er bijvoorbeeld niet meer iemand over de vloer te komen voor de medicijnen en weer iemand anders om te wassen, maar kan dat gecombineerd worden. Schroer: 'Als je dit denken verder doortrekt, leidt dit tot een ander aanbod, passender bij de profielen.'

Ook als het gaat om de samenwerking met andere zorgverleners zijn er nog stappen te zetten. Schroer: 'Ik hoop dat dit model ook omarmd wordt door andere zorgverleners en organisaties, zoals huisartsen, maatschappelijk werkers en ziekenhuizen, zodat gegevens en data uitwisselbaar worden, dat we elkaars werkwijze herkennen en er verbinding ontstaat. Daarmee kunnen we ook voorkomen dat we dingen dubbel doen. Zo iets is al mogelijk via MIJNPGO, waarin een klant gegevens van verschillende zorgverleners naar zich toe kan halen en kan delen met iedereen die betrokken is. Op zo'n manier ligt de regie ook nog eens bij de klant.'

Beslisondersteuning: data verzamelen, leren en uniform werken

Hoe krijgt de manier van denken binnen wijkverpleging bij Sensire, zoals die onder andere terugkomt in het DKDL-model, handen en voeten? Daar gaan Milou Brandsema, verpleegkundig informatiekundige bij Sensire, en wijkverpleegkundige Emilde van Voorst na de pauze op in. Brandsema houdt zich bezig met beslisondersteuning binnen Sensire: een digitale tool van samenwerkingspartner Alii die medewerkers helpt om beslissingen te nemen tijdens het verpleegkundig proces. Van Voorst is als wijkverpleegkundige nu twee weken betrokken bij de pilot rond beslisondersteuning.

Brandsema legt uit waarom Sensire heeft gekozen voor beslisondersteuning: 'Als wijkverpleegkundigen maken wij de hele dag samen met de klant keuzes rondom wijkverpleegkundig meesterschap en positieve gezondheid. Heel veel van die keuzes maken we in ons hoofd. En uit zulke keuzes kunnen we geen data halen, we

kunnen er niet van leren. Daarom hebben we besloten om keuzes van wijkverpleegkundigen te ondersteunen met beslisondersteuning. Door die keuzes vast te leggen kunnen we er data uit halen, zodat we ons handelen kunnen verbeteren. Het zorgt ook voor uniformiteit: we bevorderen hiermee dat we op dezelfde manier gaan werken binnen Sensire.'

Keuzes met impact op zorg

Beslisondersteuning wordt op verschillende momenten ingezet, en is dus niet alleen gericht op de casemix-vragenlijst om tot cliëntprofielen te komen. We werken op dit moment in de pilotgroep met drie modellen: een model voor triage, voor het organiseren van zorg en voor de casemix. Het triagemodel is gebaseerd op de landelijke richtlijnen van de V&VN en is ontwikkeld in coronatijd. Brandsema: 'In die tijd van enorme krapte moesten we met elkaar bepalen: welke zorgvraag nemen we nu wel aan en welke niet? We moesten dus op basis van urgentie zorgvragen behandelen. Dit hebben we bij Sensire ingebed in ons verpleegkundig proces. Want wij zagen die urgentie na de coronatijd nog steeds.'

Het triagemodel is ingebed vóór de anamnese. Via een aantal vragen geeft het richting aan meerdere beslissingen. De eerste vraag is meteen een heel belangrijke: is dit überhaupt een vraag voor de wijkverpleging? Brandsema: 'Dan volgt: wanneer beantwoorden we de klantvraag? Doen we dat direct of kan het nog een weekje wachten? En hoe beantwoorden we de klantvraag – wat kan er bijvoorbeeld digitaal? Tot slot: kunnen we de zorgvraag überhaupt beantwoorden? Hebben we daarvoor de juiste deskundigheid in huis? De keuzes uit de triage bepalen of de klant zorg gaat ontvangen, op welke termijn de klant zorg gaat ontvangen en hoe we deze zorg het beste op kunnen starten.'

Dringende situatie

Hoe ziet dat er dan in de praktijk uit? Dat laat Emilde van Voorst zien door ons door het scherm van de Alii-applicatie heen te loodsen. Als voorbeeld neemt ze een casus van een 77-jarige man die vorige week uit het ziekenhuis is ontslagen. Vanuit het ziekenhuis kreeg Sensire een aanvraag voor eenmaal daags wondzorg. Daarna volgde een telefonische triage. Van Voorst vult ter plekke de velden in het scherm in, op basis van de informatie vanuit de aanvraag en de triage, zoals: de klant heeft een partner en heeft weinig symptomen. Omdat er weinig symptomen zijn, geeft het systeem aan dat een verkorte anamnese – op basis van prioriteiten – afgenomen kan worden. Dat scheelt tijd.

Dan volgen enkele vragen over de draagkracht en draaglast van de klant: is de situatie plotseling veranderd (nee), leidt uitstel van actie tot een onveilige situatie (ja), is het regelvermogen van de klant en van zijn partner/netwerk voldoende (2x ja)? Op basis van de antwoorden geeft het systeem een uitslag: er is hier sprake van een klant met hoge draagkracht en lage draaglast, in een dringende situatie. Dringend, maar niet urgent: dat zou de uitkomst zijn geweest als de situatie van de klant wél plotseling was veranderd. Bij een dringende situatie is het advies om de zorg binnen twee dagen op te starten.

Direct doorklikken naar de juiste interventie

Uit de triagevragenlijst is in Alii dus een advies gerold: binnen twee dagen een eerste afspraak maken, de zorg opstarten en samen met de klant – via *shared decision making* – tot een zorgplan komen. Wat past er nu bij deze zorgvraag, welke ondersteuning kan worden ingezet? Daarmee komen we bij het tweede

model, organiseren van zorg. Brandsema: 'Binnen Sensire hebben we heel veel mogelijkheden. Zoals digitale zorg en hulpmiddelen, maar ook veel specialistisch verpleegkundigen. Al die interventies zetten we wel in, maar de manieren om daar te komen waren erg versnipperd. Voor de ene interventie moesten we mailen, voor de andere een formulier invullen, voor weer een andere bellen.'

Het model rond het organiseren van zorg helpt om in kaart te brengen wat er nodig is, en maakt het voor wijkverpleegkundigen vervolgens mogelijk om direct door te klikken naar de interventie die ze willen inzetten. Van Voorst laat weer zien hoe het werkt door, aan de hand van dezelfde casus, de vragen op het scherm te beantwoorden. 'Is inzet van hulpmiddelen verantwoord? Ja, de klant is gemotiveerd om via beeldzorg de wondzorg zelf aan te leren.' Alii biedt bij deze antwoordoptie meteen de mogelijkheid om een aanvraag voor beeldzorg te doen. Datzelfde geldt voor de inzet van een wondverpleegkundige: ook die aanvraag kan meteen worden gedaan. Aan het eind van de vragenlijst volgt een samenvatting met de aanvragen, als basis voor het zorgplan.

Ook casemix in Alii ingebouwd

Tot slot is ook de casemix-vragenlijst ingebouwd in Alii. Brandsema: 'Via de pilot hadden we al heel veel data verzameld. Die data vonden we zo relevant, dat we hebben besloten om de casemix ook in Alii in te bouwen. Van die data kunnen we vervolgens weer leren.' Van Voorst beantwoordt voor haar klant met de wond snel de casemix-vragen die eerder vandaag al voorbij zijn gekomen: over zijn sociale contacten, geheugenproblemen, psychische of gedragsproblematiek, het verwachte verloop en de mantelzorg, en de vier onderdelen over de ondersteuningsbehoefte. Anders dan de triage wordt deze vragenlijst pas na de anamnese ingevuld.

Als alle vragen zijn beantwoord genereert het systeem een cliëntprofiel: hoge draagkracht, lage draaglast, lage ondersteuningsbehoefte. Van Voorst: 'Met dit cliëntprofiel kunnen we uiteindelijk dus weer verder richting de bekostiging.'

Enorme bijdrage aan het wijkverpleegkundig proces

De grootste meerwaarde van dit systeem, benadrukt Brandsema, is dat die ontelbare keuzes die wijkverpleegkundigen dagelijks in hun hoofd maken, nu expliciet worden gemaakt. 'Al die data zijn nu toegankelijk in ons eigen data-warehouse, waardoor wij daar continu van kunnen leren. Dat is een enorme bijdrage aan het wijkverpleegkundig proces.' Het is makkelijk te schakelen tussen dit systeem en ons ECD, zodat ook collega's zoals VIG'ers en verzorgenden en verpleegkundigen de uitkomsten kunnen lezen. Brandsema: 'We zitten nog in de pilotfase, dus het systeem is nog volop in ontwikkeling. Het gaat steeds beter aansluiten bij wat wij als organisatie nodig hebben.'

Op een vraag vanuit Sensire hoe het publiek hiernaar kijkt volgen enthousiaste reacties. Ook Brandsema en Van Voorst zien dat wijkverpleegkundigen hier echt iets aan hebben. Brandsema: 'Ze kijken hierdoor heel anders naar de keuzes die ze maken, omdat ze nu zien wat ze vastleggen.' Van Voorst: 'Het levert echt wat op, en het kost heel weinig tijd. Mijn ervaring van de afgelopen twee weken is al dat het tot meer nadenken zet. Je gaat niet meer standaard twee keer per week ADL-zorg leveren, bijvoorbeeld.' Brandsema: 'Uiteindelijk willen we nog een stapje verder gaan, en wijkverpleegkundigen inzicht geven in de keuzes die collega's in vergelijkbare situaties maken.'

Breder kijken naar klanten

Het werd al even aangestipt, en uiteindelijk is dit de grote omwenteling die de toekomst van de wijkverpleging bepaalt: we gaan toe naar een nieuwe bekostiging, op basis van cliëntprofielen. Hoe moet die bekostiging nu precies vorm krijgen? Karien Tijkotte, strategisch zorgverkoper bij Sensire, heeft geen pasklaar antwoord, maar wil wel de gedachten delen die hierover leven binnen de organisatie. Ten eerste, benadrukt ze, moeten we de cliëntprofielen niet gaan zien als een-op-eenvervanging van de huidige ZN-doelgroepen. 'De cliëntprofielen bieden, zo is vanmiddag ook duidelijk geworden, heel veel mogelijkheden en kansen om breder te kijken naar klanten, naar wat nodig is om een bepaald doel te bereiken: een optimale balans tussen draagkracht en draaglast.'

Hoe kan daar dan bekostiging aan gekoppeld worden? 'Daarvoor moeten we samen het gesprek voeren over de vraag: wat beschouwen wij als wijkverpleging en wat willen wij daarvoor betalen? Dat is in de eerste plaats een gesprek tussen verzekeraars en organisaties.' Om dat gesprek goed te kunnen voeren moeten organisaties transparant zijn, stelt Tijkotte. 'We gaan per 1 januari 2024 cliëntprofielen registreren. Daarbij moeten we laten zien: wat zit er achter die profielen? Welke keuzes maken we, wat zetten we in aan zorg of juist aan niet-zorg om de klant verder te helpen?'

Standaardisatie als sleutel

Organisaties moeten dus een kijkje in de keuken geven, en verzekeraars moeten daar vervolgens een bekostiging aan koppelen. Dat is spannend, want organisaties krijgen veel ruimte om de wijkverpleging op hun eigen manier in te vullen. En zoals al eerder vanmiddag duidelijk werd: de praktijkvariatie is groot. Juist daarom is standaardisatie, zoals die nu bij Sensire met Alii wordt vormgegeven, zo belangrijk, vindt Tijkotte. Die standaardisatie is gebaseerd op de visie en de manier van denken achter het DKDL-model. 'Als alle wijkverpleegkundigen op dezelfde manier naar de klant kijken en handelen, dan kun je daar als verzekeraar makkelijker een bekostiging aan koppelen dan wanneer de praktijkvariatie nog heel groot is.'

Dit betekent overigens niet dat alle organisaties op precies dezelfde manier bekostigd moeten gaan worden. 'Ik geloof er niet zo in dat we toe moeten naar één bekostigingsmodel. Je houdt verschillen tussen organisaties, dat is niet erg. Je moet ook als organisatie kijken wat bij jou past. Maar ik denk wel dat wijkverpleegkundigen samen toe kunnen werken naar: dit is hoe we naar de klant kijken, dit is welke interventies we inzetten en welke keuzes we maken. Dat is de basis.'

Een fundamenteel andere manier van denken

De benodigde omwenteling in de bekostiging vraagt om een fundamenteel andere manier van denken over de organisatie. Ter afsluiting van de bijeenkomst geeft Maarten van Rixtel, bestuurder van Sensire, zijn visie op die manier van denken. Hij trekt de vergelijking met de boeren, die door de komst van de Boerenleenbank (nu de Rabobank) vast zijn komen te zitten in een systeem waarbij de bank de boer pas een lening geeft als hij bewijst dat hij kan groeien. Daarmee helpt het systeem niet meer om het oorspronkelijke doel te bereiken: voedsel voor de mensen produceren. 'En dus proberen we nu op een andere manier naar het boerenbedrijf te kijken: kleinschalig, biologisch, met een gezonde leefomgeving voor de boer.'

Eenzelfde patroon zien we in de zorg, waar een systeem is ontstaan waarin een organisatie pas gezond is als ze goed wordt betaald. De zorg zelf is daaraan ondergeschikt gemaakt. Dat klopt niet, zegt Van Rixtel: 'Een organisatie als Sensire is er nooit om goed betaald te worden. Zo'n organisatie is er om te faciliteren dat twee mensen – een professional en een klant – een relatie aangaan, en die relatie moet voor beiden productief zijn.'

De professional stuurt de organisatie

Het werd vanmiddag in de zaal een paar keer aangegeven: we werkten toch altijd al volgens de principes van het DKDL-model? Wat voegen die cliëntprofielen dan toe? Van Rixtel: 'Het probleem is dat het DKDL-model nooit onderdeel is geworden van het betalingssysteem. Dat komt doordat niet de inhoud van het vak belangrijk werd, maar de organisatie. In ons geval werd dus de organisatie Sensire dominant. Terwijl het doel van de organisatie niet is om omzet te maken, maar om de professional te helpen. Dus toen wij erachter kwamen dat onze organisatie een gezonde toekomst in de weg staat, zijn we gaan zoeken naar een andere manier van denken.'

Sensire heeft het omgedraaid: de professional stuurt de organisatie, in plaats van andersom. 'We zijn gaan werken vanuit het principe van professionele autonomie. De organisatie moet gebaseerd zijn op de manier waarop de professional denkt, en niet op de manier waarop de organisatie denkt. En zo zijn we uitgekomen bij iets wat aansluit bij het natuurlijke denken van de wijkverpleegkundige: het DKDL-model. De professional denkt niet in handelingen, omzet en doelmatigheid. De professional denkt in termen van zinvol gedrag. En dat is: het gedrag dat nodig is om mensen te helpen de regie te nemen over hun eigen leven.'

Cliëntprofielen als teken van empowerment

Deze omkering is ook vertaald naar de organisatiestructuur. Van Rixtel: 'Sensire is aan het einde gekomen van een fase waarin het management sturing geeft aan de professional. De professional is nu leidend. En de professional heeft geaccepteerd dat zorg niet alleen gaat over inhoud, maar ook over de hele context van die inhoud. Dus het gaat ook over: als ik dit nu beslis, wat betekent dat dan voor de zorg over vijf jaar?' Dat betekent ook dat de professional moet nadenken over kostenefficiëntie, vanuit haar natuurlijke manier van denken – die is gevat in het DKDL-model.

Van Rixtel hoopt van harte dat het mogelijk wordt dat die natuurlijke manier van denken van de wijkverpleegkundige dominant wordt in de manier waarop het systeem wordt ingericht. 'Mijn zorg is dat als de cliëntprofielen en de bekostiging bij elkaar komen, het systeem het wint van de inhoud.' En dat moet worden voorkomen: 'De cliëntprofielen zijn eigenlijk een teken van empowerment van de wijkverpleegkundige: ze representeren haar natuurlijke denken. Het systeem moet leren om dat denken te versterken, en er niet overheen te walsen door te zeggen: het gaat over geld. Nee, zorg gaat niet over geld, zorg gaat over relaties. En geld moet dat ondersteunen.'

Het systeem overtuigen

Ook Van Rixtel noemt standaardisatie hierbij als sleutel. 'Standaardisatie creëert vertrouwen en is een teken van professionalisering. Die twee elementen zijn cruciaal om het systeem ervan te overtuigen dat het denken en handelen van de wijkverpleging het heel logisch maakt om daarvoor te betalen. En daar hoort óók

niet-handelen bij, als onderdeel van professionaliteit. Dus ook dat moet worden beloond.' Het werken met cliëntprofielen is dus een manier om het natuurlijke denken van professionals expliciet te maken, en daarmee ook passende bekostiging mogelijk te maken. 'Ik hoop dat we ons daarvan bewust zijn, en dat we vanuit dat natuurlijke denken kunnen proberen de klant de regie te geven.'

Hoe gaat het proces nu verder? In juli heeft de NZa de beleidsregel gepubliceerd waarin is vastgelegd dat per 1 januari 2024 een nieuw experiment rond cliëntprofielen van start gaat. Deelnemende organisaties gaan vanaf dat moment de cliëntprofielen registreren. Maar de NZa kan niet de inhoud van de cliëntprofielen bepalen. Van Rixtel: 'Sensire en enkele andere organisaties helpen de NZa daarbij. De komende maanden gaan deze organisaties samen op zoek naar een goede inrichting van de cliëntprofielen, maar ook naar mogelijke interventies die binnen de cliëntprofielen leiden tot het gewenste resultaat. Namelijk: dat mensen weer hun eigen leven kunnen leiden. Van daaruit gaan we bekijken hoe de NZa dat kan vullen met geld.'