

## Verantwoording en implementatieplan Arbeidsorganisatie PsyCope

aangepast augustus 2011

**Projectteam Pilot Wijkgerichte Zorg:**

**Suzanne Gillessen-op den Kamp; Dorothé van Slooten; John Hermans; Tony Rasenberg**

### 0. Algemeen

**Naam aanvrager: Mondriaan**

**Naam project: Arbeidsverrijking PsyCope (werktitel intern bij Mondriaan = Pilot Wijkgerichte Zorg)**

**Projectnummer: 2009ESFN821**

**Sector: Geestelijke Gezondheidszorg**

**Thema**

*Arbeidstijdenmanagement*

roosterflexibiliteit

slimmer pauzeren

arbeidstijden

ontkoppelen van werk en werkplek

anders, namelijk : .....

*Arbeidstijdenmanagement*

zelfsturing

verbeterteams

multi-inzetbaar personeel

taakrotatie en taakverrijking

uitwisseling van kennis en ervaring via bestaande en nieuwe technologieën

anders, namelijk : .....

### Korte beschrijving van het bedrijf

Het sociaal innovatie project vindt plaats vanuit de Integrale Zorg van Mondriaan.

Mondriaan is een gespecialiseerde, 2<sup>e</sup> lijns instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Zuid Limburg. Mondriaan geeft uitvoering aan geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen, volwassenen en ouderen. Mondriaan is onderverdeeld in zes zorgdivisies:

1. Kinderen en Jeugdigen;
2. Specifieke Zorg (PsyQ);
3. Integrale Zorg Maastricht;
4. Integrale Zorg Parkstad;
5. Ouderenzorg;
6. Verslavingszorg en Forensische Zorg.

De divisies staan onder leiding van een divisiedirecteur, die integraal verantwoordelijk is voor de divisie. De directeur legt verantwoording af aan de Raad van Bestuur.

Mondriaan is een zelfstandige organisatie met de stichting als rechtsvorm. Het bestuur van de stichting is opgedragen aan een tweehoofdige Raad van Bestuur: een voorzitter en een lid. De Raad van Toezicht heeft tot taak toezicht te houden op het bestuur van de stichting en op de algemene gang van zaken in de stichting.

Binnen de divisies Integrale Zorg is voor de directeuren van de divisies een portefeuilleverdeling overeengekomen. Voor de portefeuille PsyCope is een van de directeuren gemandateerd. Deze rapporteert hierover aan het bestuur.

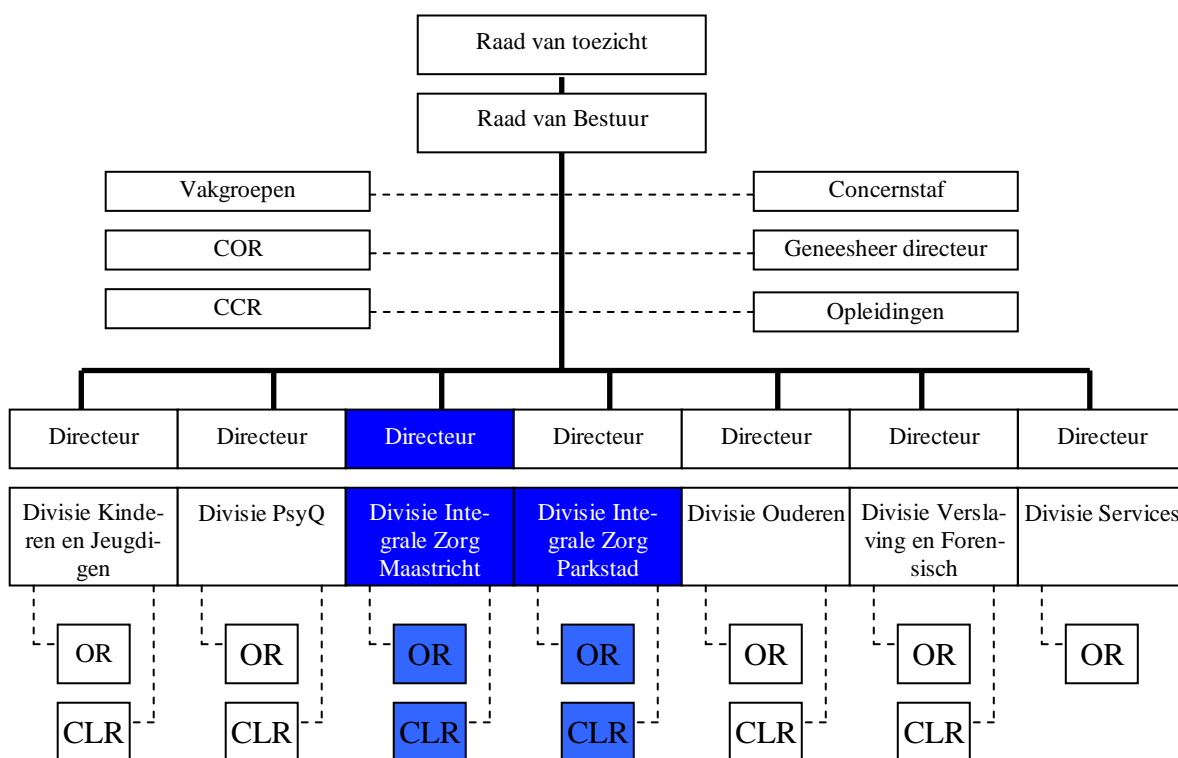
Omzet Mondriaan: circa 140 miljoen (excl. BV's)

Aantal medewerkers: circa 2500

## Identificatiegegevens

Naam rechtspersoon	Stichting Mondriaan
Adres	John F. Kennedylaan 301
Postcode	6419 XZ
Plaats	Heerlen
Algemeen telefoonnummer	045 - 57 36 262
Identificatienummer NZa	120 - 2501
Numerum Kamer van Koophandel	14068232

Het Organogram van Mondriaan is hierna volgend schematisch weergegeven.



\* *blauwe arcering betreft het onderdeel waar het project plaatsvindt, onder verantwoordelijkheid van de portefeuillehoudend directeur*

- De Integrale Zorg van Mondriaan bestaat uit de divisies Integrale Zorg Maastricht en de divisie Integrale Zorg Parkstad (Heerlen e.o.). De Integrale Zorg richt zich op het domein van de Severe Mental Illness ofwel de Ernstige Psychische Aandoeningen. Voor het grootste deel gaat het hierbij om schizofrenie of andere psychotische problematiek. Voor een klein deel betreft het overige diagnostische categorieën, met een indicatie voor de gespecialiseerde 2<sup>e</sup> lijn, waarbij tevens sprake is van simultane ernstige ontregeling op sociaal en somatisch vlak.

De Integrale Zorg geeft op Zuid Limburgs niveau uitvoering aan:

- Poliklinische en ambulante GGZ;
- Dagbehandeling en dagbesteding;
- Klinische verzorging en verpleging;
- Beschermd Wonen;
- Spoedeisende psychiatrie.

De omzet van de Integrale Zorg bedraagt: circa 50 miljoen.

Het aantal medewerkers is gelijk aan 700.  
Per jaar worden circa 2800 patiënten behandeld en begeleid.

### **Korte algemene beschrijving van het project**

De arbeidsorganisatorische ontwikkeling van de psychiatrie (maar ook bij aanpalende sectoren) kent een historie van specialisatie, subspecialisatie, arbeidsdeling en taaksplitsing. Dit heeft in de hand gewerkt dat de professionalisering binnen de verschillende deelterreinen zich vooral in separate, naar binnen gerichte processen heeft voltrokken. Mede als gevolg hiervan is een dominantie ontstaan van mono-disciplinaire benaderingen, functionele arbeidsdeling en bureaucratische sturing. Deze structuurkenmerken belemmeren de productiviteit, innovativiteit en de effectiviteit. Afgezet tegen de hoge mate van flexibiliteit die noodzakelijk is voor het individuele maatwerk bij ernstige psychische stoornissen, is sprake van structurele starheid (o.a. de Sitter, 1986, 1994, Kuipers, Van Amelsvoort, 1990, Kuipers, Van Amelsvoort, Kramer, 2010).

Noodzakelijk is een integrale interdisciplinaire (en daarmee flexibele) benadering, zowel op zorginhoudelijk als organisatorisch vlak. Gegeven de karakteristiek van de doelgroep Severe Mental Illness, is een integrale en interdisciplinaire benadering, gericht op de verschillende levensgebieden, essentieel. Daarbij dient de vormgeving en invulling van het primaire proces (de borging) maximaal op het laagste niveau in de organisatie gerealiseerd te worden. Dit dient plaats te vinden met behulp van maximaal autonome teams, samengesteld uit multi-inzetbare professionals, die samen verantwoording nemen voor het gehele zorgcontinuüm. De teams dienen regie te krijgen over de voorbereiding, ondersteuning, uitvoering en coördinatie van het primaire proces, alsmede over het eigen ontwikkel en verbeterproces. De professionele ontwikkeling is daarbij gericht op verbreding en veelzijdig vakmanschap, in plaats van subspecialisatie en taaksplitsing. Deze integrale arbeidsorganisatorische benadering is in een innovatieproject uitgewerkt en getest. Doelstelling was om een implementatieplan op te leveren waarmee aantoonbaar de productiviteit en de effectiviteit van de zorg verbeterd kunnen worden en een integraal model dat overdraagbaar is.

Het ESF voorstel ‘Arbeidsorganisatie PsyCope’, waarin dit voornemen voor de Integrale Zorg van Mondriaan is beschreven, concentreerde zich op het functioneren van de (F)ACT teams en de afstemming tussen (F)ACT en de kliniek.

Bij de besprekingen van het project die intern en extern plaatsvonden, ontstond het idee om dit plan iets breder uit te werken en ook de andere voorzieningen van de Integrale Zorg en collega-instellingen bij het verbeterproject te betrekken. Concreet betekende dit dat een team ban beschermd Wonen en een team van Dagbesteding aan het project werden toegevoegd.

Aanvullend op de toegezegde subsidie vanuit het ESF voor uitwerking en implementatie van de arbeidsorganisatorische innovatie, werd subsidie aangevraagd bij het O&O fonds voor extra ondersteuning en deskundigheidsbevordering van de betrokken medewerkers. Voor de aanvraag bij het O&O fonds werd de titel ‘Arbeidsverrijking: Wijkcentrum PsyCope’ gebruikt<sup>1</sup>. Omdat beide projectnamen (Arbeidsorganisatie PsyCope -ESF- en Arbeidsverrijking: Wijkcentrum PsyCope -O&O-) erg op elkaar lijken en tot verwarring konden leiden, werd besloten voortaan de werktitel ‘Pilot Wijkgerichte Zorg’ in de praktijk te hanteren.

Samenvattend is de doelstelling van het innovatieproject gericht op:

- onderzoek naar de (her)inrichting van de Integrale Zorg,
- uitwerking van een arbeidsorganisatorisch verbeterplan;
- uitvoeren en toetsen van de verbeteringen;
- uitwerking van een implementatieplan op grote schaal.

---

<sup>1</sup> Het O&O fonds heeft voor de extra ondersteuning en deskundigheidsbevordering een subsidie van € 50.000,- toegekend. Deze middelen zijn administratief en inhoudelijk onderscheiden van de ESF subsidie en separaat verantwoord. Een overzicht van de besteding is als bijlage opgenomen.

## 1. Analyse van de knelpunten in de arbeidsproductiviteit

### 1.1. definiëring van productiviteit

Productiviteit wordt in dit project gedefinieerd vanuit de determinanten c.q. aspecten die bepalend zijn voor de efficiënte en effectieve aanwending van personele en materiële middelen ten behoeve van de zorg. De daarin gemaakte keuzes van determinanten zijn gebaseerd op een drietal dimensies:

1. De arbeidsorganisatorische vormgeving op functie-, team- en afdelingsniveau.
2. De normering zoals uitgewerkt vanuit de financiële regimes Zorgverzekeringswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
3. De uitkomsten van de zorgverlening, zoals gedefinieerd in het gehanteerde Routine Outcome Measurement (ROM).

Op basis van deze dimensie zijn variabelen geselecteerd, die met behulp van bestaande instrumenten in meetbare termen zijn uitgedrukt (operationeel gedefinieerd). De operationele definitie per variabele is als volgt:

#### Arbeidsorganisatorisch

- Het zelfsturend vermogen c.q. de regelcapaciteit uitgedrukt in het probleemoplossend vermogen conform de WEBA - methode (1995).
- De mate van complexiteit van de arbeidsorganisatie in termen van organisatieontwerp (o.a. Kuipers, Van Amelsvoort, Kramer, 2010).
- De verhouding tussen overhead en cliëntgebonden formatie, uitgedrukt in een percentage.
- De effectiviteit van de besluitvorming op teamniveau op basis van het effectiviteitsmodel van Janssen, Veenstra en Van de Vliert (1996).
- De mate van doelgerichtheid en cliëntgerichtheid op teamniveau op basis van het teamfunctioneringsmodel van Rasenberg en Weijnenberg (2004).

#### Normering vanuit de financiering (DBC en NZA)

- De ingezette directe cliënt gebonden tijd op teamniveau, uitgedrukt in een percentage van de totaal beschikbare tijd, op basis van DBC parameters.
- De ingezette indirect cliënt gebonden tijd op teamniveau, uitgedrukt in een percentage van de totaal beschikbare tijd, op basis van DBC parameters.
- De verhouding tussen ingezette cliënt gebonden tijd en niet - cliënt gebonden tijd, uitgedrukt in een percentage, op basis van DBC parameters.
- De individuele productie op basis van NZA parameters.

#### Patiënt variabelen

- Psychisch functioneren op basis van de BPRS.
- Sociaal functioneren op basis van de GAF.
- Kwaliteit van leven op basis van het zorgmonitor protocol.

### 1.2. Beschrijving van de analyse activiteiten

De pilotstudy borduurt voort op langer lopend onderzoek. In samenwerking met de Universiteit Maastricht (vakgroep Psychiatrie en Psychologie) wordt reeds een aantal jaren onderzoek gedaan naar de verbetering van de zorg binnen het domein van de Ernstig Psychische Aandoeningen (EPA). De onderzoeken wijzen erop dat de zorg bij EPA het best tot zijn recht komt wanneer dit

- multidisciplinair wordt vorm gegeven;
- outreachend en transmuraal gericht is;
- door de verschillende voorzieningen heen consistent en in nauwe onderlinge afstemming uitgevoerd wordt.

Dit heeft onder andere geleid tot de oprichting van zogenoemde FACT teams en de formele verbinding tussen de ambulante behandeling en begeleiding en de klinische verpleging en verzorging.

Het onderzoek is tot op heden vooral gericht op de zorginhoudelijke aspecten. In het project Wijkgerichte Zorg wordt ingezoomd op de arbeidsorganisatorische vormgeving. Er wordt nagegaan in hoeverre de veronderstelde betere zorgverlening, daadwerkelijk gefaciliteerd wordt door de organisatorische inrichting van de zorg. De bestaande organisatie is daartoe geïnterpreteerd op basis van integrale organisatiekundige inzichten. Vanuit de Integrale Ontwerpleer<sup>2</sup> is een alternatieve organisatorische inrichting uitgewerkt. De aanname hierbij is dat de optimale zorgverlening bij EPA, het best tot zijn recht komt wanneer dit georganiseerd wordt in kleinschalige Resultaat Verantwoordelijke Eenheden, die maximaal aansluiten op de natuurlijke leefomgeving van cliënten. Om deze aanname te toetsen en verder te concretiseren is een uitgebreid onderzoeks- en inventarisatietraject gestart: de analysefase.

In de analysefase is als volgt te werk gegaan:

1. Karakterisering van de problematiek van de doelgroep (mensen met EPA), in concrete termen op basis van de thans geldende (geaccepteerde) wetenschappelijke inzichten.
2. Beschrijving van de noodzakelijke inhoudelijke zorgcomponenten waarmee maximaal tegemoet kan worden gekomen aan de behoeften die volgen uit de karakterisering van de doelgroep. Dit op basis van evidence based practices en de keuzes daarin op grond van visie binnen Integrale Zorg.
3. Uitwerking van een conceptueel model waarin zorginhoudelijke aspecten en arbeidsorganisatorische aspecten met elkaar in verbinding zijn gebracht. Gefundeerd vanuit uitgebreid literatuuronderzoek en consultatie van deskundigen.
4. Operationalisering van het conceptueel model in de vorm van een grofmazig inrichtingsmodel (naar de grof - fijn - cyclus van Van Amelsvoort, Metsemakers, 2002).
5. Instrumentatie van de uitgewerkte variabelen in het kader van productiviteit.
6. Uitwerking van de projectstructuur.
7. Organisatie van een werkconferentie voor alle medewerkers van de Integrale Zorg, waarvan
  - het ochtenddeel was gericht op de bespreking en toetsing van de (resultaten van) de stappen 1 tot en met 6;
  - het middagdeel was gericht op de nadere, gezamenlijke inventarisatie van knelpunten in de sfeer van productiviteit.
8. Uitwerking van de resultaten van de analyse fase.

(in hoofdstuk 3, na bespreking van de doelstellingen en de instrumentatie wordt verslag gedaan van de resultaten van de analysefase).

### **1.3 Beschrijving van de analysefase**

#### **Ad 1. Karakterisering van de doelgroep**

De typering van de problematiek en de daarop gebaseerde zorgbehoefte is bepalend voor:

- de zorgverlening;
- de daarbij passende zorgorganisatie;
- de cyclus van onderzoek en ontwikkeling.

In de onderstaande figuur is dit centrale principe gevisualiseerd.

---

<sup>2</sup> Geënt op de ontwikkeling van de sociotechnische systeemtheorie, in Nederland onder andere: De Sitter, In 't Veld, Hasken, Van Assen, Bolwijn, Kumpe, Ewijk-Hoevenaars, Kuipers, Van Amelsvoort, Van Eijnatten.



De doelgroep van de Integrale Zorg is de groep cliënten waarbij sprake is van EPA (Ernstig Psychische Aandoening of Severe Mental Illness).

Bij deze groep gaat het voornamelijk om schizofrenie en andere psychotische stoornissen. Voor een beperkt deel betreft het cliënten met andere dominante psychische stoornissen maar waarbij de manifestatie dermate ingrijpend is dat eveneens sprake is van simultane ontregeling op psychisch, sociaal en somatisch vlak. Dat laatste is veelal het geval bij zogenoemde comorbiditeit. De beschrijving van de doelgroep en de kenmerkende behoeften is gebaseerd op de actuele stand van zaken in de psychiatrische diagnostiek.

#### **Ad 2. Noodzakelijke inhoudelijke zorgcomponenten op basis van de typering van de doelgroep**

De langdurigheid, ingrijpendheid en manifestatie op de diverse levensgebieden resulteert in een brede zorgbehoefte. Er is behoefte aan langdurige:

- medisch specialistische (psychiatrische) diagnostiek en behandeling;
- psychologische diagnostiek en behandeling;
- verpleegkundige diagnostiek en verpleging en verzorging;
- psychosociale begeleiding;
- sociaal psychologische en agogische begeleiding op het vlak van wonen, werken, leren, socialiseren.

Zowel wetenschappelijk als vanuit de zorgpraktijk is er inmiddels brede acceptatie voor de deze opvatting van de zorgbehoefte (zie o.a. Van Veldhuizen, Bähler, Polhuis, Van Os, 2008). In toenemende mate wordt vanuit de praktijk van de zorgverlening hierop ingespeeld en wordt getracht de zorgbehoefte bij EPA toegespitst te vertalen in de uitvoering van de zorg. Samenvattend kan dit als volgt getypeerd worden:

- een sterker accent op ambulante hulpverlening in plaats van klinische opname;
- uitvoering van de zorg vanuit multidisciplinair samengestelde teams die Multi methodisch opereren;
- intensivering van de afstemming tussen de ambulante hulpverlening en de voorzieningen voor klinisch verblijf en daghulp;
- integratie van de hulpverleningvormen in de samenleving;
- intensivering van de afstemming met de ketenpartners.

Voor de pilot Wijkgerichte Zorg zijn deze typering van het gewenste zorgaanbod vertaald in inhoudelijke bouwstenen die maatgevend zijn voor de uitvoering en de inrichting van de zorg. Deze vormen

een essentieel domein van het conceptuele model, waarin de zorginhoudelijke en arbeidsorganisatorische bouwstenen met elkaar in verbinding zijn gebracht. Het conceptueel model is als bijlage 1 opgenomen.

### Ad 3. Noodzakelijke integratie van zorginhoudelijke - en arbeidsorganisatorische aspecten

Het appel op flexibiliteit, creativiteit, innovatief vermogen is hoog en verlangt een arbeidsorganisatorische vormgeving die dit maximaal stimuleert. Dit wordt geconcretiseerd in een passend organisatorisch ontwerp, waarin het regelvermogen zo dicht mogelijk bij de bron wordt gemaximeerd: op functie- en teamniveau. Maximering van het regelvermogen op laag niveau is functioneel verbonden aan de integrale verantwoordelijkheid op teamniveau.

### Ad 4. Operationalisering van het conceptueel model: grofmazig inrichtingsmodel

Op basis van de Integrale Ontwerpleer (zie voetnoot 1) is een grofmazig herontwerpgemaakt (o.a. gebaseerd op de grof - fijn - cyclus van Van Amelsvoort, Metsemakers, 2002). Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn:

- de variatie in de externe eisen moet overeenkomen met de variatie die intern georganiseerd wordt;
- de beschikbaarheid van de variatie voor de externe partijen wordt geborgd door de variatie op het laagste niveau, in het primaire proces, in te bouwen (veelzijdig vakmanschap, Rasenberg, Weijenberg, 2004);
- in de arbeidsorganisatorische vormgeving wordt uitgegaan van een eenvoudige structuur en ‘complexe’, uitdagende functies;
- het regelvermogen dient op functie- en teamniveau maximaal te zijn.

### Ad 5. Instrumentatie van de variabelen

In paragraaf 1.1 is aangegeven hoe productiviteit in dit project is gedefinieerd. De daarbij behorende variabelen en de aangewende instrumenten zijn in die paragraaf reeds beschreven. Hiermee is per variabele aangegeven wat de operationele definitie is en hoe de meting plaatsvindt. De genoemde variabelen en de bijbehorende instrumentatie worden hieronder geresumeerd.

Variabele	Meting
<b>Arbeidsorganisatorisch</b>	
Probleemoplossend vermogen conform de WEBA - methode (1995).	Kwantificering naar Rasenberg, Weijenberg (2004) op basis van de WEBA - methode (1995) <sup>3</sup> .
De mate van complexiteit van de arbeidsorganisatie in termen van organisatieontwerp.	Kwalitatieve waardering van de organisatiestructuur (mede op basis van Kuipers, Van Amelsvoort, Kramer, 2010).
De verhouding tussen overhead en cliëntgebonden formatie.	Kwantitatieve score uitgedrukt in een percentage, op basis van eigen persoonsinformatiesysteem.
De effectiviteit van de besluitvorming op teamniveau.	Kwantificering op basis van het effectiviteitsmodel van Janssen, Veenstra en Van de Vliert (1996).
De mate van doelgerichtheid en cliëntgerichtheid op teamniveau en de intrinsieke motivatie.	Kwantificering op teamniveau op basis van het teamfunctioneringsmodel van

<sup>3</sup> De WEBA-methode (1995) is een omvangrijke handleiding voor analyse, herontwerp en inrichting op basis van de sociotechnische principes. De handleiding bestaat uit:

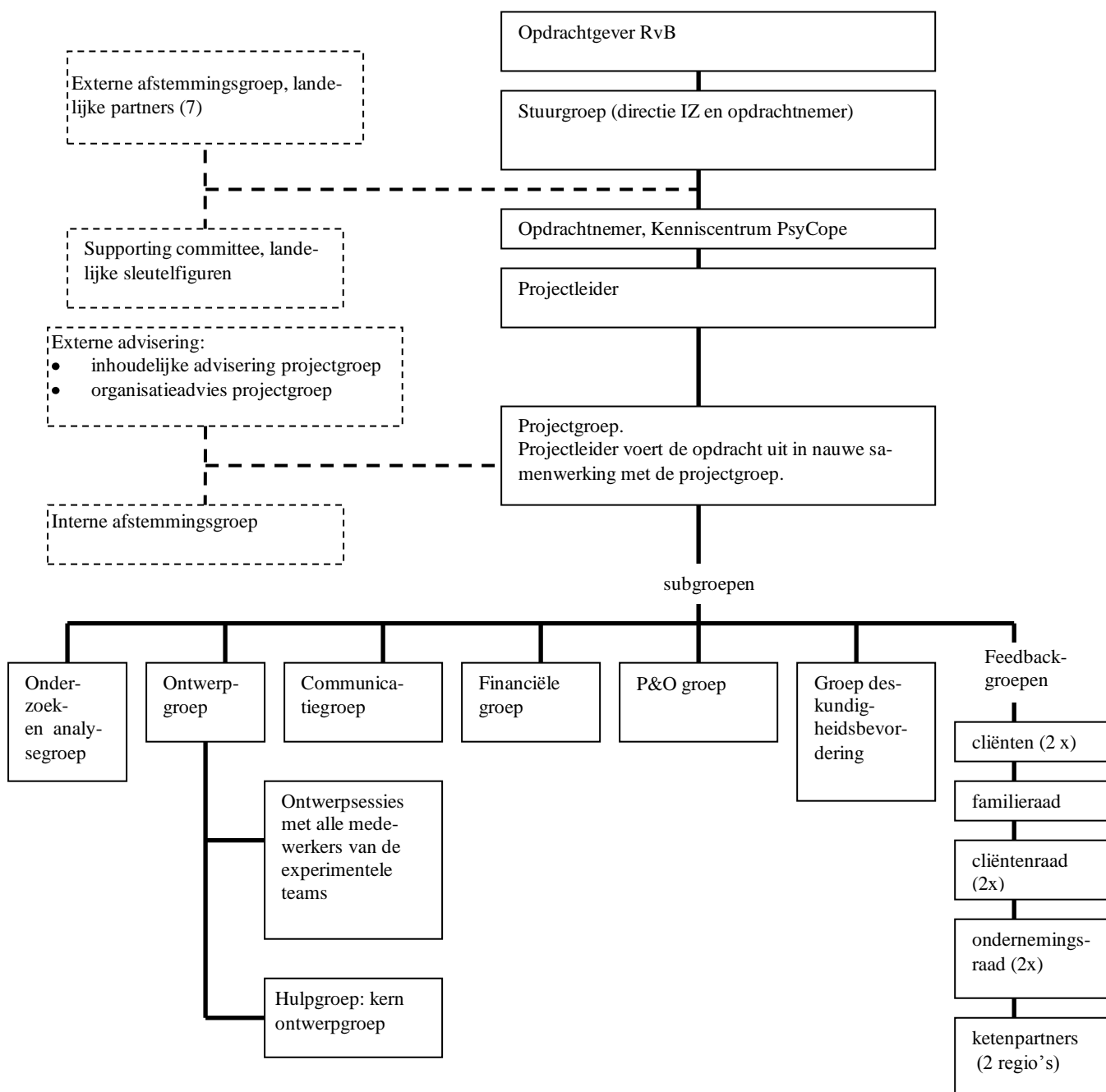
- een theoretische onderbouwing;
- een methode om functies te analyseren;
- een methode voor het (her)ontwerpen van organisaties;
- een methode voor de verbetering van de organisatie van de arbeid;
- een overzicht van onderzoekstoepassingen van de WEBA-methode in verschillende sectoren.

	Rasenberg en Weijnenberg (2004).
<b>Normering vanuit de financiering (DBC en NZA)</b>	
De ingezette directe cliënt gebonden tijd op teamniveau.	Kwantificering op basis van de DBC systematiek.
De ingezette <u>in</u> direct cliënt gebonden tijd op teamniveau.	Kwantificering op basis van de DBC systematiek.
De verhouding tussen ingezette cliënt gebonden tijd en niet - cliënt gebonden tijd.	Kwantificering op basis van de DBC systematiek.
De individuele productie.	Kwantificering op basis van de NZA parameters.
<b>Patiëntgegevens</b>	
Psychisch functioneren.	Kwantificering op basis van de BPRS.
Sociaal functioneren.	Kwantificering op basis van de GAF.
Kwaliteit van leven.	Kwantificering op basis van het zorg-monitor protocol (Delespaul e.a. 2009)

#### **Ad 6. Uitwerking van de projectstructuur en inrichting van het onderzoek**

Voorafgaande aan de analysefase is de projectstructuur op hoofdlijnen uitgewerkt. Gedurende de analysefase is de projectstructuur aangevuld en definitief ingericht. Onderstaand is de projectstructuur schematisch weergegeven, gevolgd door een korte beschrijving per onderdeel.





### Toelichting projectstructuur

Het project wordt uitgevoerd in opdracht van de Raad van Bestuur. Namens deze geeft de directie van IZ sturing aan het project. Intern is de opdracht geadresseerd aan het Kenniscentrum PsyCope. De manager van het Kenniscentrum is benoemd als projectleider. De projectleider heeft binnen de instelling een projectgroep geformeerd, bestaande uit ter zake deskundigen.

Extern is een afstemmingsgroep geformeerd, bestaande uit 7 landelijke partners. Tevens is een externe supporting committee in het leven geroepen, bestaande uit landelijke sleutelfiguren.

Intern is eveneens een afstemmingsgroep geformeerd, bestaande uit een ruime vertegenwoordiging van het management.

Specifieke ondersteuning wordt geboden door een tweetal externe adviseurs (op inhoudelijk en organisatorisch vlak).

Voor de verschillende deelaspecten van het project zijn werkgroepen in het leven geroepen. De projectleider is betrokken in alle werkgroepen:

1. Onderzoek en analyse. Deze werkgroep bestaat uit vijf onderzoekers.

2. Ontwerpgroepen. Voor de concretisering van het herontwerp zijn de volgende groepen geformeerd:
  - ontwerpgroep op management niveau, hierin worden besluiten over het herontwerp genomen;
  - ontwerpessies, hieraan nemen alle medewerkers van de experimentele groepen deel en wordt het herontwerp voorbereid;
  - kernontwerpgroep, dit is een selecte groep die op specifieke onderdelen van het herontwerp concretisering aanbrengt.
3. Communicatiegroep. Deze bestaat uit drie leden en richt zich op de interne en externe communicatie over het project.
4. Financiële groep. Deze bestaat uit de financieel adviseurs van de Integrale Zorg en een tweetal externe deskundigen. Binnen deze groep wordt gewerkt aan een financieel model voor monitoring van de herontworpen RVE's.
5. P&O groep. In deze werkgroep wordt uitgewerkt welke aanpassingen nodig zijn in de competenties van medewerkers, als gevolg van het herontwerp. De groep bestaat uit twee P&O adviseurs.
6. Groep deskundigheidsbevordering. In deze groep is de aanvullende deskundigheidbevordering uitgewerkt voor de teamleiders, unitmanagers, clustermanagers en zorgmanagers die een actieve rol spelen in de begeleiding van het herontwerp en de implementatie.
7. Feedbackgroepen. De inventarisatie van knelpunten en de uitwerking van oplossingen hiervoor zijn periodiek besproken met een groot aantal stakeholders. Dit gebeurde in feedback bijeenkomsten met:
  - cliënten;
  - cliëntenraad;
  - familieraad;
  - ondernemingsraad;
  - ketenpartners.

### Keuzes bij de inrichting van het onderzoek

De pilot Wijkgerichte Zorg is zodanig ingericht dat de resultaten kunnen worden gebruikt voor wetenschappelijke analyse en publicatie. Hiervoor is uitgegaan van het 'vergelijkingsmodel voor onafhankelijke groepen' als design. Om ervoor te zorgen dat de resultaten voldoende overtuigingskracht hebben, is binnen de pilotstudy gekozen voor voormeting en nameting bij wijken waar geïmplementeerd wordt en wijken waar dat niet gebeurt. In de wijken waar wordt geïmplementeerd spreken we van de experimentele groep (teams). De wijken waar niet wordt geïmplementeerd, maar die wel meedoen in de metingen, fungeren als controlegroep. In het onderstaande model is dit schematisch weergegeven.

	Meting tijdstip 1	Implementatie van veranderingen	Meting tijdstip 2
experimentele groep	y <sub>1</sub>	Ja	y <sub>2</sub>
controlegroep	y <sub>3</sub>	Nee	y <sub>4</sub>

De experimentele en controlegroep bestaan uit de volgende teams:

#### Experimenteel:

- Beschermd Wonen team Herle en Aambos (Heerlen);
- Team EMD RIBW Maastricht & Heuvelland (externe partner);
- Teams dagbesteding, ontmoeting en inloop De Brök (Heerlen) en Frankenstraat (Maastricht);
- Wijkteam Heerlen Centrum en Wijkteam 3 in Maastricht.

#### Controlegroepen:

- BW Heiveld;
- WLW team (inclusief trajectbegeleiding) OC Brunssum en DAR Vijverdalseweg;
- Wijkteam Landgraaf en team 2 in Maastricht;

- FACT team Orbis GGZ (externe partner);
- Dagbesteding Orbis GGZ (externe partner);
- FACT team Riagg Zuid (externe partner).

Tevens zijn betrokken de klinische afdelingen:

- KD in Maastricht;
- De Haage in Maastricht;
- Weidezicht in Heerlen;
- 3 C in Heerlen.

De klinische afdelingen zijn niet ingedeeld in de experimentele of controle conditie. Zij zijn wel betrokken in het herontwerp en de implementatie.

### Ad 7. Werkconferentie

In het begin van de analyse fase is een werkconferentie georganiseerd voor alle medewerkers van Integrale Zorg. In het ochtendgedeelte van de conferentie is uitleg gegeven over de achtergrond en doelstelling van het project. Dit in de vorm van lezingen en plenaire discussie.

In het middagdeel is met alle medewerkers van de experimentele groep in deelsessies gewerkt aan:

- inventarisatie van voorkomende knelpunten en regelproblemen;
- analyse van de geïnventariseerde knelpunten en regelproblemen;
- 1<sup>e</sup> zeer globale oplossingsrichtingen.

De werkconferentie was zeer druk bezocht en zonder meer een succes te noemen. Naast de informatieve en inventariserende doelstelling had de conferentie ook uitdrukkelijk het karakter van een start - bijeenkomst.

De resultaten van de werkconferentie zijn gedocumenteerd en in een latere fase verwerkt in de instrumentatie en implementatie.

### Ad 8. Uitwerking van de resultaten van de analyse fase

De uitwerking van de resultaten van de analyse is doorlopend vormgegeven. Dat wil zeggen dat de inventarisatie, de analyse daarvan en de verwerking in interventies, niet is beperkt tot de analysefase. Het project is ingericht als een praktijkonderzoek, op basis van de regulatieve cyclus van Van Strien (1986). Dit betekent dat er sprake is van opeenvolgende cycli van analyse - ingreep - evaluatie - bijstelling en concretisering in de interventies.

Voor het project in zijn geheel geldt overigens dat er sprake is van in elkaar overvloeiende fasen en opeenvolgende cycli. De daarbij gelegde accenten in de tijd zijn onderstaand schematisch weergegeven.

2009 - 2010	juni 2010	juli	september	oktober	november	december	januari 2011	februari	maart	april	mei	juni	restant 2011
voorstudies													
	projectinrichting												
	operationalisering / instrumentatie												
		metingen											
			analyse en vertaling										
			herontwerp										
								implementatie					
										tussentijdse metingen			

Samenvattend kan gesteld worden dat in de analysefase uitgebreid is nagegaan in hoeverre er knelpunten voor productiviteit zijn op het vlak van:

1. Probleemoplossend vermogen.
2. De complexiteit van de arbeidsorganisatie.
3. De verhouding tussen overhead en cliëntgebonden formatie.
4. De effectiviteit van de besluitvorming op teamniveau.
5. De doelgerichtheid en cliëntgerichtheid op teamniveau en de intrinsieke motivatie.
6. De ingezette directe cliënt gebonden tijd op teamniveau.
7. De ingezette indirect cliënt gebonden tijd op teamniveau.
8. De verhouding tussen ingezette cliënt gebonden tijd en niet - cliënt gebonden tijd.
9. De individuele productie.

Tevens is de relatie met patiëntvariabelen in beeld gebracht betreffende:

10. Psychisch functioneren.
11. Sociaal functioneren.
12. Kwaliteit van leven.

De resultaten van de analyse worden na bespreking van de instrumentatie verwoord, in hoofdstuk 3.

### **Financiële verantwoording**

Voor de uitvoering van het project is een leading coalition binnen de instelling geformeerd (26 personen betrokken). Vanuit deze groep zijn kartrekkers van het project voor de diverse deelgroepen gekruet. De werkuren van de kartrekkers die besteed zijn aan de opdrachten (en daarmee onttrokken aan de going concern) zijn separaat geadmistreerd, conform de met het ESF overeengekomen tarieven. De aldus geïnvesteerde uren per fase worden in de declaratie opgevoerd. De verletkosten van overige medewerkers die bijdragen hebben geleverd aan de verschillende deelopdrachten (bijvoorbeeld door te participeren als respondent, als werkgroep lid, of als deelnemer van werksessies), zijn niet in de declaratie opgevoerd.

De aldus gemaakte kosten van het onderdeel ‘analyse van de knelpunten in de arbeidsproductiviteit’ bedragen € **28915**

### **2. Analyse van de sociale innovatiepotentie**

Er is van meet af aan fors ingezet op de borging van de sociale innovatiepotentie. De initiatieven op dat vlak worden kernachtig samengevat.

1. Er is een adviesrelatie voor de duur van het project aangegaan met de heer Drs. R. van Veldhuizen. Deze is landelijk en ook internationaal bekend als voorvechter en deskundige op het vlak van de multidisciplinaire zorg bij EPA. De inhoudelijke know how op het gebied van de herinrichting van de zorg is daarmee extra versterkt.
2. Er is voor de duur van het project een adviesrelatie aangegaan met de heer Prof. Dr. Ir. P. van Amelsvoort. Deze was voorheen verbonden als bijzonder hoogleraar aan de Radboud Universiteit (bedrijfskunde en in het bijzonder sociotechniek) en momenteel als bijzonder hoogleraar ‘Sociale Innovatie’ aan de universiteit van Leuven. De arbeidsorganisatorische verankering op het vlak van structuur, cultuur, systemen en gedrag is in nauwe samenwerking met de heer Van Amelsvoort in het herontwerp verdisconteerd.
3. Er is een landelijk netwerk van 7 collega-instellingen in het leven geroepen, waarin het vraagstuk van herontwerp en borging onderwerp is van kennisdeling en kennisontwikkeling.
4. Het initiatief is verwoord in een landelijk manifest (manifest PsyCope), dat bij de brancheorganisatie GGZ Nederland is aangeboden en besproken. Dit heeft o.a. geleid tot de toekenning van de prijs ‘Hart voor je werk GGZ’.
5. Het initiatief is eveneens aangekaart bij en besproken met het ministerie van VWS (directie GGZ kortdurend en langdurend). Naast de gegeven waardering voor het project is bevestigd dat de ingezette beweging in lijn is met de duurzame herinrichting die het ministerie voor ogen staat.

6. Er is een aantal vooraanstaande wetenschappers gevraagd zitting te nemen in een supporting committee, ter ondersteuning van het initiatief.
7. Er zijn twee pilots opgestart waar, in samenwerking met collega-instellingen en ketenpartners in de praktijk wordt geëxperimenteerd met een arbeidsorganisatorisch herontwerp (het onderhavige initiatief).
8. Er is een financieel model uitgewerkt om de drie financieringsstromen in het zorgcontinuüm voor de EPA te integraal te monitoren (in samenwerking met Tibbe Company).
9. Er is aanzienlijk geïnvesteerd in interne deskundigheidbevordering en interne en externe participatie bij de analyse van knelpunten, herontwerp en implementatie.
10. De resultaten van het project worden in Oktober gepresenteerd tijdens het internationale FACT congres.
11. De resultaten van het project worden vertaald in een verbeterde versie van de PsyCope formule. Hierover wordt aan het eind van het jaar (streven) een praktijkboek voor de GGZ gepubliceerd. In het praktijkboek zullen de definitieve onderzoeksresultaten worden verwerkt op het vlak van de variabelen die in verband zijn gebracht met productiviteit. Het boek zal de vorm hebben van een handboek waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe de PsyCope formule is opgebouwd en kan worden ingevoerd.
12. Er is een meerjaren ontwikkelplan voor IZ uitgewerkt voor de bredere borging van het initiatief binnen de instelling. In het ontwikkelplan is daarvoor aangehaakt bij de landelijke beweging om te komen tot een aanzienlijke reductie van klinische bedden ten faveure van een fundamentele herinrichting van de zorg, geënt op maatschappelijke integratie en ‘normalisering’ van de GGZ (het RvB<sup>2</sup> initiatief). De RvB heeft de opdracht gegeven hiervoor een haalbaarheidstudie te doen in de vorm van een businesscase.

### Financiële verantwoording

Voor de uitvoering van het project is een leading coalition binnen de instelling geformeerd (26 personen betrokken). Vanuit deze groep zijn kartrekkers van het project voor de diverse deelgroepen gerekruteerd. De werkuren van de kartrekkers die besteed zijn aan de opdrachten (en daarmee onttrokken aan de going concern) zijn separaat geadmistreerd, conform de met het ESF overeengekomen tarieven. De aldus geïnvesteerde uren per fase worden in de declaratie opgevoerd. De verletkosten van overige medewerkers die bijdragen hebben geleverd aan de verschillende deelopdrachten (bijvoorbeeld door te participeren als respondent, als werkgroep lid, of als deelnemer van werksessies), zijn niet in de declaratie opgevoerd.

De aldus gemaakte kosten van het onderdeel ‘analyse van de sociale innovatiepotentie’ bedragen € **14791**

### 3. Opstellen meetbare doelstellingen

In hoofdstuk 1 is uitgewerkt hoe productiviteit in dit project is gedefinieerd. De subvariabelen die deel uit maken van deze operationele definiëring, zullen in hoofdstuk 3 worden gepreciseerd, op basis van de aangewende instrumentatie. De uitwerking wordt schematisch weergegeven.

Variabele	Definiëring	Instrumentatie
Probleemoplossend vermogen.	De mate waarin voorkomende regelproblemen, die het primaire proces belemmeren, kunnen worden opgelost c.q. blijven bestaan.	Kwantificering naar Rasenberg, Weijnenberg (2004) op basis van de WEBA - methode (1995). 1 = probleem blijft bestaan 2 = oplossing via derden 3 = oplossing met hulp van directe collegae 4= autonome oplossing
Complexiteit van de arbeidsorganisatie.	De typering van de arbeidsorganisatie in termen van de regimes uit de Integrale Ontwerpleer.	Kwalitatieve waardering van het organisatieontwerp (mede op basis van Kuipers, Van Amelsvoort, Kramer, 2010).
De verhouding over-	De zorggebonden formatie afgezet tegen de formatie	Kwantitatieve score uitgedrukt in een percentage: • gemiddelde afdracht aan de shared service organi-

head en cliëntgebonden formatie.	voor management en support.	<p>satie;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gemiddelde interne omvang formatie management en support.</li> </ul>
De effectiviteit van de besluitvorming op teamniveau.	De mate van taakgerichtheid, persoongerichtheid, integratief gedrag, distributief gedrag van de teamleden in besluitvormingsprocessen en de mate waarin dit effect heeft op: <ul style="list-style-type: none"> <li>• de kwaliteit van de beslissing,</li> <li>• et begrip ervan,</li> <li>• het commitment eraan,</li> <li>• de onderlinge verhoudingen</li> </ul>	Kwantificering op basis van het effectiviteitsmodel van Janssen, Veenstra en Van de Vliert (1996). Gemeten op basis van de Likert schaal (beantwoording van probleemstellingen in 5 - punt schaal). Individuele scores worden gesommeerd en als gemiddelde van de groep weergegeven.
Doelgerichtheid.	De mate waarin hulpverleningsdoelen worden geconcretiseerd in activiteiten, meetbare resultaten en worden afgegrensd in tijd.	Kwantificering op teamniveau op basis van het teamfunctioneringsmodel van Rasenberg en Weijenberg (2004). Gemeten op basis van de Likert schaal (beantwoording van probleemstellingen in 5 - punt schaal). Individuele scores worden gesommeerd en als gemiddelde van de groep weergegeven.
Cliëntgerichtheid.	De mate waarin de patient wordt betrokken bij de uitwerking en de realisering van de doelen.	Kwantificering op teamniveau op basis van het teamfunctioneringsmodel van Rasenberg en Weijenberg (2004). Gemeten op basis van de Likert schaal (beantwoording van probleemstellingen in 5 - punt schaal). Individuele scores worden gesommeerd en als gemiddelde van de groep weergegeven.
Intrinsieke motivatie <sup>4</sup> .	De mate waarin hulpverleningsdoelen worden geconcretiseerd in activiteiten, meetbare resultaten en worden afgegrensd in tijd.	Kwantificering op teamniveau vertaling van 'intrinsiek werk motivatie' schaal van Warren et al, 1979. Gemeten op basis van de Likert schaal (beantwoording van probleemstellingen in 5 - punt schaal). Individuele scores worden gesommeerd en als gemiddelde van de groep weergegeven.
De ingezette directe cliënt gebonden tijd op teamniveau.	De directe face tot face en ear to ear contacten tussen hulpverlener en patiënt.	Kwantificering op basis van de individuele registratie in DBC systematiek. Individuele scores worden gesommeerd en als gemiddelde van de groep weergegeven.
De ingezette <u>ind</u> irect cliënt gebonden tijd op teamniveau.	De overleg en afstemmingscontacten van de hulpverlener ten behoeve van de patiënt in zijn caseload.	Kwantificering op basis van de individuele registratie in DBC systematiek. Individuele scores worden gesommeerd en als gemiddelde van de groep weergegeven.
De niet - cliënt gebonden tijd.	De tijd die de hulpverleners besteden aan werkzaamheden die niet gerelateerd zijn aan de patiënten in de caseload.	Kwantificering op basis van de individuele registratie in DBC systematiek. Individuele scores worden gesommeerd en als gemiddelde van de groep weergegeven.
De individu-	De verhouding face tot face	Kwantificering op basis van de declaratie in NZA pa-

<sup>4</sup>Intrinsieke motivatie maakt als variabele geen deel uit van de definiëring van productiviteit. De variabele is meegenomen omdat in het arbeidsorganisatorisch ontwerp op basis van de Integrale Ontwerpleer wordt uitgegaan van intrinsieke gemotiveerdheid als fundament voor vakmanschap. Om die reden wordt getoetst in welke mate intrinsieke motivatie als persoonlijke drijfveer aanwezig is.

ele productie.	contacten en niet face tot face contacten.	rameters. Individuele scores worden gesommeerd en als gemiddelde van de groep weergegeven.
Psychisch functioneren.	De gemiddelde scores van de patiënten op het psychisch functioneren volgens de BPRS.	Kwantificering op basis van de BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale). Individuele scores worden gesommeerd en als gemiddelde van de groep weergegeven.
Sociaal functioneren.	De gemiddelde scores van de patiënten op het sociaal functioneren volgens de GAF.	Kwantificering op basis van de GAF (Global Assessment of Functioning). Individuele scores worden gesommeerd en als gemiddelde van de groep weergegeven.
Kwaliteit van leven.	De gemiddelde scores van de patiënten op de kwaliteit van leven schaal.	Kwantificering op basis van het zorgmonitor protocol, onderdelen kwaliteit van leven (Delespaul e.a. 2009). Individuele scores worden gesommeerd en als gemiddelde van de groep weergegeven.

In het project is de aanname dat door een arbeidsorganisatorisch herontwerp verbetering zal optreden op de aangegeven subvariabelen. Het is echter naïef om te veronderstellen dat dit reeds significant aanwijsbaar is op alle onderdelen na een implementatieperiode van een klein half jaar. Interessant in dit opzicht is echter wel of de in gang gezette arbeidsorganisatorische wijziging een trend laat zien, op basis waarvan lange termijn effecten reëel te verwachten zijn.

Boeiend is eveneens of de voorspelde stijging van productie in enge zin (individuele productiviteit) zichtbaar is.

Daarnaast is het belang dat langs deze wijze belangrijke informatie is verkregen over de stand van zaken in de organisatie en de aspecten waaraan in de implementatie aandacht moet worden besteed.

### 3.1 Resultaten van de analyse

#### Beschrijving van de doelgroep

Voor de beschrijving van de doelgroep is een karakterisering uitgewerkt die het niveau van de individuele symptomen overstijgt. Voor de doelgroep van patiënten met EPA geldt:

- dat er is sprake van ernstige simultane ontregeling in het psychisch, lichamelijk en sociaal functioneren, ten gevolge van de aandoening;
- de individuele manifestatie van de problematiek is sterk variabel en kent pieken en dalen die onvoorspelbaar zijn, de problematiek is complex en hardnekkig;
- individuele factoren en kenmerken van de context zijn sterk onderling verweven en bepalen in samenhang het verloop en daarmee ook de kans op herstel;
- de aandoening is dermate ingrijpend dat het toekomstperspectief op individueel en sociaal vlak radicaal en definitief wijzigt;
- het risico dat de aandoening leidt tot isolement, stigmatisering en marginalisering is groot;
- het herstel is langdurig en vraagt om onderling samenhangende interventies op diverse levensterreinen.

Bij deze groep gaat het voornamelijk om schizofrenie en andere psychotische stoornissen. Voor een beperkt deel betreft het cliënten met andere dominante psychische stoornissen, maar waarbij de manifestatie dermate ingrijpend is dat eveneens sprake is van simultane ontregeling op psychisch, sociaal en somatisch vlak. Dat laatste is veelal het geval bij zogenoemde comorbiditeit.

De groep van cliënten die binnen de pilotwijken in zorg zijn, is hiermee vergelijkbaar. Het onderstaande overzicht maakt dit duidelijk:

1 <sup>e</sup> diagnose (As 1 DSM)	2 <sup>e</sup> diagnose (AS 2 DSM)	percentage hoofddiagnose	comorbiditeit, percentage beide diagnoses
angststoornissen	stoornis in de kindertijd		0,14%
angststoornissen	overig		0,93%
angststoornissen	persoonlijkheidsstoornissen	5%	3,49%
dementie	overig DSM		0,70%
dementie	persoonlijkheidsstoornissen	1%	0,37%
stoornis in de kindertijd	stoornis in de kindertijd		0,05%
stoornis in de kindertijd	overig		3,54%
stoornis in de kindertijd	persoonlijkheidsstoornissen	3,5%	0,75%
aan middel gebonden stoornis	stoornis in de kindertijd		0,14%
aan middel gebonden stoornis	overig		4,24%
aan middel gebonden stoornis	persoonlijkheidsstoornissen	10%	5,82%
onbekend	onbekend		5,27%
onbekend	persoonlijkheidsstoornissen	5%	0,09%
overige stoornissen	overige stoornissen		1,40%
overige stoornissen	persoonlijkheidsstoornissen	7%	5,41%
persoonlijkheidsstoornissen	persoonlijkheidsstoornissen	0,5%	0,05%
schizofrenie / psychotische stoornissen	stoornis in de kindertijd		0,98%
schizofrenie / psychotische stoornissen	onbekend		0,14%
schizofrenie / psychotische stoornissen	overige stoornissen		44,45%
schizofrenie / psychotische stoornissen	persoonlijkheidsstoornissen	54%	8,62%
stemmingsstoornissen	stoornis in de kindertijd		0,19%
stemmingsstoornissen	overige stoornissen		5,31%
stemmingsstoornissen	persoonlijkheidsstoornissen	13%	7,92%
Totaal		100 %	100

### Noodzakelijke inhoudelijke zorgcomponenten op basis van de typering van de doelgroep

Naast de behoefte aan zorg vanuit de diverse disciplines op zich is er tegelijkertijd behoefte aan onderlinge afstemming c.q. balans in de zorgverlening. Medicatiebeleid, psychosociale ondersteuning, woonbegeleiding en andere vormen van behandeling en begeleiding kunnen niet los van elkaar worden gezien. In onderlinge samenhang bepalen ze de effectiviteit van de verleende zorg. En in tijden van terugval moet ook in onderlinge samenhang worden gezien hoe de zorg wordt bijgesteld.

Bijkomend is dat de zorgbehoefte niet alleen betrekking heeft op het vlak van de gespecialiseerde psychiatrie, maar tevens op de terreinen van andere zorg- en dienstverleners, zoals de huisarts, het maatschappelijk werk, de woningcorporaties, etc. Feitelijk is er sprake van een doorlopend continuüm van zorgbehoeften dat verder strekt dan het terrein van de psychiatrie in enge zin.

Een ander onderwerp tot slot is de behoefte aan wat ‘normalisering’ van de psychiatrie wordt genoemd. De ingrijpendheid van de aandoening vraagt om specialistische psychiatrische hulp. De historische ontwikkeling van de gespecialiseerde psychiatrie laat zien dat vooral het abnormale (deviante) werd benadrukt en de behandeling zich concentreerde buiten het normale maatschappelijke verkeer in geïsoleerde psychiatrische instellingen. De risico’s van stigmatisering en marginalisering werden hiermee (ongewild) eerder vergroot dan verkleind. Dit stond haaks op de cruciale betekenis van (vol)waardig sociaal-maatschappelijk functioneren voor het herstel. In toenemende mate wordt duidelijk dat van meet af aan inspanningen nodig zijn om het verloop van de aandoening en de hulpverlening niet van het sociaal-maatschappelijk verkeer te isoleren, maar daarin juist te integreren als een normaal maatschappelijk verschijnsel (normalisering).

De zorginhoudelijke bouwstenen die qua variatie passen bij de externe variatie op patiëntniveau, worden onderstaand kort getypeerd.



Een belangrijke leidraad voor de inhoudelijke uitwerking is de **ACT** - en **FACT** formule. De multidisciplinaire benadering van de EPA is daarin reeds concreet uitgewerkt en verwoord in diverse publicaties, zoals het ACT boek en het handboek FACT. Een belangrijke aanvullende ontwikkeling is de oprichting van het CCAF, waarmee de kwalitatieve toetsing en ontwikkeling van FACT teams is genormeerd. Een modelmatige operationalisering voor de concrete inrichting van FACT teams, is uitgewerkt in de zogenoemde blauwdruk FACT (Delespaul, 2010) . Hierin is modelgetrouw de formatie per discipline en de weging van patiënten in relatie tot de caseload uitgewerkt.

De behandeling en begeleiding van mensen met EPA wordt vorm gegeven in een doorlopend zorgcontinuüm. Leidend daarin is het multidisciplinaire behandel- en begeleidingsplan dat vanuit FACT wordt opgesteld. Aanvullend en ter versterking daarvan wordt in het zorgtraject gebruik gemaakt van aanvullende voorzieningen zoals dagbesteding, deeltijd en kliniek. De regievoering door de voorzieningen heen blijft eenduidig, op basis van de interdisciplinaire zorgplanning.

Voor de **klinische** verpleging en verzorging, **Beschermd woonvormen** en **Dagbestedingactiviteiten** geldt dat deze als aanvullende voorzieningen voor de ambulante behandeling en begeleiding worden ingericht. Opname in c.q. deelname aan deze voorzieningen maken integraal deel uit van een (langlopend) zorgtraject en zijn te beschouwen als intensivering c.q. toespitsing hiervan. De zorg, ook binnen deze voorzieningen, blijft van meet af aan in dienst staan van individueel (en daarmee maatschappelijk) herstel.

In bijlage 1 zijn de zorginhoudelijke bouwstenen schematisch weergegeven.

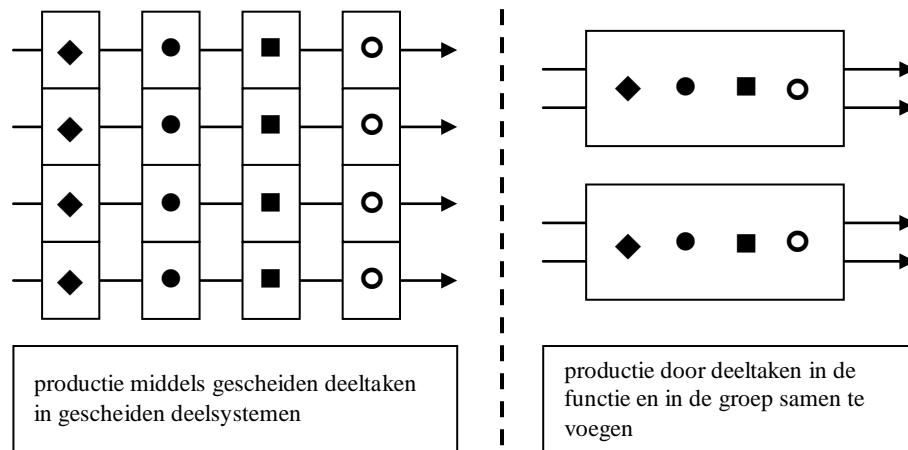
De beschreven zorginhoudelijke componenten alsmede de noodzakelijke samenwerking met ketenpartners zijn in principe voorhanden binnen de regio's waar de Integrale Zorg fungeert. Echter zoals bij het volgende onderdeel zal worden uiteengezet, is het functioneren daarvan suboptimaal. De reden hiervoor is dat deze praktisch niet synergetisch is georganiseerd, maar functioneel gescheiden.

### **Noodzakelijke integratie van zorginhoudelijke - en arbeidsorganisatorische aspecten**

Gegeven de aard van het primaire proces is voor de uitwerking koers gezet op een interne arbeidsorganisatorische vormgeving, die logisch hierbij aansluit. De beoogde logica is gevonden in het sociotechnisch gefundeerde organisatieontwerp, waarin wordt uitgegaan van vereenvoudiging van de organisatie enerzijds en maximering van het sturend vermogen op functie- en teamniveau anderzijds. Men spreekt in dit verband van parallelisering van de arbeid. Kerngedachte in dit ontwerp is dat circulaire productieprocessen (waartoe de ketengerichte zorg bij EPA wordt gerekend) niet geoptimaliseerd kunnen worden met behulp van lineaire sturingsprincipes, op basis van functionele arbeidsdeling.

Niet alleen wordt op deze wijze de arbeidsorganisatorische context gecreëerd waarin het vakmanschap kan renderen. Tevens ontstaan in de vereenvoudiging van de organisatie belangrijke mogelijkheden om de administratieve lastendruk en de overhead te reduceren. Niet in de laatste plaats stijgt ook de attractiviteit van het vak aanzienlijk, door het appel op meerzijdigheid en verhoging van het probleemoplossend vermogen. In de onderstaande figuur is de parallelisering schematisch weergegeven.

Gesplitste productiestructuur in vergelijking met parallelisering van de productiestructuur  
(Bron: Rasenberg, Weijnenberg, 2004)



Op basis van de Integrale Ontwerpleer zijn de volgende arbeidsorganisatorische bouwstenen geformuleerd:

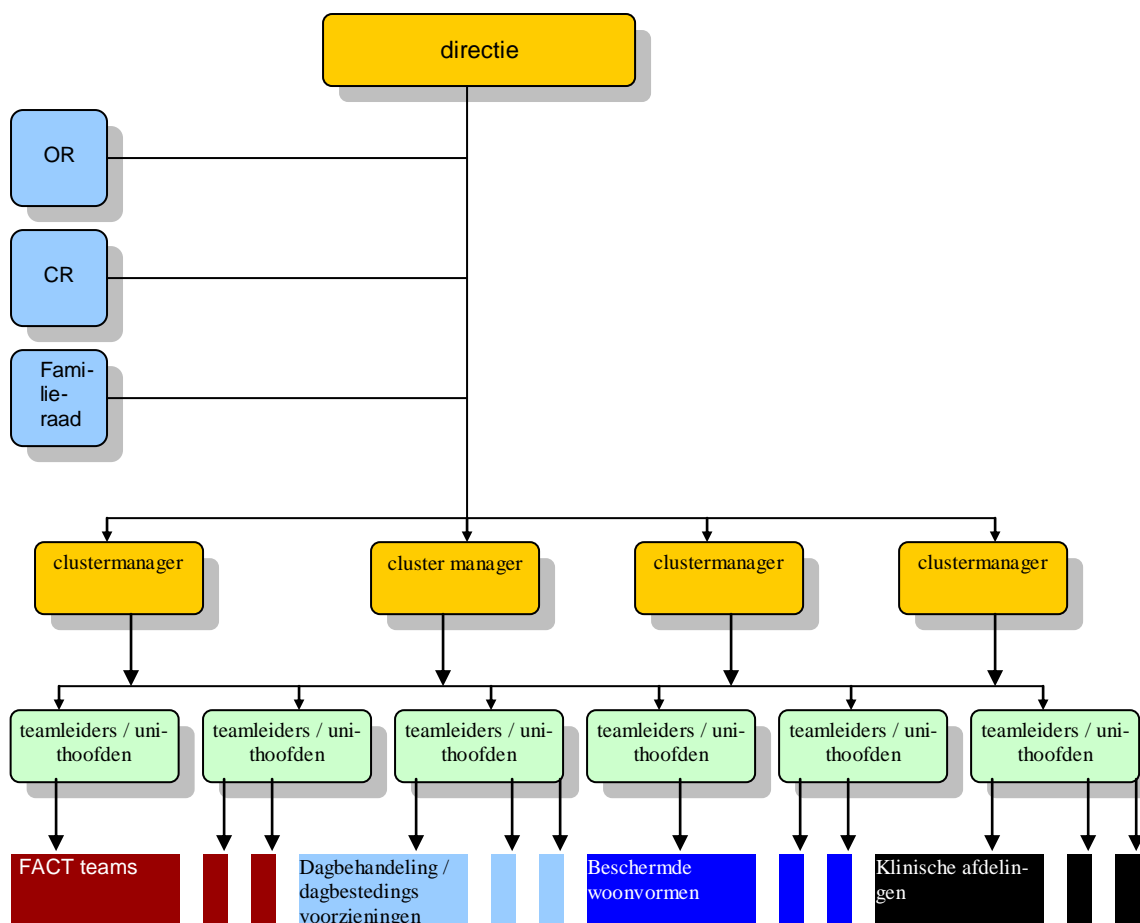
1. Resultaat verantwoordelijke teams, multidisciplinair samengesteld.
2. Maximaal sturend vermogen op functieniveau en teamniveau.
3. Inrichting van de organisatie op basis van eenvoud als ontwerpcriterium.
4. Resultaat verantwoordelijke eenheid van de 2<sup>e</sup> lijn voorzieningen georganiseerd op stadsdeel- of wijkniveau.
5. De Resultaat verantwoordelijke eenheid concretiseert eigenstandig de afstemming met ketenpartners in de wijk.
6. De Resultaat verantwoordelijke eenheid initieert en onderhoudt een actief netwerk op stadsdeelniveau.

In bijlage 1 zijn de arbeidsorganisatorische bouwstenen schematisch weergegeven.

De praktijk van Mondriaan is niet op basis van parallelle stromen ingericht. De organisatie is consequent ingericht op basis van het functionele lijnmodel:

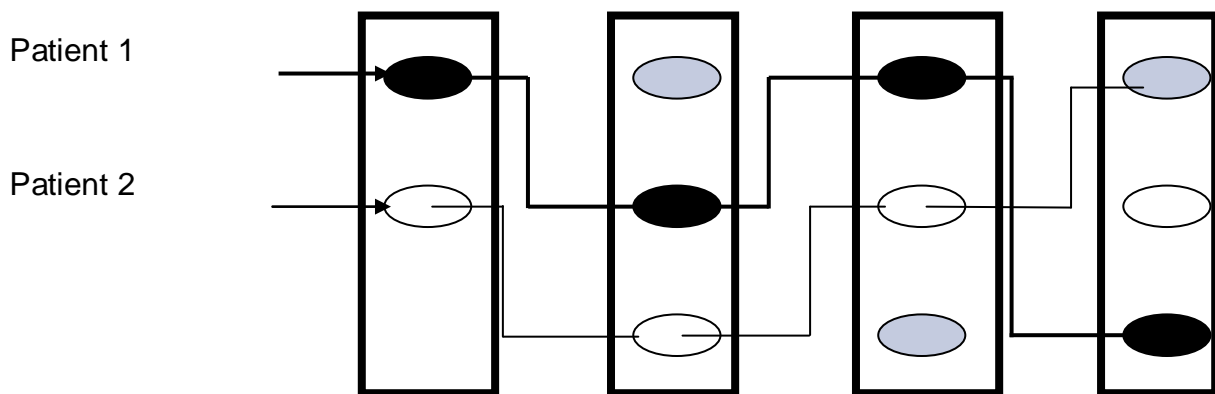
- De zorgorganisatie is opgeknipt in divisies, die historisch zijn ontstaan (kinderen en jeugd, kortdurend volwassenen, langdurend volwassenen, verslaving, ouderen).
- Naast de zorgdivisies zijn de ondersteunende diensten gecentraliseerd in een Shared Service Organisatie, die zelf eveneens functioneel is opgebouwd (financiën, P&O, ICT, Facilities, Vastgoed, etc.).
- Per divisie zijn clusters gevormd op basis van inhoudelijke bouwstenen (cluster FACT, cluster Dagbehandeling en dagbesteding, cluster Beschermd Wonen, cluster Klinische Verpleging).
- De clusters bestaan vervolgens uit kleine functionele eenheden (afdelingen, teams) met een eigen functioneel hoofdkenmerk.

De structuur is onderstaand voor een van de divisies op hoofdlijnen schematisch weergegeven.



De functioneel gescheiden lijninrichting zoals in de figuur schematisch is weergegeven, is in de organisatie dominant en gedetailleerd uitgewerkt. Binnen de weergegeven eenheden is sprake van een functionele opbouw van disciplines: psychiater, psycholoog, verpleegkundige, agogisch werkende, etc.

De functionele structurering staat haaks op het behandel- en begeleidingsproces van de patiënten, met EPA. In de vaak langdurige behandel- en begeleidingstrajecten is vanuit de diverse voorzieningen en disciplines zorg simultane zorg geen uitzondering. ‘Patiëntenprocessen’ die door de functionele organisatie heenlopen, zijn als volgt schematisch weer te geven.



Bron: presentatie Mondriaan, Van Amelsvoort, 2010

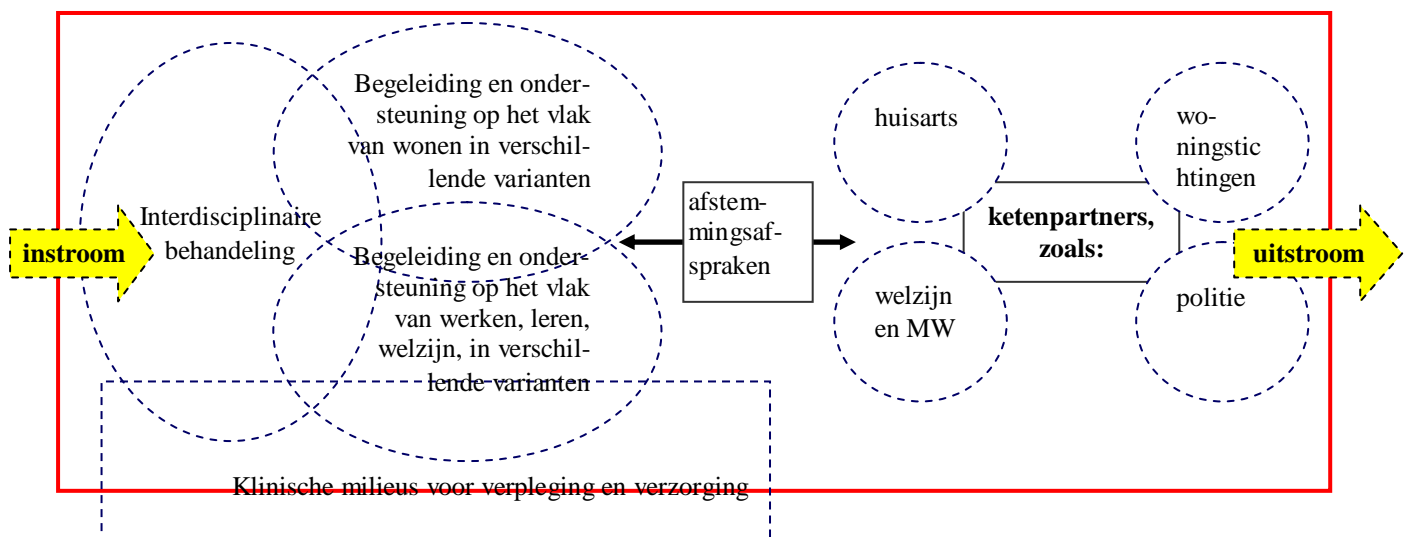
De weergegeven schema's zijn een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid. In de praktijk is de functionele scheiding nog vele malen gedetailleerder en complexer. Dat geldt ook voor het doorloopp proces van de patiënten. Het aantal sturinglijnen vanuit de voorzieningen en disciplines dat van invloed is op het patiëntenproces, het aantal overdrachtsmomenten en de mate van coördinatie daartussen is zeer hoog. Rekening houdend met de (eveneens functioneel georganiseerde) registratieve, administratieve, financiële en ict - matige controle en sturing, is sprake van onoverzichtelijke zorg- en ondersteuningsprocessen, met een hoge storingsgevoeligheid en een onacceptabel groot percentage procesverliezen (zie Kuipers, Van Amelsvoort, Kramer, 2010).

De suboptimalisatie intern is evident. In de afstemming met externe ketenpartners wordt dit nog eens versterkt doordat afspraken met ketenpartners over samenwerking op het patiëntniveau niet zelden tot stand komen middels formele afstemming op directie- en bestuursniveau. De vertaling van formele abstracte kaders naar invulling binnen het primaire proces, doorloopt vele schijven en stappen, met een keur van check en recheck loops als gevolg. Bijkomend tot slot is dat variaties in de afspraken worden uitgewerkt op basis van de verschillende financieringsregimes en de betrokken beroepsregimes.

Samenvattend kan gesteld worden dat uit de organisatorische analyse blijkt dat er sprake is van suboptimalisatie per deelvoorziening en substantieel procesverlies op inhoudelijk en organisatorisch vlak, als gevolg van de functionele inrichting.

### Operationalisering van het conceptueel model: grofmazig inrichtingsmodel

In de analysefase werd duidelijk dat een arbeidsorganisatorisch herontwerp noodzakelijk was, waarmee beter kon worden aangesloten op de variatie in de zorgbehoefte bij EPA. Hiervoor is een zogenoemd grofontwerp uitgewerkt. Onderstaand is dit schematisch weergegeven.



In het grof ontwerp zijn de essentiële zorginhoudelijke componenten in een parallelle stroom bijeen gebracht. Vervolgens is deze stroom intern afgegrensd op basis van het volume van een verzorgingsgebied (50.000 inwoners) en de geografische ordening (stadsdeel). Op deze wijze neemt een Resultaat Verantwoordelijke Eenheid van circa 40 personen, integrale verantwoordelijkheid voor een deel van de populatie.

Conform de methodiek grof - fijn is in de loop van het project participatief gewerkt aan de concrete invulling en fine-tuning van het herontwerp. Bij de beschrijving van het herontwerp zal hier uitgebreid op ingegaan worden.

### Werkconferentie

De resultaten van de werkconferentie zijn gedetailleerd gedocumenteerd. Alle geïnventariseerde knelpunten en regelproblemen zijn gedocumenteerd. Deze documentatie is vervolgens kwalitatief geanalyseerd en ingedikt naar 9 categorieën van probleemvelden. De categorieën van knelpunten en regelproblemen zijn gebruikt als input voor:

- het herontwerptraject;
- de formulering van probleemstellingen voor het instrument waarmee het probleemoplossend vermogen is gemeten.

De categorieën zijn onderstaand weergegeven:

<b>Probleemvelden</b>
1. De multidisciplinaire samenwerking wordt bemoeilijkt door: 1.a. Het verschil in taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. 1.b. Het verschil in positie en aanzien tussen de disciplines.
2. Bij de behandeling en begeleiding is direct persoonlijk contact soms problematisch door: 2.a. Te veel cliënten in behandeling of begeleiding. 2.b. Te veel reizen. 2.c. Er wordt te weinig rekening gehouden met outreachend werken. 2.d. Te veel administratief werk.
3. Het lukt te weinig familie en direct betrokkenen te betrekken: 3.a. Door tijdgebrek. 3.b. Doordat de cliënt of de familie dit niet wil. 3.c. Doordat contacten met familie of direct betrokkenen niet geregistreerd (en dus gedeclareerd) kunnen worden.
4. Het grote voordeel van werken in teamverband is dat je taken kunt delen binnen de caseload. Maar taken uit de eigen caseload overdragen kan niet zo maar: 4.a. Door de vertrouwensrelatie met de cliënt is het moeilijk taken te delegeren of te verdelen. 4.b. Het verschil in bevoegdheden belemmert de verdeling van taken. 4.c. Omdat de individuele productie gehaald moet worden. 4.d. Omdat er meningsverschillen, stijlverschillen of methodische verschillen zijn. 4 c. Door ziekte of verlof van collegae.
5. Wijkgericht werken betekent dat interne en externe partners actief betrokken worden in doorlopende hulpverleningstrajecten. Echter in de praktijk loopt dit onvoldoende soepel: 5.a. Door tijdgebrek. 5.b. Door de verschillen in visie en werkwijze. 5.c. Doordat partners gebonden zijn aan het regime van de eigen instelling en hun afspraken met financiers.
6. Niet alle werkzaamheden voor de patiënt passen precies in de voorgeschreven registratiecodes.
7. Beschikbaarheid ICT (voor rapportage en registratie) is problematisch: 7.a. Niet altijd voldoende apparatuur beschikbaar. 7.b. Het ICT systeem is traag en dat kost te veel werktijd. 7.c. Het zorgregistratiesysteem en het EPD zijn niet gebruiksvriendelijk ingericht. 7.d. De instructies voor de registratie en rapportage worden vaak bijgesteld of veranderd. 7.e. Het ICT systeem is niet flexibel ingericht, het is aan tijd en plaats gebonden.

**Probleemvelden**

8. Zorg bij Ernstige Psychische Aandoeningen is complex en vraagt een hoge mate van deskundigheid:
- 8.a. Het aanbod in deskundigheidbevordering binnen de instelling sluit onvoldoende aan bij de behoefte.
- 8.b. Het aanbod in deskundigheidbevordering binnen de instelling is onvoldoende bekend.
- 8.c. Er is te weinig tijd voor deskundigheidbevordering.
9. Ondersteuning vanuit services loopt via verschillende schijven, is traag, onpersoonlijk en vaker stroef.

**Probleemoplossend vermogen**

Per team is het probleemoplossend vermogen gemeten. Het probleemoplossend vermogen op basis van de eerste meting is onderstaand weergegeven. De uitslagen van de tussentijdse tweede meting in mei zijn nog niet verwerkt. De gemiddelde score per groep is weergegeven. Het theoretisch gemiddelde is 3.

probleemoplossend vermogen	1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting
experimentele groep	2,6	-
controlegroep	2,5	-
range = 1 - 4		
percentage niet op te lossen regelproblemen	28,5 %	-
Range per variabele = 1 - 5		

De verschillen tussen de groepen zijn niet significant. Dat betekent dat de experimentele en de controlegroep een vergelijkbare uitgangssituatie hebben.

De gemiddelde score ligt beneden het niveau van het theoretisch midden van de schaal. Beide groepen scoren daarmee laag op probleemoplossend vermogen. Het percentage niet op te lossen regelproblemen is 28,5 %. Dit is een hoge - en daarmee negatieve - score. Beide groepen zijn hierin vergelijkbaar.

**De mate van complexiteit van de arbeidsorganisatie**

Bij de bespreking van de arbeidsorganisatorische analyse is hierover reeds het nodige aangegeven. Resumerend is de volgende kenschets:

- de arbeidsorganisatorische vormgeving is geënt op de functionele arbeidsdeling, met duidelijke kenmerken van gescheiden beroepsgebonden c.q. disciplinegebonden verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden;
- het overheersende sturingsmechanisme op management- en stafniveau is de bureaucratische ordening;
- het overheersende sturingsmechanisme op het zorgverleningniveau is een mix van bureaucratische ordening en professionele protocollering;
- als regime is sprake van een 'verlichte bureaucratie' met een fors appel op overdracht en coördinatie tussen de functionele eenheden, naast de dominante procescoördinatie op basis van voorschriften en gedetailleerde instructies;
- de organisatie van administratie en support is eveneens strak functioneel van aard en voor 95 % gecentraliseerd. Het aantal schijven tussen het primaire proces en de ondersteuning is groot en kent een duidelijke logheid. De failure demand is hoog;
- de functionele arbeidsorganisatorische ordening staat haaks op het patiëntenproces, dat als een horizontaal zorgcontinuüm te karakteriseren is. Om te kunnen voldoen aan de variatie in de vragen van patiënten en andere stakeholders (o.a. de drie financiële regimes) wordt intern fors geïnvesteerd in processturing over functionele eenheden heen. De realisatie van de noodzakelijke interne variatie is sterk suboptimaal.

### De verhouding tussen overhead en cliëntgebonden formatie

Voor Integrale Zorg is berekend wat de interne verhouding is tussen patiëntgebonden formatie en niet-patiënt gebonden formatie. Vervolgens is deze verhouding binnen de opgerichte RVE berekend. De onderstaande tabel geeft de percentages van beide weer.

	IZ gemiddeld actueel	RVE
percentage niet patiënt gebonden formatie (inclusief administratie)	17 %	-
percentage niet patiënt gebonden formatie (exclusief administratie)	5 %	4 %

Daarnaast is berekend welk percentage gemiddeld wordt afgedragen aan de Shared Service Organisatie. Dit bedraagt circa 27 % van de totale opbrengsten (gemiddeld over alle divisies).

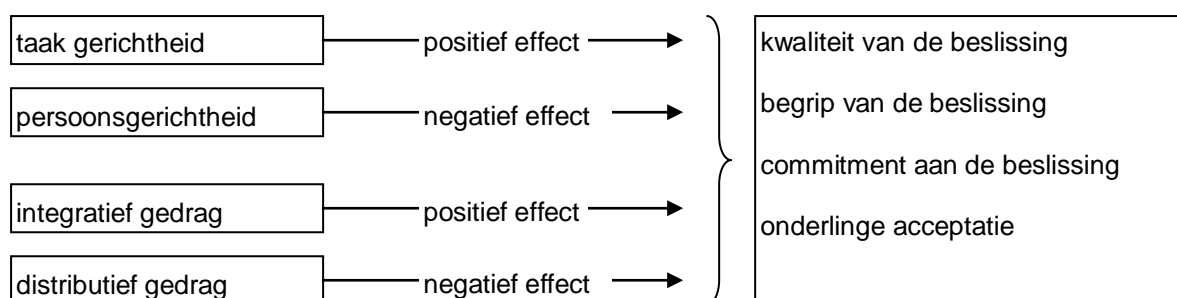
Dat betekent dat de administratieve lastendruk hoog is, uitgaande van een normale verhouding: 80 % primair proces, 20 % overhead (support en management).

### De effectiviteit van de besluitvorming

De effectiviteit van de besluitvorming is in de onderstaande tabel weergegeven voor de 1<sup>e</sup> meting van beide groepen en de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> meting van de experimentele groep. Het theoretisch gemiddelde per schaal is 3.

	exp_of_contrl_groep	Mean 1 <sup>e</sup> meting	Mean 2 <sup>e</sup> meting
taakgerichtheid in besluitvorming	experimentele groep	2,9510	2,6667
	controlegroep	3,0238	
persoonsgerichtheid in besluitvorming	experimentele groep	2,2415	2,2000
	controlegroep	2,1034	
integratief gedrag bij besluitvorming	experimentele groep	3,7686	3,7837
	controlegroep	3,8469	
distributief gedrag bij besluitvorming	experimentele groep	2,5132	<b>1,8286**</b>
	controlegroep	2,0268	
deugdelijkheid van de beslissing	experimentele groep	3,5912	3,3333
	controlegroep	3,7381	
begrip van de beslissing	experimentele groep	3,5094	3,8000
	controlegroep	3,8036	
commitment aan de beslissing	experimentele groep	3,3798	3,5000
	controlegroep	3,4732	
onderlinge acceptatie na besluitvorming	experimentele groep	3,7075	3,5625
	controlegroep	3,8704	
Range per variabele = 1 - 5; ** = significant			

In het effectiviteitmodel voor besluitvorming wordt uitgegaan van het volgende effect:



De uitslagen maken duidelijk dat:

- de startpositie bij beide groepen vergelijkbaar is (geen significante verschillen);
- de scores op de positieve variabelen op of boven het theoretisch gemiddelde liggen;
- de scores op de negatieve variabelen beneden het theoretisch gemiddelde liggen;
- bij de tweede meting een significant verschil optreedt voor distributief gedrag, hetgeen een positieve ontwikkeling is;
- de overige scores bij de tweede meting stabiel blijven.

Tevens blijkt na regressieanalyse dat de de in het model veronderstelde relaties allen bevestigd, behalve de positieve werking van taak gerichtheid. Taak gerichtheid neemt een neutrale positie in.

### Motivatie, doelgerichtheid en cliëntgerichtheid

De intrinsieke motivatie, doelgerichtheid en cliëntgerichtheid zijn in de onderstaande tabel weergegeven voor de 1<sup>e</sup> meting van beide groepen en voor de 1<sup>e</sup> en de 2<sup>e</sup> meting van de experimentele groep. Het theoretisch gemiddelde per schaal is 3.

	exp_of_contrl_groep	Mean 1 <sup>e</sup> meting	Mean 2 <sup>e</sup> meting
motivatie	experimentele groep	3,9969	4,0000
	controlegroep	3,8448	
doelgerichtheid	experimentele groep	3,7358	4,0667
	controlegroep	3,6552	
cliënt gerichtheid	experimentele groep	3,6422	3,7500
	controlegroep	3,6034	
Range per variabele = 1 - 5			

De uitslagen maken duidelijk dat:

- de startpositie bij beide groepen vergelijkbaar is (geen significante verschillen);
- de scores op de variabelen allen boven het theoretisch gemiddelde liggen;
- de scores bij de tweede meting stabiel blijven.

### Directe - indirecte - en niet - cliëntgebonden tijd

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de besteedde tijd in de periode voor de start van de pilot en de periode na de start van de pilot. Het vergeleken interval is de periode januari tot en met april.



Groep	JAAR	direct cliënt gebonden uren	indirect cliënt gebonden uren	niet cliënt gebonden uren	Totaal
Exp.groep Heerlen					
	2010 Totaal	2.712	1.245	270	4.227
		64%	29%	6%	
	2011 Totaal	2.931	1.198	299	4.428
		66%	27%	7%	
Contr.Groep Heerlen					
	2010 Totaal	2.118	1.268	275	3.661
		58%	35%	8%	
	2011 Totaal	2.086	1.333	303	3.722
		56%	36%	8%	
Contr.Groep Maastricht					
	2010 Totaal	1.266	931	245	2.442
		52%	38%	10%	
	2011 Totaal	1.711	1.220	370	3.301
		52%	37%	11%	
Exp.Groep Maastricht					
	2010 Totaal	1.270	1.190	240	2.700
		47%	44%	9%	
	2011 Totaal	1.730	1.094	362	3.186
		54%	34%	11%	

Voor zowel de experimentele als de controlegroep geldt dat het aantal uren dat niet cliënt gerelateerd is, in verhouding laag is (11 % of minder). Voor de experimentele groep geldt dat het percentage direct cliëntgebonden uren is gestegen. Bij de controlegroep is sprake van een daling in het percentage direct cliënt gebonden uren.

### De individuele productie

Op basis van de NZA parameters (Nederlandse Zorg Autoriteit) zijn de individuele productiegegevens voor de experimentele en de controlegroep berekend en in een gemiddelde uitgedrukt. Vervolgens is de gemiddelde stijging berekend. Voor de vergelijking is uitgegaan van het eerste kwartaal in het jaar. Het verschil in stijgingspercentage is niet significant.

individuele productie	1 <sup>e</sup> meting in %	2 <sup>e</sup> meting in %	stijging %
experimentele groep	56	67	11
controlegroep	53	65	12
range = 1 - 4			

Voor zowel de experimentele als de controlegroep is sprake van een lage individuele productiviteit bij de 1<sup>e</sup> meting. De intern gehanteerde norm is 65 %. Voor beide geldt een stijging van de individuele productie. Het verschil in stijging is niet significant.

### Patiënt variabelen

De pilot is niet direct gericht op de verbetering van het functioneren van de patienten. Er wordt uitgegaan van een indirect verband tussen de arbeidsorganisatorische inrichting en de effecten in de zorg. Om deze veronderstelling te kunnen toetsen zijn een drietal patiëntvariabelen in beeld gebracht:

- psychisch functioneren;
- sociaal functioneren;

- kwaliteit van leven.

Voor de vergelijking is uitgegaan van de scores in 2010 en 2011, zoals opgenomen in de GGZ monitor database. In de GGZ monitor database worden de gegevens van de jaarlijkse evaluatie op individueel patiëntniveau gescoord. Hierbij wordt uitgegaan van een systematische gegevensverzameling op basis van het zorgmonitor protocol. In de analyse is at random een selectie gemaakt van de patiënten die in zorg zijn bij de FACT teams die deel uitmaken van de experimentele en de controlegroep.

### Psychisch functioneren van de patiënten

voortgangscore PBRs	2010	2011
exp. Heerlen	<b>1,6</b>	<b>1,7</b>
exp. Maastricht	<b>2,1</b>	<b>2,3</b>
contr. Heerlen	<b>2,2</b>	<b>2,1</b>
contr. Maastricht	<b>1,6</b>	<b>2,3</b>

De scores op psychisch functioneren zijn uitgedrukt in een ontwikkelscore (verbeterscore). De verschillen bij de 1<sup>e</sup> en de 2<sup>e</sup> meting verschillen niet significant. Voor beide groepen geldt dat sprake is van verbetering in psychisch functioneren.

### Sociaal functioneren

voortgangscore GAF	2010	2011
exp. Heerlen	<b>0</b>	<b>7</b>
exp. Maastricht	<b>0</b>	<b>4</b>
contr. Heerlen	<b>1</b>	<b>0</b>
contr. Maastricht	<b>1</b>	<b>1</b>

De scores op sociaal functioneren zijn uitgedrukt in een ontwikkelscore (verbeterscore). Alhoewel de experimentele groep een hogere verbetering laat zien, zijn de verschillen bij de 1<sup>e</sup> en de 2<sup>e</sup> meting niet significant. De klassen van de Gaf hebben een range van 10.

### Kwaliteit van leven

Mean kwaliteit van leven	2010	2011
exp. Heerlen	<b>5,4</b>	<b>5,1</b>
exp. Maastricht	<b>4,8</b>	<b>4,9</b>
contr. Heerlen	<b>4,9</b>	<b>5,2</b>
contr. Maastricht	<b>4,7</b>	<b>4,7</b>

De scores op kwaliteit van leven zijn uitgedrukt in de gemiddelde score. De schaal range is 1 - 7, het theoretisch gemiddelde is 4. De verschillen zijn niet significant. Voor beide groepen geldt dat sprake is van een positieve beleving van de kwaliteit, die over beide metingen stabiel blijft.

De onderzoeksbevindingen worden tot slot schematisch samengevat. Hierbij wordt het resultaat symbolisch uitgedrukt in een positieve of negatieve waardering (+ of -).

Variabele	Groep (exp. of conrt.)	Waardering	
		1 <sup>e</sup> meting	2 <sup>e</sup> meting
Probleemoplossend vermogen	exp.	-	
	conrt.	-	
Complexiteit van de arbeidsorganisatie	exp.	-	+ <sup>5</sup>
	conrt.	-	-
De verhouding tussen overhead en cliëntgebonden formatie	exp.	-	+
	conrt.	-	-
De effectiviteit van de besluitvorming	exp.	+	+
	conrt.	+	
Doelgerichtheid	exp.	+	+
	conrt.	+	
Cliënt gerichtheid	exp.	+	+
	conrt.	+	
Intrinsieke motivatie	exp.	+	+
	conrt.	+	+
De direct cliënt gebonden tijd	exp.	+	+
	conrt.	+	-
De verhouding tussen ingezette cliënt gebonden tijd en niet - cliënt gebonden tijd.	exp.	+	+
	conrt.	+	-
Individuele productiviteit	exp.	-	+
	conrt.	-	+
<b>Patiëntgegevens</b>			
Psychisch functioneren	exp.	+	+
	conrt.	+	+
Sociaal functioneren	exp.	+	+
	conrt.	+	+
Kwaliteit van leven	exp.	+	+
	conrt.	+	+

In de tabel is middels arcering aangegeven welke veranderingen opvallend zijn in die zin dat gesproken kan worden over significantie of aanmerkelijk verschil.

Er is een trend zichtbaar die deels als een bevestiging van de veronderstelling kan worden gezien dat door de arbeidsorganisatorische innovatie, verbeteringen in de productiviteit in ruime en in enge zin gerealiseerd worden.

Het hoofddoel van de pilot, doorvoeren van een arbeidsorganisatorische innovatie is aantoonbaar gerealiseerd. Er heeft een duidelijke vereenvoudiging van de arbeidsorganisatie plaatsgevonden op RVE niveau. Tevens is de individuele productiviteit verbeterd. Daarnaast is er een statistisch significante verbetering zichtbaar op het vlak van de besluitvorming. Daarnaast is op de overige variabelen vooralsnog stabiliteit zichtbaar.

Gegeven de duur van daadwerkelijke implementatieperiode, zijnde een half jaar, is dit resultaat bevredigend en hoopvol.

<sup>5</sup> De arbeidsorganisatorische situatie bij de tweede meting wordt bij het onderdeel implementatie en evaluatie besproken.

## **Financiële verantwoording**

Voor de uitvoering van het project is een leading coalition binnen de instelling geformeerd (26 personen betrokken). Vanuit deze groep zijn kartrekkers van het project voor de diverse deelgroepen geselecteerd. De werkuren van de kartrekkers die besteed zijn aan de opdrachten (en daarmee onttrokken aan de going concern) zijn separaat geadmistreerd, conform de met het ESF overeengekomen tarieven. De aldus geïnvesteerde uren per fase worden in de declaratie opgevoerd. De verletkosten van overige medewerkers die bijdragen hebben geleverd aan de verschillende deelopdrachten (bijvoorbeeld door te participeren als respondent, als werkgroep lid, of als deelnemer van werksessies), zijn niet in de declaratie opgevoerd.

Daarnaast is ten behoeve van het opstellen van meetbare doelstellingen, externe deskundigheid ingehuurd en conform de met het ESF overeengekomen tarieven bekostigd.

De aldus gemaakte kosten van het onderdeel ‘opstellen van meetbare doelstellingen’ bedragen € **22178**

## **4. Verslag van de implementatie**

De implementatiefase kent drie subfasen:

- de fase van herontwerp;
- de implementatiefase in enge zin;
- tussentijdse metingen en evaluatie.

### **4.1 Herontwerp en implementatie**

Het herontwerp is participatief uitgevoerd, dat wil zeggen met de actieve betrokkenheid van een groot deel van de medewerkers van de experimentele groep. In die zin is de herontwerpfase een arbeidsorganisatorische interventie, die deel uitmaakt van de implementatie.

De herontwerpfase gaat geleidelijk over in de implementatiefase in engere zin. Op basis van het gemaakte herontwerp wordt binnen de nieuwe arbeidsstructuur concreet invulling gegeven aan de samenwerking in het primaire proces. Hierbij worden voorkomende problemen gezamenlijk geanalyseerd en in de nieuwe arbeidssituatie opgelost en ingepast. Op die manier ontstaat in toenemende mate maatwerking.

Het herontwerp en de fine-tuning daarvan in de implementatie zijn bij uitstek zich herhalende cyclische processen.

In mei is gestart met tussentijdse metingen en evaluatie. Er wordt gesproken over tussentijdse metingen omdat besloten is de implementatiefase, met daarin ruimte voor verdere fine-tuning, te verlengen. De geambieerde structuurwijzigingen op arbeidsorganisatorisch gebied, vragen meer tijd dan een half jaar. Dit laat overigens onverlet dat ten behoeve van de financiers verslag kan worden gedaan van de besteding van middelen, de gerealiseerde veranderingen en de effecten.

Ten behoeve van de ontwerpfasen en de implementatie is vooraf een plan gemaakt. Hierin is gepland hoe en met wie het herontwerp en het testen daarvan zou worden uitgevoerd. De tussentijdse metingen en evaluatie maakten deel uit van deze planning. Per onderdeel wordt verslag gedaan van de activiteiten.

Bij het herontwerp volgens de grof - fijn cyclus wordt volgens een vaste volgorde gewerkt:

1. In eerste instantie wordt ingezoomd op het primaire proces (de zorgprocessen). Er wordt geïnventariseerd wat belemmeringen en problemen zijn, die bij een herontwerp van het primaire proces opgelost kunnen worden. Ook wordt vastgesteld wat goed verloopt en in een herontwerp gehandhaafd dient te worden. De inventarisatie resulteert in een prioritering van belangrijkste zaken die in het primaire proces moeten worden opgepakt. Op basis hiervan wordt een herontwerp voor het primaire proces gemaakt.

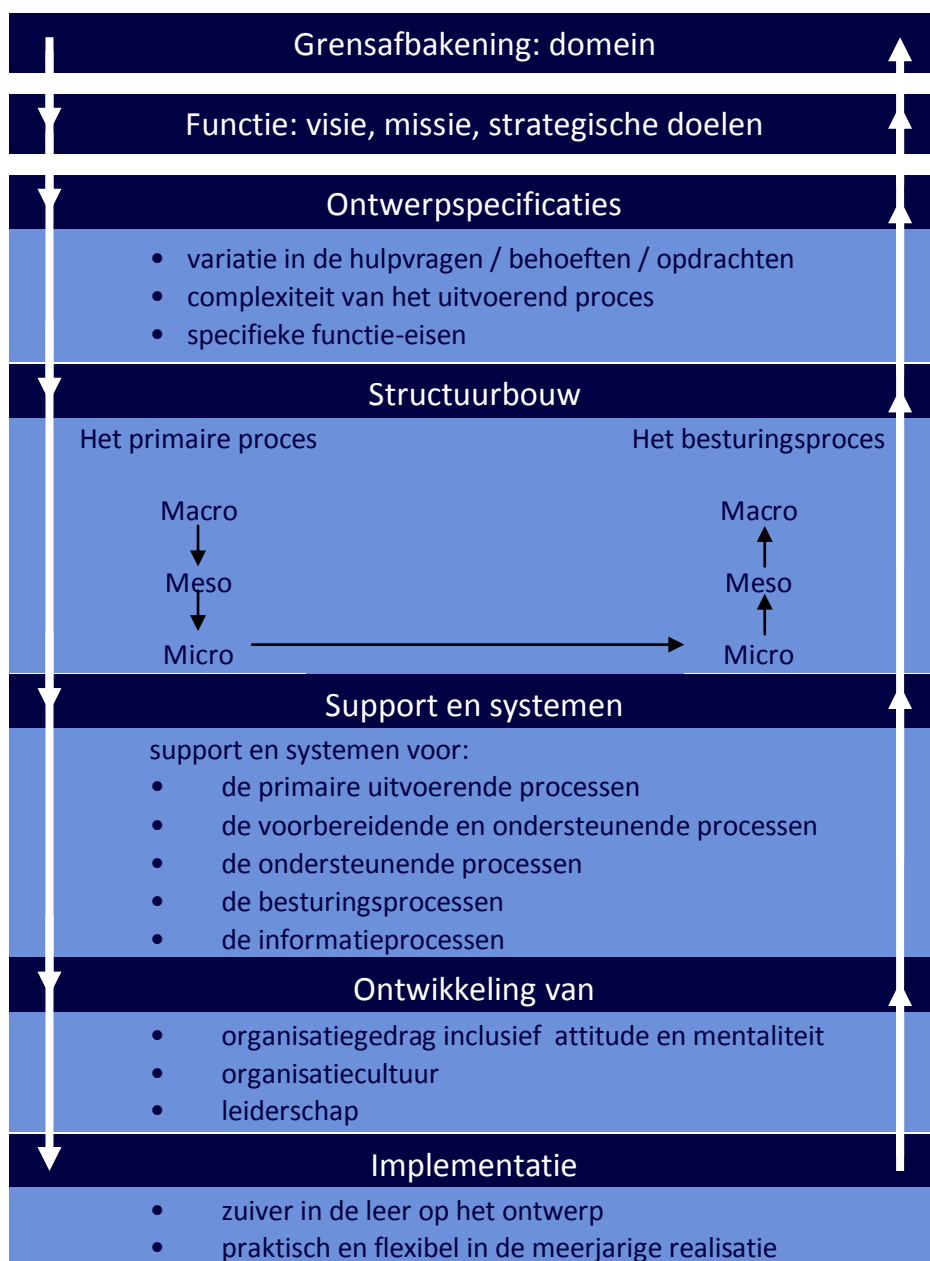
2. In tweede instantie wordt de focus gelegd op de passende sturings- en besluitvormingsstructuur. Er wordt nagegaan of en hoe door herontwerp in het secundaire proces optimalisering kan plaatsvinden. Ook hier geldt dat prioriteiten worden gesteld. Vervolgens wordt een herontwerp gemaakt.
3. In derde instantie wordt het accent verlegd naar de support en de technische en ondersteunende systemen. Op basis van het herontwerp in het primaire en het secundaire proces wordt nagegaan hoe de technische en ondersteunende systemen daar het best op kunnen aansluiten. Wederom geldt dat er prioriteiten in de verbetermaatregelen worden gesteld, die verdisconteerd worden in een herontwerp.

Voor de uitwerking zijn drie ontwerpgremia in het leven geroepen:

- ontwerpgroep op management niveau. Deze voerde regie over het ontwerpproces en bevestigde formeel de herontwerpbesluiten zoals die in de ontwerpessies en de kernontwerpgroep werden uitgewerkt;
- ontwerpessies voor alle medewerkers van de experimentele groep. Hier werd, op basis van de geïnventariseerde belemmeringen en knelpunten een beter passende arbeidsstructuur uitgewerkt;
- kernontwerpgroepen, bestaande uit een selectie van medewerkers. In deze twee groepen werden specifieke ontwerpaspecten concreet uitgewerkt.

De ontwerpfase was een intensieve fase waarin een fors appel werd gedaan op de investering van de medewerkers. De bijeenkomst van de ontwerpgroep was maandelijks. De duur van het overleg was twee uur. Eenmaal per twee maanden werd de bijeenkomst opgeplust met de deelname van alle medewerkers uit de experimentele groep. Het overleg werd daarvoor verlengd tot 4 uur. De kernontwerpgroepen hebben twee gehele dagen aan concretisering van het ontwerp gewerkt. De ontwerpfase heeft circa 3 maanden geduurd.

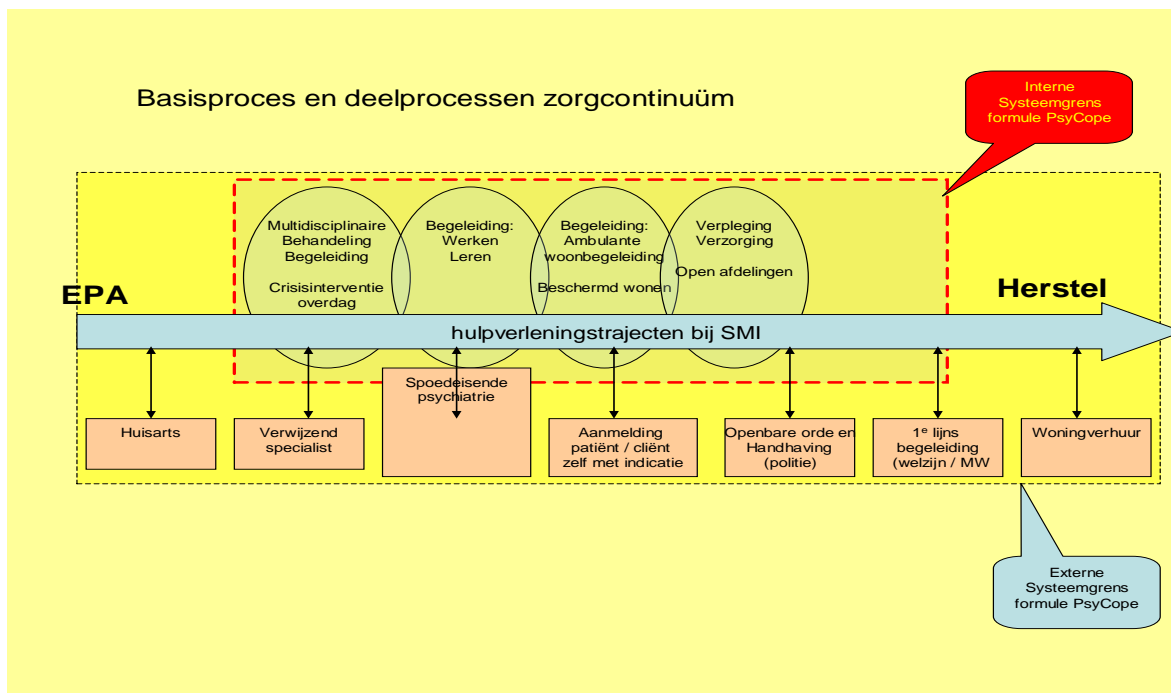
Bij het herontwerp is uitgegaan van het integrale ontwerpmodel (gebaseerd op Kuipers, Van Amelsvoort, Kramer, 2010). Onderstaand is dit schematisch weergegeven.



In het herontwerp is ervoor gekozen een deel van de primaire processen op het vlak van de multidisciplinaire behandeling en begeleiding, de begeleiding op het vlak van werken en leren, de begeleiding op het vlak van wonen en de verpleging en verzorging te herstructureren en te integreren in een Resultaat Verantwoordelijke Eenheid. Op deze manier zijn twee kleinschalige functionele eenheid gecreëerd, waarin de samenstellende teams gezamenlijk verantwoording nemen voor:

- de psychiatrische zorg in een verzorgingsgebied (stadsdeel van circa 50.000 inwoners);
- de afstemming met ketenpartners in het stadsdeel over de onderlinge samenwerking.

Hiermee is in plaats van functionele verticale ordening, uitgegaan van parallelisering en segmentering in het ontwerp. De onderstaande weergave maakt dit duidelijk.



De resultaten van de ontwerpfasen zijn verwoord in het kaderdocument document Pilot Wijkgerichte Zorg, dat als bijlage is opgenomen. In het kaderdocument zijn de afspraken en spelregels uitgewerkt voor het werken binnen de nieuwe arbeidsstructuur.

De ontwerpfasen zijn geleidelijk overgegaan in de implementatie fase in engere zin. Vanaf januari zijn de betrokken teams binnen de nieuwe structuur concreet aan de slag gegaan met het gezamenlijk uitvoeren van het zorgcontinuüm voor doelgroep (patiënten met ernstige psychische aandoeningen) en de verbetering van de afstemming met de ketenpartners in de wijk c.q. het stadsdeel.

Om dit vorm te geven is het RVE overleg in het leven geroepen, bestaande uit vertegenwoordigers van de betrokken teams. In het RVE overleg worden per onderdeel de werkafspraken herzien en aangescherpt, op basis van de concrete werkervaring die dagelijks wordt opgedaan. Op deze manier wordt het herontwerp continu getoetst en bijgesteld.

In RVE verband wordt tevens concreter ingegaan op de sturingsmechanismen die in de dagelijkse praktijk noodzakelijk zijn voor de borging van het herontworpen primaire proces en de wijze waarop support en systemen hierop dienen aan te sluiten. Dit verloopt overigens een stuk moeizamer, met name het domein van de support en de systemen. Bij het onderdeel evaluatie zal daar verder op worden ingegaan.

Met de herinrichting op arbeidsorganisatorisch vlak is een substantiële vereenvoudiging in het primaire en secundaire proces gerealiseerd. De onderlinge uitwisseling en versterking, de concrete werkafspraken daarover en de fine-tuning daarvan op basis van de praktijk, verloopt niet meer via de hiërarchische lijnstructuur. De betrokken medewerkers stemmen zelf af en vullen zelf gezamenlijk in. Dit geldt ook voor de benadering en de afstemming met de ketenpartners op wijkniveau c.q. stadsdeelniveau. Met de huisarts, de wijkagent, het maatschappelijk werk, etc. worden concrete maatwerk afspraken gemaakt, die passend zijn voor het desbetreffende stadsdeel.

Voor beide domeinen ligt hierbij niet langer het accent op uniformiteit op concernniveau, maar op passendheid en haalbaarheid binnen de couleur locale. Dat wil overigens niet zeggen dat er ongebreideld invulling wordt gegeven aan allerlei 'afwijkende' afspraken. De praktijk wijst uit dat de betrokken medewerkers zeer verantwoord keuzes maken en integer met de geldende beroepsregels omgaan. Het grote verschil is dat er bij behoefte aan aanvullende afspraken geen bureaucratische last is om dit via

het concern te realiseren en te verwoorden in aanvullingen waar alle andere organisatieonderdelen mee akkoord kunnen gaan.

#### 4.2 Tussentijdse meting en evaluatie

Zoals reeds aangegeven is in mei een tussentijdse meting in gang gezet op de onderscheiden subvariabelen en is een tussenevaluatie gestart. De resultaten van de 1<sup>e</sup> meting en de tussentijdse meting zijn in paragraaf 3.1 gedetailleerd weergegeven. De eindconclusie wordt hier nogmaals herhaald:

Er is in lichte mate een trend zichtbaar die deels als een bevestiging van de veronderstelling kan worden gezien dat door de arbeidsorganisatorische innovatie, verbeteringen in de productiviteit in ruime en in enge zin gerealiseerd worden. De complexiteit van de organisatie neemt in de pilot af. Het distributieve gedrag ontwikkelt zich positief. De directe cliënt gebonden tijd neemt toe en de individuele productiviteit stijgt.

Gegeven de beperkte duur van de implementatie, is dit een zeer hoopvolle voorlopige conclusie. Zeker wanneer men bedenkt dat voor de medewerkers van de experimentele groep geldt dat zij zowel deel uitmaken van de traditionele functionele arbeidsstructuur als de nieuwe pilotstructuur. Zolang er sprake is van een pilot en de organisatie nog niet in zijn geheel is gekanteld, is het niet mogelijk de pilot geheel uit de going concern te tillen en hier volledig los van te maken. In de evaluatie komt dit punt nadrukkelijk naar voren.

#### Evaluatie

In mei is gestart met een tussentijdse procesevaluatie. De belangrijkste input hiervoor is gegeven vanuit de beide RVE - overleggen, omdat dit de meest betrokken participanten zijn. Daarnaast is input gegeven vanuit het projectteam en de projectgroep. Het projectteam bestaat uit de projectleiding en de RVE leiding. De projectgroep bestaat uit de projectleiding, de RVE - leiders, de betrokken zorgmanagers, de programmaleider IZ en de directeur IZ Parkstad.

Voor de procesevaluatie is uitgegaan van de projectfasen, zoals in de planning uitgewerkt. Als extra onderdeel is hier communicatie, als doorlopend aandachtspunt aan toegevoegd. Het bijbehorende schema wordt nogmaals weergegeven.

2009 - 2010	juni 2010	juli	september	oktober	november	december	januari 2011	februari	maart	april	mei	juni	restant 2011
communicatie													
voorstudies													
	projectinrichting												
	operationalisering / instrumentatie												
	metingen												
	analyse en vertaling												
	herontwerp												
	implementatie												
											tussentijdse metingen		

De uitkomsten van de procesevaluatie worden per fase kernachtig weergegeven.

#### A. Inrichtingsfase

- De inrichtingsfase (inclusief de instrumentatie) nam veel tijd in beslag. Het project moest intern en extern goed verankerd worden als verandertraject en als onderzoekstraject. Dit vroeg veel afstemmings- en overlegtijd en mondde uit in een complexe projectstructuur met een veelheid aan deelgroepen. Voor de betrokken medewerkers was het erg moeilijk om het inrichtingsproces te kunnen volgen en zich daar deel van te voelen.
- Door de lange inrichtingstijd liep het project uit fase. Dit werkte drukverhogend.



## **B. Meetfase**

- In de meetfase is zeer loyaal meegewerkt aan de inventarisatie ten behoeve van de subvariabelen. De respons op de vragenlijsten en tijdens de werksessies was zeer hoog (90 %).
- De complexiteit en daaruit volgende onduidelijkheid speelde ook in deze fase door. Het was voor de betrokken medewerkers vaak moeilijk te volgen welk deelproces aan de orde was en wat de bijdrage van het deel aan het geheel was.

## **C. Ontwerpfase**

- Dit was een dynamische en actieve fase, waarin de medewerkers met meer concrete materie aan de slag gingen. Dit werd ook zo beleefd.
- Met het resultaat van de ontwerpfase was men tevreden (het gezamenlijk uitgewerkte kaderdocument voor herinrichting van de zorg).
- Ook in deze fase bleef de complexiteit parten spelen. De inbreng werd weliswaar concreter, maar toch was het moeilijk de vertaling te maken naar het project als geheel en naar de geambieerde verbetering van de praktijk.

## **D. Implementatiefase**

- Deze fase werd als positief ervaren. Doordat de betrokkenen nu (eindelijk) met elkaar aan tafel zaten om de uitvoering van de zorg gezamenlijk af te stemmen, werd de vertaling van het project naar de alledaagse werkelijkheid substantieel verbeterd.
- Doordat er nu werkelijke gezamenlijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid werd gecreëerd, in een nieuwe arbeidsstructuur, werd beter voelbaar dat er gebruik kon worden gemaakt van elkaars know how en inzet.
- Het aspect van de complexiteit en onduidelijkheid bleef ook in deze fase spelen. Voor de deelnemers aan het RVE - overleg nam de onduidelijkheid weliswaar af, maar de vertaling van veranderingen in de praktijk naar de achterliggende teams en het consequent opvolgen van de veranderingen werd als moeilijke opdracht ervaren.
- Over de voortgang in termen van concrete veranderingen was men ontevreden. Naast de genoemde onduidelijkheid speelden hierin ook de volgende zaken:
  - de pilot vindt plaats binnen de bestaande structuur (de going concern). De bestaande structuur en de daarbij geldende regels en afspraken blijven onverkort van toepassing en daarmee ook van invloed op de werkzaamheden binnen de pilot. Naast het appel op geduld voor herhaalde uitleg aan derden, wordt de betrokkenen ongewild gevraagd om te gaan met rolwisselingen in de 'twee werkelijkheden': de experimentele werkelijkheid en de going concern. Dit bevordert het tempo en de resultaten niet;
  - het primaire proces kent een zeer hoge afhankelijkheid van de support en de systemen. Support en systemen zijn voor het allergrootste deel gecentraliseerd in de Shared Service Organisatie. Deze kent een eigen dynamiek in uitvoering en besturing die dominant is. Alhoewel het streven was de SSO te betrekken in het herontwerp en deze (voor een deel) daarop aan te passen, is het niet gelukt dit te realiseren. Voor de SSO bestond de pilot niet in die zin dat er een formele taak of opdracht was de ondersteuning hieraan aan te passen.
  - de betrokkenheid bij c.q. deelname aan de pilot vindt plaats naast de going concern. De bestaande structuur is er niet door vervangen. De tijdsinvestering en de complexiteit van de dagelijkse werkelijkheid namen daarmee toe voor de betrokkenen.

## **Communicatie**

Vanaf de start van de pilot is aandacht besteed aan communicatie. Door middel van berichten via het interne portaal, nieuwsbrieven, externe publicatie en bijeenkomsten is uitleg gegeven over de achtergronden, de doelstelling, de planning en de uit te voeren werkzaamheden. Het resultaat van de berichtgeving werd als onvoldoende ervaren. Naast de boven genoemde aspecten als abstractheid van de materie, de complexiteit van het project en het te lage tempo waarin veranderingen konden worden ingevoerd, speelde vooral ook de concurrentie met andere actuele thema's een rol. De informatiestroom binnen de GGZ is intens en breed:

- de wijzigingen, bijstellingen en aanscherpingen in de beleidsregels vanuit de drie financiële regimes doen een groot appel op de interne informatieverwerking en aanpassing van de instructies;
- de onbalans tussen zorgbehoefte en middelen, noodzaakt tot voortdurende aanpassingen in de praktijk. Van stabiliteit in de zorguitvoering is in die zin geen sprake;
- de interne dynamiek binnen het concern is turbulent. Na een reeks van fusies, waardoor de omvang en de schaalgrootte aanzienlijk zijn toegenomen, is er veel beweging op het vlak van inrichting en herinrichting. Intern veroorzaakt dit dagelijks een berichtenstroom over veranderingen.

In de hieruit voortvloeiende communicatiestroom en informatieverwerking is het verre van eenvoudig berichtgeving over een nieuwe project eenduidig te houden. Dit heeft overigens niets te maken met de kwaliteit van de medewerkers die de informatie zenden of ontvangen en verwerken. De moeizaamheid in de communicatie wordt vooral in de hand gewerkt door de complexiteit van de interne en externe structuur die in de loop der tijd gegroeid is.

**Samenvattend** kan gesteld worden dat in de implementatie met veel enthousiasme en doorzettingsvermogen is gewerkt aan een herontwerp waarover tevredenheid bestaat. In de dagelijkse zorg wordt dit als kans voor verdere verbetering ervaren. Ook is duidelijk geworden dat herinrichting een moeizaam en langdurig traject is, dat vraagt om een lange termijn investering. De resultaten van de analysefase bevestigen dit.

De metingen en analyse daarvan hebben ook duidelijk gemaakt dat er in lichte mate een trend zichtbaar is die deels als een bevestiging van de veronderstelling kan worden gezien dat door de arbeidsorganisatorische innovatie, verbeteringen in de productiviteit in ruime en in enge zin gerealiseerd worden. De complexiteit van de organisatie neemt in de pilotstructuur af. Het distributieve gedrag ontwikkelt zich positief. De directe cliënt gebonden tijd neemt toe en de individuele productiviteit stijgt.

### **Financiële verantwoording**

Voor de uitvoering van het project is een leading coalition binnen de instelling geformeerd (26 personen betrokken). Vanuit deze groep zijn kartrekkers van het project voor de diverse deelgroepen gekruet. De werkuren van de kartrekkers die besteed zijn aan de opdrachten (en daarmee onttrokken aan de going concern) zijn separaat geadmistreerd, conform de met het ESF overeengekomen tarieven. De aldus geïnvesteerde uren per fase worden in de declaratie opgevoerd. De verletkosten van overige medewerkers die bijdragen hebben geleverd aan de verschillende deelopdrachten (bijvoorbeeld door te participeren als respondent, als werkgroep lid, of als deelnemer van werksessies), zijn niet in de declaratie opgevoerd.

Daarnaast is ten behoeve van het uittesten van het implementatieplan en het verslag maken van het uitgetest plan, externe deskundigheid ingehuurd en conform de met het ESF overeengekomen tarieven bekostigd.

De aldus gemaakte kosten van de onderdelen ‘uittesten van het implementatieplan’ en ‘verslag maken van het uitgetest implementatieplan’ bedragen respectievelijk € 46.986,- en € 7028,-

### **5. Planning vervolgtraject en kosten**

Voor de vervolgplanning is een meerjaren ontwikkelplan opgesteld. In dit plan wordt enerzijds voortgeborduurd op de ervaringen die tijdens de pilot zijn opgedaan en anderzijds wordt een verband gelegd met andere ontwikkeldoelen.

In het plan wordt ervan uitgegaan de Integrale Zorg maximaal maatschappelijk te verankeren, door:

- de inrichting van 10 zorg gerelateerde Resultaat Verantwoordelijk Eenheden, op basis van de uitwerking binnen de pilot Wijkgerichte Zorg;
- parallel hieraan de klinische voorziening grondig te herzien:
  - reductie van de bestaande klinische bedden en convertering hiervan naar ambulante zorg (reductie van circa 200 bedden in 5 jaar);
  - herinrichting van de bestaande milieus in de vorm van:

- verblijfmilieus, met een variatie in intensiteit van begeleiding en duur van het verblijf, die geïntegreerd zijn in het zorgcontinuüm voor de EPA doelgroep;
- behandelmilieus in de vorm van high care units.

Het ontwikkelplan, waarin de peilers voor de inrichting van de zorg zijn beschreven, zal planmatig worden geconcretiseerd. Dit gebeurt in eerste instantie middels een haalbaarheidsonderzoek in de vorm van een businesscase. Dit is reeds in gang gezet (maar nog niet afgerond). Er wordt uitgegaan van de volgende ordening.

1. Uitwerking grof ontwerp en daarop geënte haalbaarheidsstudie:

- herontwerp primaire proces;
- herontwerp besturing;
- herontwerp support en systemen;
- uitwerking financieel ombouwscenario (in afstemming met financiers en intern control);
- uitwerking herhuisvestingsplan;
- uitwerking implementatieplan:
  - parallel,
    - i. invoering RVE's,
    - ii. convertering klinische capaciteit,
    - iii. invoering verblijfmilieus,
    - iv. invoering high care units
    - v. invoering aangepaste besturingstructuur
    - vi. invoering aangepaste support en systemen
    - vii. herallocatie medewerkers
    - viii. opleiding, training en coaching medewerkers

Realisatie oktober 2011.

2. Aanbieden businesscase en besluitvorming op concern niveau.

Realisatie november 2011.

3. Start implementatie met interne en externe informatieronde.

Realisatie december 2011.

4. Start parallelle herinrichting.

Stapsgewijze realisatie:

Invoering high care units medio 2012;

Kanteling basisstructuur primair proces en besturing naar RVE's eind 2012;

Herinrichting en aansluiting verblijfmilieus medio 2013;

Herinrichting support en systemen eind 2013;

Consolidatie en fine-tuning 2014.

## 5.1 Kosten en baten

De onderbouwing van het geschetste verandertraject is enerzijds gebaseerd op karakterisering van de vraagzijde. In de voorliggende notitie is dit uitgebreid uiteengezet. Anderzijds zijn er financiële prikkels die zwaarwegend zijn. Rekening houdend met de zogenoemde vergrijzing en ontgroening, is op een termijn van 15 jaren rekening te houden met een tekort aan arbeidskrachten in de zorg van 450.000 medewerkers (bron ministerie van VWS, Zorginnovatie platform, 2010). Er zal meer zorg geleverd moeten worden met minder middelen. De onbalans die op basis van onderzoek wordt voorspeld, is niet op te vangen met het streven naar meer van het zelfde. Er zal fundamenteel anders moeten worden omgegaan met de inrichting van de zorg. De drastische reductie van bedden is daarmee

niet alleen inhoudelijk te verdedigen (maatschappelijke integratie) maar ook vanuit het oogpunt van betaalbaarheid van de zorg. In dat laatste ligt de voornaamste bate van het geschetste ontwikkeltraject: de groei in zorg opvangen met gelijkblijvende middelen.

Het meerjaren ontwikkelplan is een plan op hoofdlijnen, waarin de koers voor de komende jaren wordt aangegeven. Dit is in deze fase nog niet doorgerekend naar kosten. De nog op te leveren businesscase zal hier meer duidelijkheid in brengen. Een grofmazige benadering van de kosten, mede gebaseerd op eerdere verandertrajecten wordt tot slot onderstaand gegeven.

Uitwerking businesscase	Onderzoek en analyse	€ 200.000,00
	Herontwerp (inclusief advieskosten)	€ 50.000,00
	Uitwerking en doorrekening	€ 25.000,00
	Implementatiemanagement	€ 50.000,00
	Herallocatie medewerkers	€ 25.000,00
	Opleiding / omscholing medewerkers	€ 200.000,00
	Begeleiding en ontwikkeling	€ 50.000,00
Friciekosten	Afbouw bedden en convertering naar ambulante; productieverlies klinisch en inrichten nieuwe / aanvullende ambulante vormen.	€ 3.000.000,00
Huisvesting	Realisatie meerjaren herhuisvesting	€ 500.000,00
PR	Interne en externe PR en communicatie	€ 50.000,00
Totaal schatting over 5 jaren		€ 4.150.000,00

### Financiële verantwoording

Voor de uitvoering van het project is een leading coalition binnen de instelling geformeerd (26 personen betrokken). Vanuit deze groep zijn kartrekkers van het project voor de diverse deelgroepen geselecteerd. De werkuren van de kartrekkers die besteed zijn aan de opdrachten (en daarmee onttrokken aan de going concern) zijn separaat geadmistreerd, conform de met het ESF overeengekomen tarieven. De aldus geïnvesteerde uren per fase worden in de declaratie opgevoerd. De verletkosten van overige medewerkers die bijdragen hebben geleverd aan de verschillende deelopdrachten (bijvoorbeeld door te participeren als respondent, als werkgroep lid, of als deelnemer van werksessies), zijn niet in de declaratie opgevoerd.

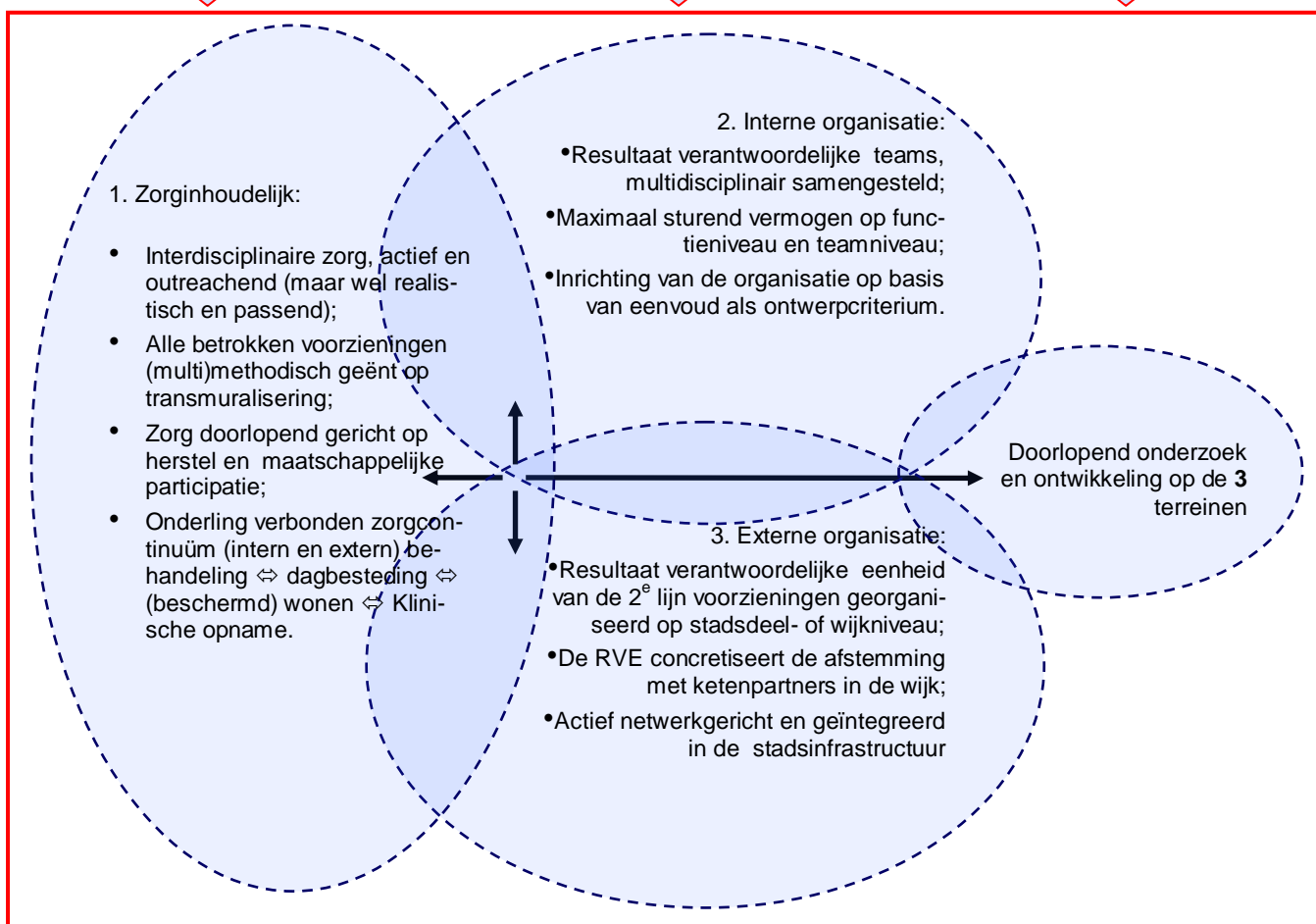
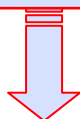
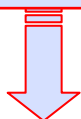
De aldus gemaakte kosten van de onderdelen 'kosten / baten analyse van het vervoltraject' en activiteiten- en tijdsplanning van het vervoltraject' bedragen respectievelijk € 4710,- en € 11419,-

Hierbij wordt opgemerkt dat voor beide fasen geldt dat na een eerste calculatie en planning op hoofdlijnen, de noodzaak van nadere concretisering en fine-tuning is besproken. Dit heeft vooral te maken met de geambieerde omvang van de herinrichtingoperatie. De hiermee samenhangende substantiële financiële en sociale risico's legitimeren een voortgezette nauwgezette calculatie. Een passend concretiseringstraject is inmiddels ingezet, waarmee kosten / baten analyse en planning over de ESF projectperiode heen lopen (subsidiabel tot juni 2011). Dit verklaart waarom de opgevoerde kosten voor de twee genoemde fasen, onder het niveau van de begroting blijven.

## Bijlage 1. Integraal Conceptueel model => formule Integrale Zorg bij EPA

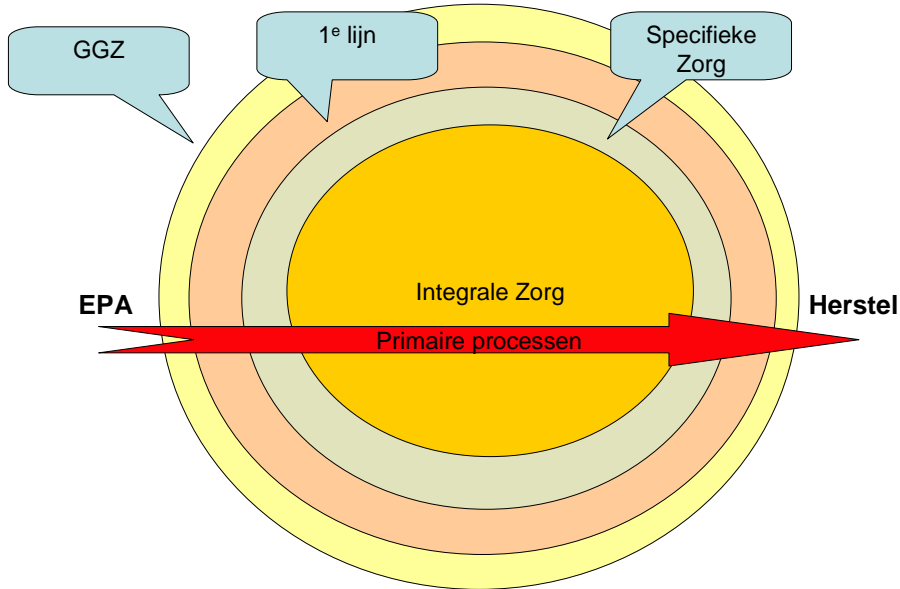
Kenmerken van de doelgroep (cliënten met EPA):

- er is sprake van ernstige simultane ontregeling in het psychisch, lichamelijk en sociaal functioneren, ten gevolge van de aandoening;
- de individuele manifestatie van de problematiek is sterk variabel en kent pieken en dalen die onvoorspelbaar zijn, de problematiek is complex en hardnekkig;
- individuele factoren en kenmerken van de context zijn sterk onderling verweven en bepalen in samenhang het verloop en daarmee ook de kans op herstel;
- de aandoening is dermate ingrijpend dat het toekomstperspectief op individueel en sociaal vlak radicaal en definitief wijzigt;
- het risico dat de aandoening leidt tot isolement, stigmatisering en marginalisering is groot;
- het herstel is langdurig en vraagt om onderling samenhangende interventies op diverse levensterreinen.

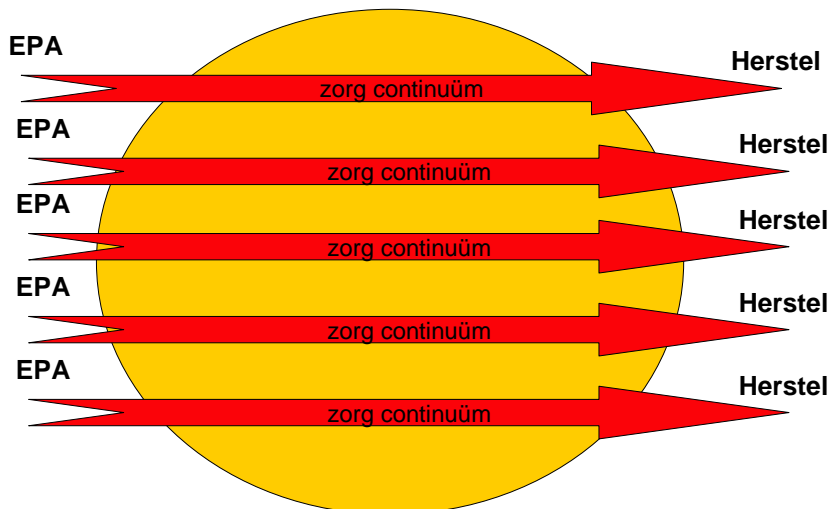


## Bijlage 2. Herontwerp in hoofdstappen

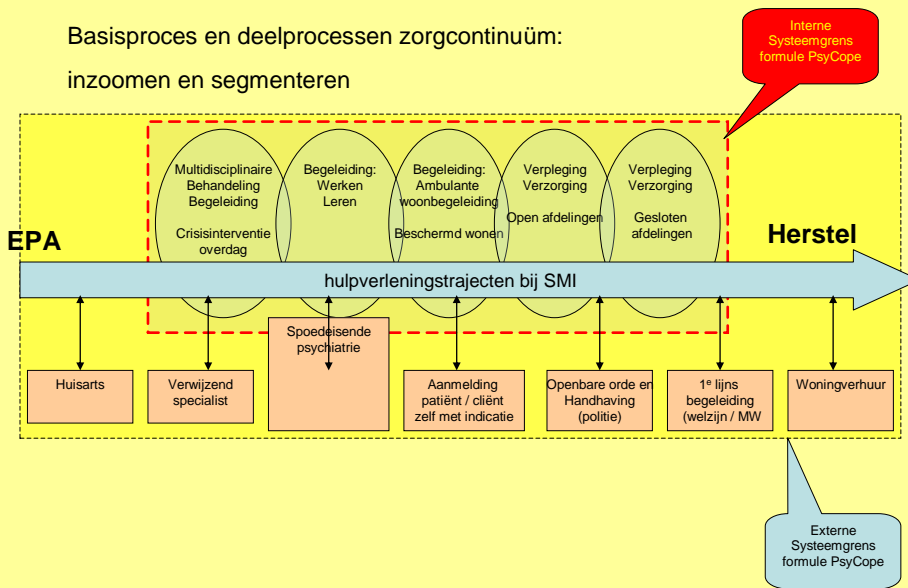
### Systeemgrens vaststellen



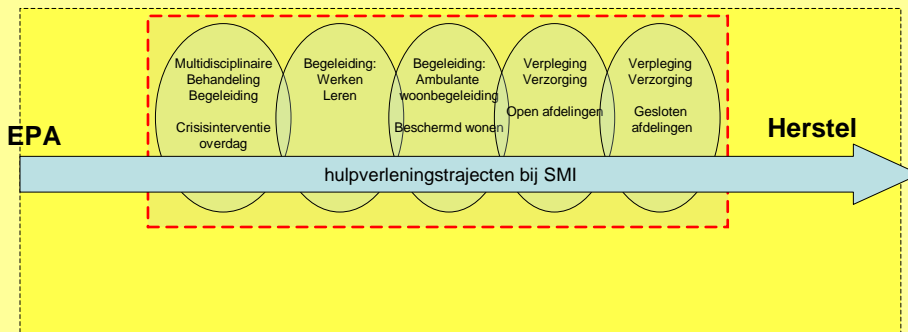
### Parallele processen



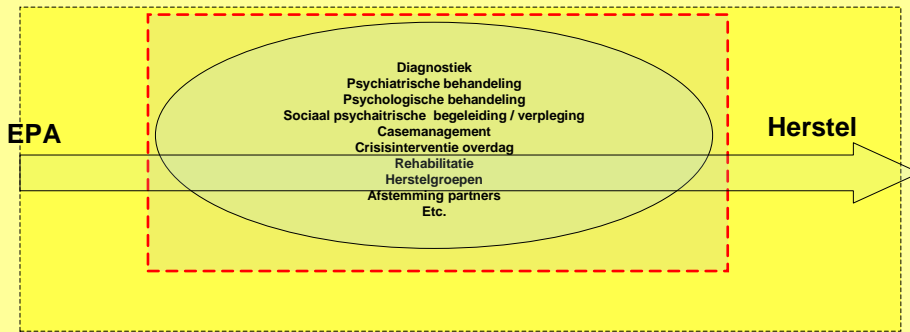
Basisproces en deelprocessen zorgcontinuüm:  
inzoomen en segmenteren



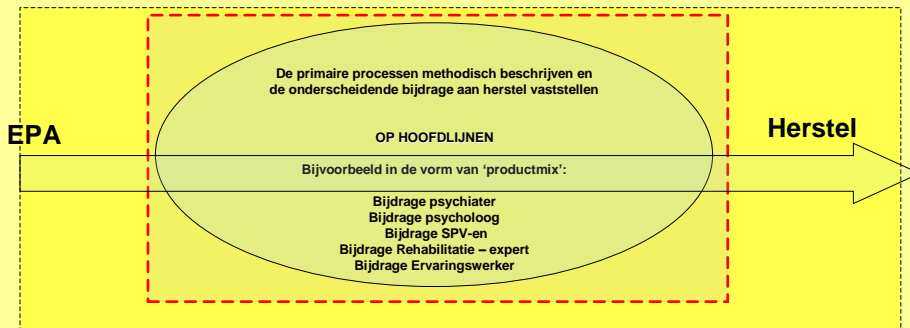
Basisproces en deelprocessen zorgcontinuüm:  
Intern ingezoomd



### Basisproces FACT in het zorgcontinuüm

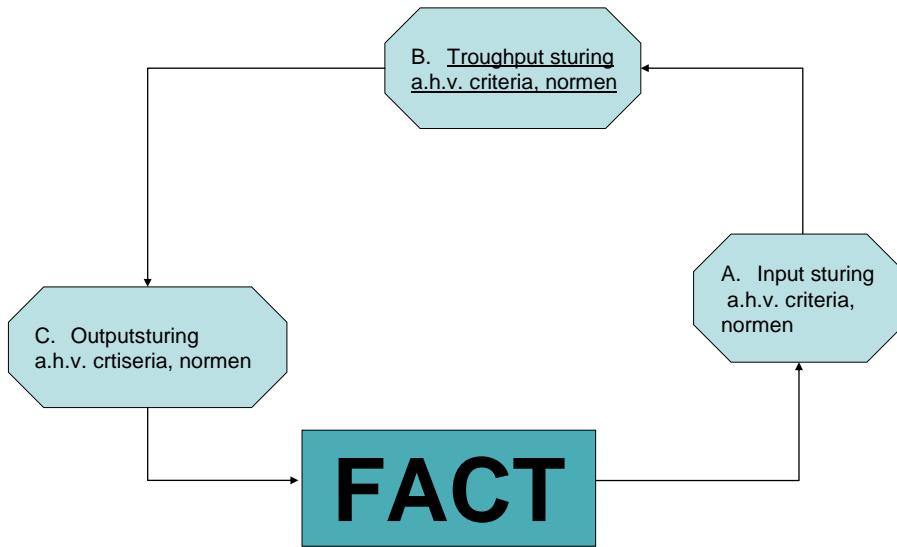


### Functionele opbouw basisproces FACT in het zorgcontinuüm



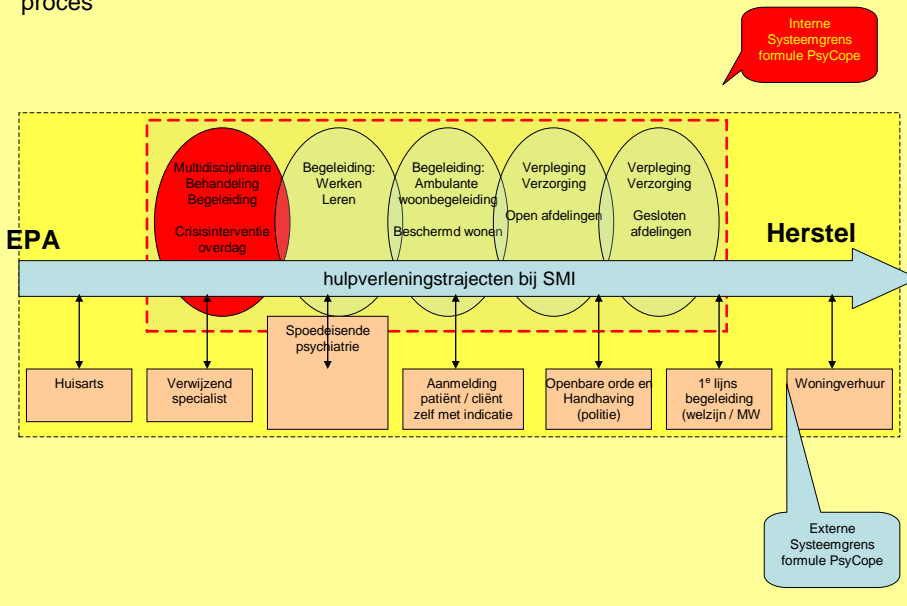


Basisregelkring FACT: **eigen** stuurvermogen op de corebusiness



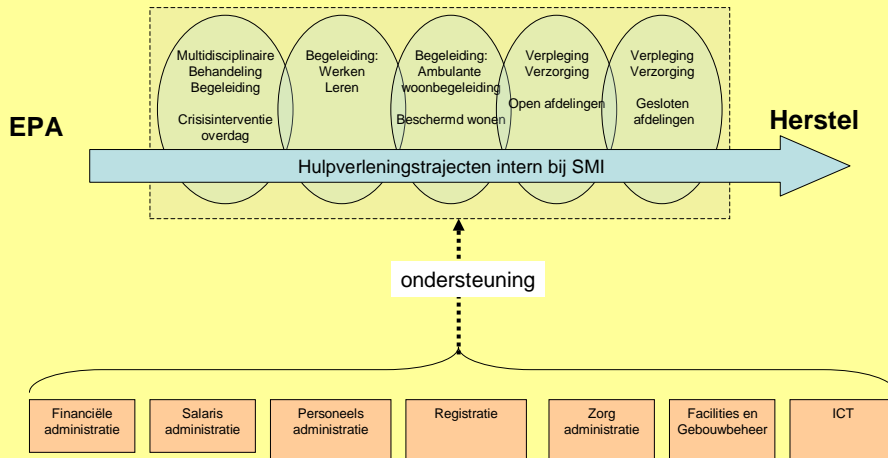
Basisproces FACT uitgewerkt (rood)

Zelfde exercitie voor de andere deelprocessen = uitwerking primair proces

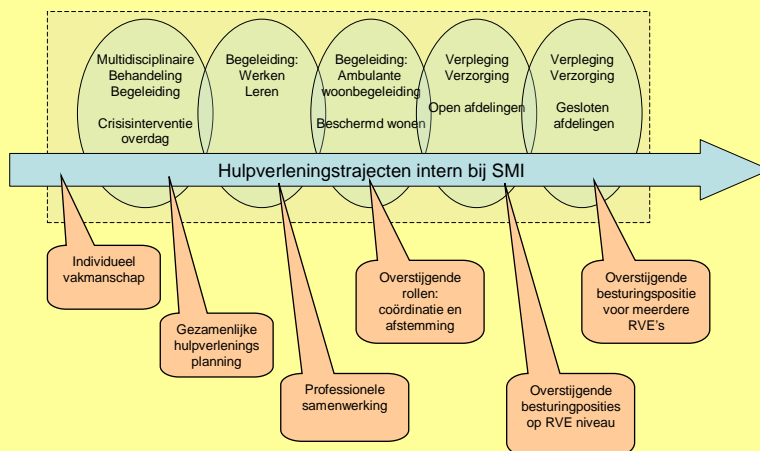


Primair proces en noodzakelijke administratie / support benoemen

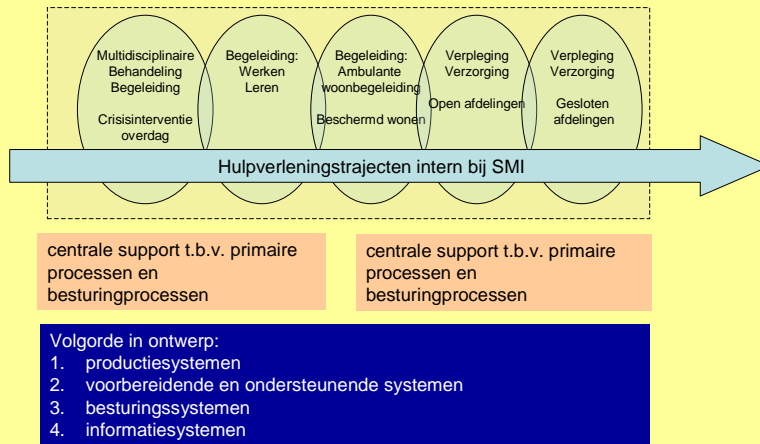
## Administratie ≠ Besturing!



Primair proces en besturingsmechanismen en besturing op RVE niveau



Uitwerking support: decentraal en centraal



### **Bijlage 3. Kaderdocument Pilot Wijkgerichte Zorg**

In het voorliggende kaderdocument staan de basisafspraken die gelden voor de implementatiefase van de pilot Wijkgerichte Zorg. In de implementatiefase gaan de betrokken teams van de drie kernprocessen (Werken – Leren – Welzijn, Beschermd Wonen, Wijkteams) concreet aan de slag om gezamenlijk inhoud te geven aan de onderlinge afstemming en samenwerking. Het kaderdocument geldt daarbij als leidraad.

In het document wordt met name aandacht besteed aan de het kader dat geldt voor de (intensivering van) samenwerking en afstemming tussen de bestaande voorzieningen. De bestaande kernprocessen binnen Werken – Leren – Welzijn, Beschermd Wonen en de Wijkteams worden niet opnieuw beschreven. Deze zijn bekend. Dat geldt ook voor de bestaande afspraken op divisie- en concernniveau.

Het kaderdocument borduurt voort op het basismodel van de Resultaat Verantwoordelijke Eenheid (RVE) op stadsdeelniveau, dat als kader voor de pilot is uitgewerkt.

Het kaderdocument komt voort uit de sessies van de drie ontwerpgroepen:

- de ontwerpgroep die bestaat uit de vertegenwoordigers van de betrokken teams;
- de ontwerpessies, waarin de medewerkers van de pilotteams samen met leden van de ontwerpgroep zijn ingegaan op (her)inrichting van de zorg;
- de kernontwerpgroep, die als tijdelijke hulpgroep nadere invulling heeft gegeven aan een aantal onderdelen.

In het kaderdocument is de input die vanuit de verschillende groepen is aangereikt, verwoord in basisbeginselen en basisafspraken voor de (her) inrichting van de zorg op stadsdeelniveau (een overzicht van de betrokken groepen is weergegeven in de bijlage ‘projectstructuur’). Het document behoudt daarmee in een bepaald opzicht een algemeen en abstract karakter. Dit is onvermijdelijk omdat in de pilot Wijkgerichte Zorg de concrete invulling van de samenwerking en afstemming tussen de primaire processen in de alledaagse praktijk gestalte krijgt. De precisering op het concrete handelingsniveau is vooraf niet in ‘werk instructies’ uit te drukken.

De leidraad in het voorliggende document kent twee niveaus. Enerzijds zijn de basisbeginselen en basisafspraken uitgewerkt. Anderzijds is een opsomming opgenomen van aandachtspunten, die vanuit de verschillende groepen zijn aangereikt. Deze aandachtspunten worden RVE – niveau uitgewerkt in uitvoeringsafspraken. Daarmee zijn de weergegeven aandachtspunten bepalend voor de agenda van het overleg op RVE – niveau.

#### **1. Basisbeginselen en basisafspraken**

- 1.1. Voor de pilot Wijkgerichte Zorg is een concretisering uitgewerkt van het conceptuele model voor zorg bij Ernstig Psychische Aandoeningen (EPA), in de vorm van een ‘Resultaat Verantwoordelijke Eenheid’ (RVE). Het integrale conceptuele model (ook wel de formule IZ, of de formule PsyCope genoemd) is een compacte weergave van de:
  - zorginhoudelijke ‘bouwstenen’;
  - de ‘bouwstenen’ voor de interne organisatie;
  - de ‘bouwstenen’ voor de externe organisatie.

De RVE is uitgewerkt als een organisatorisch inrichtingsmodel. Tijdens de pilot wordt nagegaan of deze uitwerking haalbaar is en tot een optimalisering van de bestaande pri-

maire processen kan leiden. Zowel het conceptuele model als het basismodel RVE, zijn gebaseerd op ontwikkelingen die binnen IZ reeds zijn ingezet, zoals onder andere:

- Actieve ketensamenwerking;
- Uitvoering van (F)ACT;
- Intensieve samenwerking tussen Wijkteams en Kliniek;
- Differentiatie in vormen van dagbesteding;
- Differentiatie in vormen van begeleid en beschermd wonen;
- Rehabilitatie;
- Herstel
- Etc.

Er wordt met andere woorden in de pilot een serieuze inspanning geleverd om ontwikkelingen die eerder in gang zijn gezet, te versterken en dieper te verankeren in de organisatorische inrichting.

- 1.2. Basis uitgangspunt is dat een groot deel van de afstemmingsproblemen en afstemmingskansen, die in het primaire proces ervaren worden, het best kunnen worden opgepakt door de inrichting van een kleinschalige RVE op stadsdeelniveau. De kleinschaligheid biedt de beste kansen om onderlinge afstemming dynamisch en daadkrachtig vorm te geven. De kleinschaligheid maakt tevens reëel dat er sprake kan zijn van een daadwerkelijk gedeelde verantwoordelijkheid voor de basiszorg op stadsdeelniveau.
- 1.3. De RVE is gericht op de zorg voor volwassenen waarbij sprake is van Severe Mental Illness c.q. Ernstig Psychische Aandoeningen (EPA). Dit is de doelgroep van de integrale psychiatrische zorg, die zich onderscheidt van de zogenoemde specifieke behandelpsychiatrie. Voor het grootste deel gaat het hierbij om psychotische problematiek (70 tot 80 %). Voor een kleiner deel gaat het om andere aandoeningen, die dermate ernstig en ingrijpend zijn dat integrale zorg noodzakelijk is. Kenmerkend voor de doelgroep is dat er sprake is van ernstige ontregeling op psychisch, sociaal en somatisch vlak. Vaak treedt dit tegelijkertijd of kort opeenvolgend op. Dit heeft als logisch gevolg dat in de zorgverlening moet worden uitgegaan van onderling samenhangende hulpverlening op de verschillende levensgebieden. Uitgaande van het vaak langdurige en wisselvallige karakter van de problematiek, is het van belang de zorg in doorlopende trajecten beschikbaar te stellen. In die zin is sprake van een zorgcontinuüm.
- 1.4. Binnen het zorgcontinuüm vinden diverse interventies plaats in de sfeer van behandeling, begeleiding en ondersteuning. Alle interventies staan in dienst van het herstel van de cliënt. In die zin is sprake van gelijkwaardigheid van interventies en gelijkwaardigheid van de bijdragen van betrokken hulpverleners en dienstverleners. Met de cliënt wordt de interventiemogelijkheden geconcretiseerd in individuele hulpverleningstrajecten die aansluiten bij zijn / haar mogelijkheden en behoeften.

**Met herstel wordt bedoeld op de persoonlijke processen, waarin mensen met een psychische aandoening proberen de draad weer op te pakken, de regie te hervinden en hun leven opnieuw inhoud en richting te geven (Anthony, 1993). Herstel impliceert een actieve acceptatie van problemen en beperkingen en een geleidelijke identiteitsovergang van patiënt naar burgerschap. De psychische aandoeningen worden zo goed als mogelijk overstegen en geïntegreerd. De psychologische invalshoek van een veranderende identiteit staat op de voorgrond. Herstel is een langdurend proces waarin aspecten als (persoonlijk) welzijn en kwaliteit van leven centraal staan. De diverse interventies binnen het zorgcontinuüm van de RVE leveren een bijdrage aan het herstelproces.**

- 1.5. De interventies binnen het zorgcontinuüm worden interdisciplinair vormgegeven. Interdisciplinair wijst daarbij op de actieve gerichtheid van de cliënten en professionals om vanuit de diverse disciplines en voorzieningen invulling te geven aan de hulpverlening. Door de samenwerking op RVE niveau en het commitment van de partners neemt de concrete inzet van ieders expertise toe.
- 1.6. Essentieel is ook dat door de concrete samenwerking binnen de RVE soepel inhoud gegeven kan worden aan:
  - gemeenschappelijke hulpverlening aan cliënten (waar dat functioneel is);
  - afstemming en consultatie in individuele casussen;
  - gezamenlijke afspraken en spelregels over de raakvlakken tussen de disciplines en de overlap.

De samenwerking tussen de disciplines, laat onverlet dat er per discipline sprake is van een eigen verantwoordelijkheid en expertise. De hoofdkaders daarvoor zijn bij wet gegeven en uitgewerkt in de daarop gebaseerde beroeps- en beleidsregels. In de RVE worden deze wettelijke bepalingen uiteraard gerespecteerd en nageleefd. Hierbij is het de intentie om te handelen vanuit de ‘geest van de wet’ en het accent te leggen op onderlinge versterking in plaats van de onderlinge verschillen. Bovenal gelden de keuzes en de regie van de cliënt (en diens direct betrokkenen) in het kader van volwaardig burgerschap als maat voor de interdisciplinaire benadering.

- 1.7. Binnen de RVE gaat het om de samenbundeling van de specifieke kernprocessen die een rol spelen in de zorg bij EPA. Dit is een andere indeling dan de huidige clusterstructuur. Het betreft in eerste instantie de bundeling van de 2<sup>e</sup> lijn voorzieningen, die zorg leveren op het vlak van:
  - interdisciplinaire behandeling en begeleiding;
  - klinische verpleging en verzorging (in verschillende milieus);
  - begeleiding en ondersteuning op het vlak van wonen in verschillende varianten / gradaties;
  - begeleiding en ondersteuning op het vlak van werken, leren, welzijn, in verschillende varianten / gradaties.

**Hierbij wordt uitdrukkelijk opgemerkt dat de aansluiting van de klinische afdelingen en de Spoedzorg een separaat proces is, met een eigen dynamiek. Dit omdat de Kliniek en de Spoedzorg zelf op dit moment in een proces van herinrichting / herontwerp zitten. Er wordt gewerkt aan de uitwerking van de verschillende ‘verblijfsmilieus’ en de precisering van de ‘Spoedeisende Psychiatrie’. De afstemming tussen de herinrichting Kliniek en ‘Spoedeisende Psychiatrie’ enerzijds en de ontwikkeling van de wijkgerichte zorg binnen de pilot anderzijds, wordt op een aantal niveaus geborgd. Onder andere in de projectgroep en het DMT. De uitwerking op klinisch vlak en de spoedzorg is niet tegengesteld aan de pilot. Integendeel, beide processen zijn inhoudelijk nauw aan elkaar verbonden. Om die reden zijn twee klinische teams betrokken bij de onderzoeks-ontwerpfase van de pilot. De verbinding tussen de twee (her) inrichtingsprocessen zal begin 2011 worden geformaliseerd. In de uitwerking van de klinische afdelingen (residentieel, opname, woonvormen) zal op inhoudelijk en organisatorisch vlak de relatie met de RVE’s concreet worden uitgewerkt.**

- 1.8. De omvang van de RVE in de pilot wordt gedefinieerd door:
  - het geografisch gebied;
  - het aantal cliënten binnen het stadsdeel;
  - het aantal medewerkers binnen de subteams.

- 1.9. De RVE is klein genoeg om flexibel in te richten, in relatie tot de karakteristiek van de wijk(en). Aansluiten bij sociale en culturele activiteiten kan vanuit een kleinschalige voorziening gemakkelijker gerealiseerd worden. Vice versa geldt dit ook: buurtactiviteiten kunnen plaatsvinden in de locaties van de RVE. In samenspraak met de ketenpartners op stadsdeelniveau worden specifieke, d.w.z. bij de wijk passende, samenwerkingsafspraken gemaakt. Deze kunnen per wijk verschillen. Vanuit de instellingen worden kaders gesteld, waarbinnen maximale regelruimte voor de RVE bestaat.
- 1.10. In de RVE krijgen en nemen de medewerkers verantwoordelijkheid voor de kwalitatief goede uitvoering van de zorg en de continuïteit van de RVE als samenwerkingsverband. Kwalitatief goede zorg en continuïteit van de RVE zijn voorwaardelijk aan elkaar verbonden. Samen vormen ze de primaire ondernemingsdoelen van de RVE. De realisering en borging van de primaire ondernemingsdoelen wordt op een aantal niveaus en met behulp van een aantal sturingsmechanismen waargemaakt:
- Op de eerste plaats en vooral worden de primaire ondernemingsdoelen waargemaakt door de professionals. De effectieve uitvoering van de zorg en de efficiënte inzet van middelen wordt in essentie op het niveau van het primaire proces geborgd.
  - Taken die het individuele niveau overstijgen worden als aandachtsgebieden in rollen onderling verdeeld. Affiniteit en individuele expertise zijn daarbij de keuzecriteria. Medewerkers nemen in deze rollen een vertegenwoordigende positie in en behartigen de belangen van de RVE namens de teamleden en de teams. Voorbeelden zijn onder andere: voorzitterschap in werkoverleggen, contactpersoon voor de huisartsen in de wijk, roosterplanning.
  - Taken op het operationele niveau waarbij een hiërarchische positie functioneel is, maken deel uit van het takenpakket van de huidige teamleiders en unitmanagers. Voorbeelden zijn verzuimbegeleiding en jaargesprekken.
  - Tijdens de pilot wordt voor de RVE als geheel, een RVE-leider benoemd. De RVE-leider geeft leiding en begeleiding aan de onderlinge samenwerking en afstemming tussen de subteams. Tevens behartigt deze de belangen van de RVE als geheel intern en extern. De focus van de RVE-leider ligt daarbij op de bevordering van de autonomie en verantwoordelijkheid voor de zorg en continuïteit. De RVE-leider ressorteert onder de directie.
  - De RVE-leider en de huidige teamleiders en unitmanagers vormen een complementair team in de realisatie van de implementatie.
  - De RVE-leider wordt tevens bijgestaan door de zorgmanager. De zorgmanager neemt samen met de RVE-leider verantwoordelijkheid voor de leiding en begeleiding van de onderlinge samenwerking en afstemming binnen en buiten de RVE. De zorgmanager besteedt extra aandacht aan de zorginhoudelijke aspecten binnen het zorgcontinuüm. De scope van de zorgmanager is daarmee breder dan één discipline, hetgeen ook tot uitdrukking komt in de bemensing van de functie; dit is niet vanuit een specifieke discipline, maar vanuit een overstijgende expertise op de deelprocessen.
  - Om structureel vorm te geven aan de onderlinge afstemming en versterking wordt een RVE overleg in het leven geroepen. Het RVE overleg bestaat uit afgevaardigden van de teams. In het RVE overleg worden de gezamenlijke spelregels voor de onderlinge samenwerking vastgelegd. De voorgestelde frequentie van het RVE overleg kent de volgende opbouw:
    - de eerste 8 weken, 1 x per week;

- na 8 weken, 1 x per twee weken;
- na 16 weken, 1 x per drie weken.

Het RVE overleg wordt voorgezeten door de RVE leider.

- De afgevaardigden van de betrokken teams hebben in het RVE overleg het mandaat (en daarmee het vertrouwen) om nadere afspraken te maken over de onderlinge samenwerking tussen de teams. De vertegenwoordigende positie van de RVE leden is cruciaal voor de voortgang in het RVE overleg. De keuze van de vertegenwoordigers dient gebaseerd te zijn op het vertrouwen in de brede expertise en het vermogen tot belangenbehartiging.
  - Vanuit het structurele RVE overleg wordt voeding en basis gegeven aan intensieve samenwerking op casusniveau, waar hulpverleningstrajecten heel persoonlijk op maat worden gesneden. Door de kleinschaligheid van de RVE is dit een realistische ambitie. De relatie tussen de specifieke bijdrage vanuit de kleinere kernprocessen en het grotere zorgcontinuüm is juist door de kleinschalige zichtbaar en tastbaar te maken.
  - Binnen de RVE wordt gebruik gemaakt van een interdisciplinair zorgplan. Hierin worden de cliëntdoelen en de daarbij passende interventies geïntegreerd. Het interdisciplinaire plan speelt een cruciale rol in de onderlinge afstemming bij de uitwerking en monitoring van de zorg.
  - Op RVE niveau wordt de gunning per deelvoorziening en de begroting inzichtelijk gemaakt. Deze gelden als taakstelling voor de RVE. Maandelijks wordt de realisatie (de daadwerkelijk gemaakte kosten en opbrengsten) binnen de RVE besproken en besloten over bijstelling.
- 1.11. In januari 2011 gaat de implementatiefase van start. De RVE-leiders zullen de betrokken teams in de eerste helft van januari bezoeken. Hierbij zal aandacht worden besteed aan het kaderdocument en zal worden afgesproken wie zitting nemen in het RVE overleg.
- 1.12. De pilot kent een afgegrensd tijdpad. Op basis van de verkregen subsidies, wordt de pilotfase formeel beëindigd in juni 2011. In de praktijk zal de pilot een langere uitloop kennen.