

**BUURTZORG**

**Transitieprogramma**  
in de langdurende zorg

[WWW.TRANSITIEPROGRAMMA.NL](http://WWW.TRANSITIEPROGRAMMA.NL)

maatschappelijke Business Case (mBC)

## ***Buurtzorg Nederland***

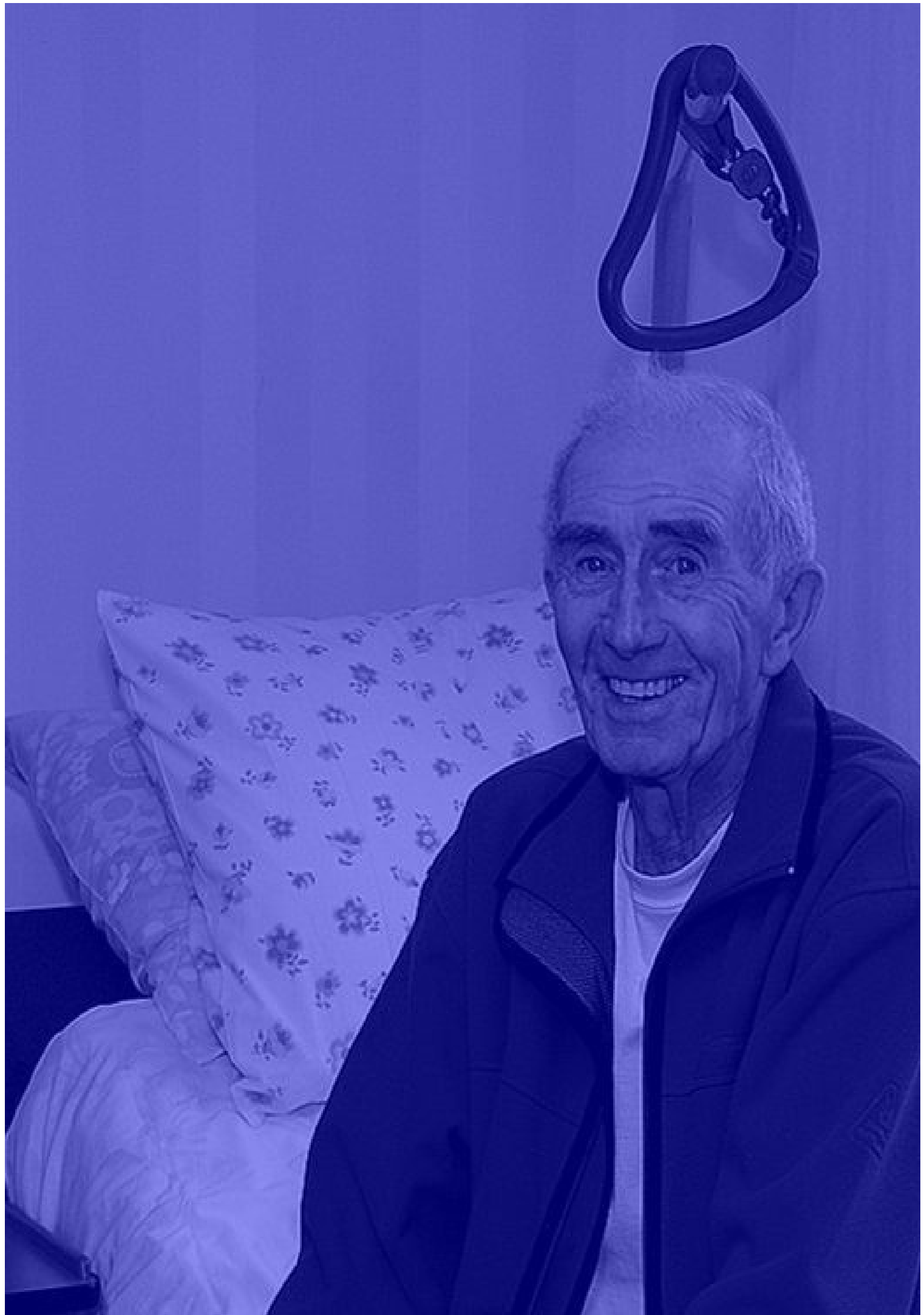
versie: 1.1, juni 2009



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1	Deelname aan het Transitieprogramma	5
1.2	Wat is een mBC?	5
1.1	Buurtzorg: vernieuwend en toch vertrouwd	6
1.1.1	Maatschappelijk probleem	6
1.1.2	Omschrijving experiment	6
1.1.3	Vernieuwende aanpak	7
1.2	Opbouw van de mBC	8
1.3	Een groeidocument	9
1.3.1	Ambities, beperkingen, keuzes	9
<b>2</b>	<b>Cliëntperspectief (CP)</b>	<b>10</b>
2.1	Gewassen en aangekleed	10
2.2	Dag Zuster! - De Buurtzorgsfeer	11
2.3	De sollicitatiebrief	12
2.4	Mag het ietsjes minder zijn?	14
2.5	Boffen met Buurtzorg	15
2.6	Conclusie	17
<b>3</b>	<b>Business Model (BM)</b>	<b>19</b>
3.1	Bouwstenen & Diensten	20
3.1.1	Vijf nieuwe bouwstenen, één reguliere	21
3.1.2	Waardepropositie	24
3.2	Doelgroepen	25
3.3	Distributiekanaal	25
3.4	Klantrelatie	27
3.5	Infrastructuur	28
3.5.1	Kernactiviteiten	29
3.5.2	Kerncapaciteiten	30
3.6	Samenwerkingsverbanden	31
3.7	Conclusies, continuïteit & kopieerbaarheid	32
3.7.1	Kritieke Succes Factoren	32
3.7.2	Risico's	33
3.7.3	Lessen Continuïteit	34
3.7.4	Lessen Kopieerbaarheid	35
<b>4</b>	<b>Organisatorische case (OC)</b>	<b>38</b>
4.1	Toelichting op posten	38
4.2	Financiële resultatentabel Buurtzorgteam	39
4.3	Productopbouw, inzet en doorlooptijd	40
4.4	Conclusies	42

<b>5</b>	<b>Maatschappelijke case (MC)</b>	<b>44</b>
5.1	Maatschappelijk rendement	44
5.2	Stakeholders	45
5.3	Kwalitatieve effecten	45
5.4	Kwantitatieve effecten	46
5.4.1	Leeswijzer	47
5.4.2	Aannames: Basis gegevenssets	48
5.4.3	Buurtzorg: Effectievere zorgverlening	51
5.4.4	Buurtzorg: Efficiëntere zorgorganisatie	54
5.5	Conclusie	57
<b>6</b>	<b>Maatschappelijke Business Case (mBC)</b>	<b>59</b>
6.1	De zes bouwstenen: waarom het anders moet én kan	59
6.2	De maatschappelijke casus van Buurtzorg	60
6.3	Eindconclusie: mensgerichte zorg en sturing op outcome	61



# 1 Inleiding

Dit document beschrijft de 'maatschappelijke Business Case' van Buurtzorg Nederland (kortweg Buurtzorg). Het heeft tot doel om gefaseerd vanuit verschillende perspectieven een totaalbeeld van Buurtzorg te beschrijven. Buurtzorg gebruikt dit totaalplaatje voor inzichten over het eigen organisatieconcept en om de continuïteit van dit concept qua beleid en financiering in de komende periode te gaan borgen.

## 1.1 Deelname aan het Transitieprogramma

Buurtzorg is een nieuw, innovatief initiatief dat als één van de experimenten meedraait in het Transitieprogramma ([www.transitieprogramma.nl](http://www.transitieprogramma.nl)). Kenmerk van deze experimenten, en daarmee dus ook van dit initiatief, is dat zij radicaal breken met oude structuren, culturen en werkwijzen in de zorg. Omdat het daarmee een nieuw zorgconcept is, is een structurele bekostigingsoplossing evenals de inbedding in nieuwe systemen en structuren nog niet gewaarborgd.

## 1.2 Wat is een mBC?

Een mBC is een *gestructureerde kosten-baten afweging* waarin het economische én het maatschappelijke nut samenkomen. De mBC kijkt vooruit naar een volwassen Buurtzorg. Hierbij wordt het bekostigingstekort afgezet tegen de te verwachten maatschappelijke baten. Zo heeft de maatschappij bijvoorbeeld baat bij de empowerment en ondersteuning van de zelfredzaamheid van cliënten/burgers, substitutie van formele zorg door mantelzorg in het informele systeem, het voorkomen van dure zorg en ongeplande opnames door de preventieve werking van Buurtzorg en het verkorten van de doorlooptijd. Deze baten worden geschat en gekwantificeerd door te werken met onderzoek, literatuur, aannames en experts.

Buurtzorg gebruikt dit totaalplaatje in gesprekken met stakeholders om de inzichten over het organisatieconcept helder en scherper te maken. Daarnaast kunnen de inzichten gebruikt worden om landelijk te leren van het concept en haar nieuwe bouwstenen om knelpunten in de huidige wijze van zorgverlening bloot te leggen.

## **1.1 Buurtzorg: vernieuwend en toch vertrouwd**

Buurtzorg Nederland is een reactie op de verregaande versnippering van de zorg en de enorme taakdifferentiatie in de thuiszorg. In april 2009 zijn er in het land zo'n honderdtien zelfsturende wijkteams van verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. Buurtzorg geeft de zorg voor individuele cliënten inhoud door eigen mogelijkheden, de mantelzorg, het zorgnetwerk en oplossingen in de buurt optimaal te gebruiken. In deze netwerken werkt Buurtzorg nauw samen met huisartsen, ziekenhuizen en informele zorgverleners. Dit leidt tot effectieve én efficiënte oplossingen. Deze werkwijze vraagt een andere inzet van de cliënt en haar omgeving, om ruimte en regie voor professionals en een andere benadering van het management en de ICT. Buurtzorg moet daarbij als samenhangend geheel van nieuwe diensten bekeken en beoordeeld worden. Het is dan ook, zoals uit deze mBC zal blijken, iets anders dan de huidige vorm van thuiszorg te vermengen met buurtgericht werken, maar eerder een moderne herwaardering en herpositionering van het vroegere kruiswerk.

### **1.1.1 Maatschappelijk probleem**

Onze gezondheidszorg staat voor flinke uitdagingen: kwaliteitsverlies, vergrijzing, stijgende kosten en gebrek aan personeel. Binnen de thuiszorg zijn deze uitdagingen alleen nog maar urgenter. Cliënt, hulpverlener en systeemspelers vinden dat het fundamenteel anders moet.

De zorgverzekeraar bepleit dat de kosten omlaag kunnen door een meer efficiënte organisatie van de zorg. VWS bepleit dat er gewerkt moet worden aan de arbeidsmarktproblematiek. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) constateert een ongelijk speelveld in de thuiszorg waarin het zorgaanbod belangrijker is dan de zorgvraag en er onduidelijkheden bestaan over de geleverde productie. De branchevereniging vindt dat er iets gedaan moet worden aan het sectorimago. Gemeenten vragen om nieuwe wijkinfrastructuren voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). En, tevens laat het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) op punten zien dat het slechts periodiek op afstand indiceren van complexe situaties geen duurzame wijze van indiceren is.

Buurtzorg toont met een aantal nieuwe bouwstenen aan dat het anders kan, dat er anders gestuurd kan worden en dat de ziel weer in de thuiszorg teruggebracht kan worden. En dat levert zeer tevreden cliënten en medewerkers op.

### **1.1.2 Omschrijving experiment**

Veel diensten/interventies in de verpleging en verzorging aan huis zijn niet gericht op het ondersteunen van de zorgonafhankelijkheid van mensen of op de sociale steunsystemen in de buurt en het samenwerken met professionals. In de wijkverpleging kan een grote verbetering gemaakt worden door herdefiniëring van de gewenste zorg- en dienstverlening en uit te gaan van het zelfmanagement van professionals in resultaatverantwoordelijke teams. Dit gebeurt bij Buurtzorg.

De verpleging en verzorging thuis wordt op een professionele wijze (weer) dicht bij de mensen in de wijk georganiseerd in kleinschalige zelfsturende teams. Buurtzorg ondersteunt professionals door moderne ICT en een effectieve backoffice. Als een duidelijk herkenbare 1ste lijnszorgverlener werkt de wijkverpleegkundige 'in de buurt' nauw samen met huisarts en de informele zorg. Als een persoonlijk begeleider volgt ze daarbij de cliënt 'in de keten' en zoekt proactief naar oplossingen in diens omgeving. Op deze wijze wordt in dit experiment gewerkt aan de implementatie van een nieuwe zorgvisie die stuurt op:

- Zorgonafhankelijkheid en gezondheidswinst van de cliënt;
- De herwaardering en herpositionering van de professie in relatie tot de samenhang in de eerste- en tweede lijn;
- De verbinding met de informele zorg.

Buurtzorg streeft hierbij naar oplossingen voor cliënten die hun zorgonafhankelijkheid ondersteunen en kwaliteit van leven in stand houden of verbeteren.

### **1.1.3 Vernieuwende aanpak**

Het vernieuwende van de Buurtzorg aanpak is de gehele organisatie inrichten op een nieuwe visie op de begrippen 'zorgvraag' en 'zorgorganisatie'. Buurtzorg gaat uit van de behoeften, mogelijkheden, wensen en voorkeuren van de cliënt (zorgvraag) en van de professionaliteit, regie en autonomie van de wijkverpleegkundige (zorgorganisatie), ingebed in moderne organisatieprincipes.

Beide visies worden als nieuwe werkwijze ingebed in:

- 1) Het 'informele' netwerk rondom de cliënt (gezin, vrienden, buurt);
- 2) In het 'formele' netwerk rondom de zorgverlener (huisarts, welzijn, eerste- en tweedelij).

Deze netwerken functioneren optimaal door in teams, op het niveau van de wijk, de zorg te organiseren.

Uitgangspunt is dat Buurtzorg vervangend, ondersteunend en aanvullend werkt. Dit leidt tot een optimale verdeling van taken en verantwoordelijkheden binnen beide netwerken (efficiënter en effectiever) en tot een optimale ondersteuning van de zorgonafhankelijkheid en zelfredzaamheid van de cliënt (beter en goedkoper).

De op cliëntniveau belevingsgerichte aanpak en op professioneel niveau systeemgerichte werkwijze wordt door alle partijen als een verbetering ervaren. Bovendien levert het op sectorniveau besparingen op door lagere kosten per cliënt per jaar, kortere doorlooptijden en besparingen op de arbeidsmarkt.

## 1.2 Opbouw van de mBC

De maatschappelijke Business Case kent een logische opbouw waarin vijf onderling verbonden perspectieven samenkomen tot één gedeelde kosten-baten afweging van Buurtzorg. De structuur van deze opbouw en daarmee van dit document is in onderstaande figuur weergegeven:

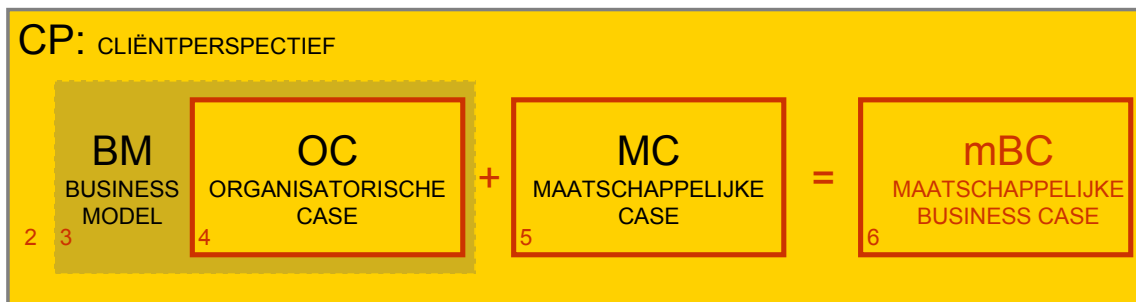


Fig1. de mBC: kosten-baten afweging waarin het economische én het maatschappelijke nut samenkomen

Hoofdstuk 2 begint met Buurtzorg te beschrijven vanuit de ogen van de cliënt. De cliënt is binnen het Transitieprogramma het uitgangspunt bij het beoordelen van de waarde van zorg en welzijn. De vraag die dit hoofdstuk beantwoordt is hoe Buurtzorg de behoeften van de cliënt vervult en hoe zij waarde creëert bij het verlenen van diensten aan cliënten. Hoofdstuk 3 beschrijft vervolgens het Business Model: wat is Buurtzorg wel, wat is het niet en waar wordt de waarde gecreëerd? Hier zijn de diensten en bouwstenen beschreven, de doelgroep, de minimale basisvereisten om een Buurtzorg neer te zetten evenals haar kritieke succesfactoren.

Zoals bovenstaande figuur weergeeft omsluit het Business Model de Organisatorische Case, die in Hoofdstuk 4 aan bod komt. De minimale basisvereisten in capaciteiten, cliënten en personeel uit het Business Model krijgen in dit hoofdstuk, op niveau van een buurtteam, hun vertaling in een kosten-baten afweging op organisatieniveau. De ontwikkeling van dit model wordt uit de doeken gedaan en de knelpunten inzichtelijk gemaakt.

De Maatschappelijke Case weegt in Hoofdstuk 5 het Buurtzorg concept vanuit het perspectief van de maatschappij. Door het schetsen van een drietal scenario's op teamniveau, Buurtzorgniveau en het niveau van Nederland wordt de maatschappelijke impact kwalitatief en kwantitatief geschetst. Afsluitend worden in Hoofdstuk zes enkele conclusies getrokken over deze maatschappelijke Business Case en zijn aanbevelingen gedaan voor de toekomst.



### **1.3 Een groeidocument**

In de afgelopen maanden is in dit document de kern van het businessmodel van Buurtzorg verhelderd. Er is in kaart gebracht waar en hoe er waarde gecreëerd wordt en wat dit betekent voor de continuïteit en kopieerbaarheid van het Buurtzorg concept. Na het ontwerpen van deze eerste versie van de mBC begint met een intensief traject van overleg tussen Buurtzorg, financiers en stakeholders. Hierbij gaat het om het vergelijken, kiezen, bijsturen en aanscherpen van diensten, kosten, prijzen en waarde. Door dit te verwerken in dit levende mBC-document zullen de aannames steeds scherper te maken zijn en zal de situatie in 2013, als Buurtzorg 'volwassen' is (ingebod in regulier beleid en systemen), steeds reëler de werkelijkheid kunnen gaan benaderen.

De hoofdgedachte is dat potentiële financiers in dit vervolgetraject daarbij afwegingen maken rondom de mBC en bestaande diensten en meedenken over structurele (deel) bekostiging.

#### **1.3.1 Ambities, beperkingen, keuzes**

De doorlooptijd van deze businesscase was relatief kort. Zeker voor een organisatie die zich helemaal los van bestaande structuren aan het positioneren en inrichten is. Daarnaast zijn er diverse onderzoeken binnen en buiten het Transitieprogramma die zich focussen op onderdelen van Buurtzorg en een scherpere deelanalyse kunnen maken dan binnen het tijdsbestek van deze mBC gehaald kan worden. Hierdoor zijn er keuzes gemaakt en prioriteiten gesteld in de mBC onderdelen die de meeste aandacht krijgen. Deze keuze is gevallen op het Businessmodel. Met name de unieke werkwijze en bouwstenen van Buurtzorg komen hier aan bod. In de organisatorische case is er in overleg afgebakend naar de kosten- en batenstructuur van één team. De Maatschappelijke case berekent de effecten van Buurtzorg een drietal niveaus. Hierbij is ingezoomd op de effecten in doorlooptijd en het aantal uren verleende zorg maar ook op de effecten op de arbeidsmarkt.

Binnen deze keuzes en beperkingen is de eerste versie van deze mBC tot stand gekomen. De nadruk op de werkwijze en bouwstenen legt een basis voor verdere analyse en uitbouw van het concept in latere versies. Tevens schept dit de mogelijkheid in dit stadium de gewenste eerste analyse te maken op de succesfactoren, kansen, risico's, de continuïteit en de kopieerbaarheid van Buurtzorg.

Er is voor een verschil in perspectief gekozen in de organisatorische case (één team i.p.v. heel Buurtzorg) en de maatschappelijke case (drie scenario's). Hierdoor is er voor Hoofdstuk 6 nog geen zuivere confrontatie mogelijk tussen de organisatorische en maatschappelijke opbrengsten en zullen hier de voornaamste conclusies en lessen getrokken worden uit de verschillende perspectieven.

## 2 Cliëntperspectief (CP)

Onderstaand wordt op verschillende wijzen vanuit interviews met cliënten en medewerkers ingezoomd op de diensten die Buurtzorg levert. In het voorjaar van 2008 is door het NIVEL onderzoek gedaan naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen met Buurtzorg. De verhalen zijn gelardeerd met quotes van cliëntverhalen, overgenomen uit de rapportage *Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd* van het NIVEL.

### 2.1 Gewassen en aangekleed



Mijn eerste kennismaking met de wijkverpleegkundige van Buurtzorg was ook mijn eerste ervaring met “gewassen en aangekleed” worden. Ik voelde mij in het begin erg onzeker omdat ik niet uit de voeten kon en voor alles om hulp moest vragen.

Dit veranderde snel toen ik die zorg en aandacht kreeg die ik nodig had, waardoor ik naast de verzorging ook de gelegenheid kreeg om mijn vragen te stellen of te vertellen hoe het met mij ging. Ik had niet verwacht dat ik het nodig zou hebben om eerst even mijn ei te leggen voordat ik onder de douche ging. Daarbij realiseer ik me dat er in deze fase van de start van Buurtzorg mogelijk meer tijd voor was dan straks, als er meer “klanten” bij komen. Bijzonder is dat het team op één lijn zit. Doordat de een iets aanvult wat ik aan de ander heb gevraagd, wordt mijn vraag (of datgene waar ik mee zit) volledig beantwoord, in een totaalbeeld.

Ik ben gestimuleerd in het zelfstandig douchen, tubi grip en sokken/schoenen zelf aan doen, op een manier die ondersteunend was en zeker niet betuttelend (iets waar ik voorzichtige angst voor had). Toen ik al toe was aan beëindiging van de zorg heb ik nog een paar extra dagen gekregen om in het afgelopen weekend zonder hulp te douchen omdat aan mij te zien was dat ik me nog onzeker voelde, terwijl het wel in mijn mogelijkheden lag.

Ik ben erg blij dat ik niet eerder “losgelaten” ben dan dat het voor mij ook goed voelde.

Ik voel mij op een goede, zorgzame, adviserende manier begeleid en kijk terug op een goede ervaring.

Bij ontslag uit het ziekenhuis is mij gevraagd of ik een voorkeur had voor een zorgaanbieder, dat had ik niet. Binnenkort als ik een terugkomafspraken heb bij de orthopeed ga ik in ieder geval even langs bij mijn ex-collega van de afdeling transfer Lange Land Ziekenhuis om ook daar mijn goede ervaring met Buurtzorg nog even neer te leggen. Ik zal ook melden dat ik het bijzonder vond dat ik op de dag van ontslag direct 's middags werd gebeld voor een afspraak voor de volgende ochtend, en dat ik daarbij ook mijn voorkeur voor de tijd mocht zeggen.

Dagelijks ging de bel op de tijd die voor mij het beste uitkwam, en in tegenstelling tot verhalen

die ik in het verleden gehoord had van anderen, werd ik altijd stipt op tijd gewassen / aangekleed.

Ik wens Buurtzorg en haar verpleegkundigen toe dat iedere volgende klant net zo blij is als ik met dit team.

Bron: J. den R, Zoetermeer, webkrant Buurtzorg, maart 2009

Clientverhalen Nivel Rapport:



*"Er is tijd om te praten en een kopje koffie te drinken".*

*"Ze komen 's morgens na 9 uur. Ze hebben nu een grote groep die ze moeten verzorgen, en dat gebeurt gewoon. Maar tussen 9 en 10 komen ze hier. Met veel gemak kan dat veranderen. Als ik dat toch vroeg vind, kun je afspreken hoe laat je het liever hebt. Zondagochtend, we zijn katholiek opgevoed, kijken we altijd om 10 uur de mis. En toen was er één van de zusters hier. We hebben toen afgesproken dat ze eerder komen zodat wij de mis kunnen zien".*

## 2.2 Dag Zuster! - De Buurtzorgsfeer



Tot morgen moppie! Doe je voorzichtig wijffie? Nou, ik mag u wel vertellen dat ik meteen een goede indruk van u heb. Ha, daar is m'n pillenvrouwje. Prettige avond, lieverd. Wanneer kom je weer, gek mens? Kijk Jan, daar is ze weer, daar he'je onze verpleegkundige! Doe je goed je jas dicht kindje. He, zo fijn dat je belde, ik was meteen gerustgesteld. Schat wat geweldig om je weer te zien. U bent hier toch vaker geweest, ja u mag hier gerust blijven slapen hoor. Hallo ha, ik dacht al wanneer komt die dokteres weer. Hé lilliputter, heb je weer gedronken? Dag lieve zuster Buurtvrouw. Je bent altijd welkom, dat weet je best. Doedoei! Jullie zijn heel anders, jullie zijn zeker niet van thuiszorg? Staat je fiets wel op slot vrouwje? Nee ik bel je straks wel terug, want ik zit hier nu met eh... met hoe heet ze... ik zit hier met die huisfluit. Dag dokter van papa! Ik ben ZO blij dat ik nou jullie heb, al die anderen waren net robots. Hahaaa zuster Frank, hoe is het ermee? Goh ik wist niet dat dit kon, er gaat echt een HUIS voor me open! En nou opgedonderd zeikwif (ja je weet wie 't zeg hè)! Kijk je uit met die brommerd, want ik wil je morgen niet in stukjes terugzien. Daaag, wacht, ik zal je effe uitzwaaien! Daag! Daaag!

Alles hierboven felrealistisch opgetekend uit de mond van een groot aantal Utrege Buurtzorgcliënten. Als heel bijzonder ervaar ik dat veel cliënten ons niet indelen bij 'de thuiszorg'. Mensen zijn verbaasd en verheugd over de tijd die we nemen, de aandacht die we geven, en de extra moeite die we zo nodig voor hen doen. In de rubriek 'Dag Zuster' willen we ervaringen van en met onze cliënten optekenen.

Bron: webkrant Buurtzorg, maart 2009

Clientverhalen NIVEL rapport:



*“positief is de bereikbaarheid en de betrokkenheid van de dames. Dat ze even bellen van tevoren, van we komen dan en dan, is het goed? En als er iets is, of ik heb iets niet goed begrepen, dan kan ik altijd even bellen.” Dit is voor cliënten een geruststellend gevoel, ook mede omdat er een snelle reactie op de hulpvraag volgt: “en als er nu iets is, bellen we Buurtzorg en ze zijn er gelijk”.*

### 2.3 De sollicitatiebrief



Beste Jos,

Zoals afgesproken stuur ik je mijn motivatie om als wijkverpleegkundige bij Buurtzorg Nederland te willen werken.

Sinds 1981 ben ik werkzaam als wijkverpleegkundige, eerst in het dorp, de laatste 7 jaar in de stad. In Rijen werkte ik in een klein team waarin we samen met de patiënten en hun mantelzorgers zochten naar mogelijkheden om de patiënt en zijn omgeving, ondanks ziekte of handicap, zo onafhankelijk mogelijk te laten functioneren op een manier die bij de desbetreffende situatie paste. Ik ervaarde dat samenwerking met collega's en andere disciplines daarbij onmisbaar is.

Het overdragen en afstemmen van elkaars deskundigheid, het uitwisselen van visies en het oppakken en verbeteren van knelpunten ervaarde ik als essentieel om de kwaliteit van de zorg op peil te houden. We bevroegen elkaar, gingen bij elkaar te rade en probeerden elkaar te ondersteunen waar nodig. Ik ervaarde een open sfeer.

De lijnen naar de huisartsen waren kort, er was een groot wederzijds vertrouwen. De drempel voor de patiënten was laag en we werkten veel samen met vrijwilligers. Ik vind het nog steeds een uitdaging om samen met de patiënt te zoeken naar mogelijkheden om de zorg zo goed mogelijk aan te laten sluiten op de individuele situatie. De ontwikkelingen binnen de thuiszorg dragen er echter aan bij dat het steeds moeilijker wordt om de cliënt die zorg te bieden die m.i. nodig is. Steeds meer tijd wordt opgeslokt door zaken die m.i. niets met zorginhoud te maken hebben.

De vele schijven die je moet doorwandelen wil een patiënt in zorg komen, plansystemen die niet werken, het in brokjes hakken van de zorg omdat het zo goedkoop mogelijk moet maar waardoor tegelijkertijd het totale overzicht van de zorg verdwijnt met alle gevolgen van dien,

oppervlakkige patiëntbesprekingen minimaal in frequentie, alleen ruimte voor het "kunstje" en geen oog voor de totale zorg en de mens die erachter zit. Mijn visie strookt niet meer met hoe de zorg geleverd moet worden.

Ik mis een duidelijke visie en ik mis het echt samen zoeken naar mogelijkheden. We spreken vaak verschillende talen en het kost me erg (te) veel energie om nog enigszins kwaliteit te bieden en uiteindelijk moet ik concluderen dat ik teveel stappen terug moet. Toen ik voor het eerst van Buurtzorg Nederland hoorde was ik meteen enthousiast. En nadat we met jou rond de tafel hebben gezeten is mijn enthousiasme alleen maar gegroeid. De manier waarop jij over de zorg praat, de uitgangspunten die je benoemt, de ruimte die je laat aan het team maar ook de eisen die je eraan stelt. Het zijn allemaal zaken die ik van ontzettend groot belang vind, een voorwaarde om goed te kunnen werken.

Ik schat in dat het best veel energie zal kosten om je als nieuw team op de kaart te zetten maar ik heb er alle vertrouwen in dat het gaat lukken. Ik heb al eens mogen ervaren wat je als team kunt betekenen. Dat is hard werken maar je krijgt er veel voor terug. Vanuit de inhoud aan de weg timmeren, samen uitdragen en ook inhoud geven aan waar je voor staat, zodat de mensen weer op je afspraken kunnen vertrouwen, kleinschaligheid, korte lijnen, zoeken naar mogelijkheden als je tekorten signaleert, kortom, je vak weer kunnen uitoefenen. Dat geeft me weer energie en werkplezier.

Ondanks alle veranderingen in de maatschappij voelt het toch weer een beetje als terug naar de goede dingen van vroeger. En ik geloof in de kracht van kleinschaligheid en een gemotiveerd en deskundig team. Ik weet dat ik genoeg enthousiasme, kennis en doorzettingsvermogen heb om hiermee aan de slag te gaan binnen deze nieuwe werkplek. Bovendien breng ik een ruime ervaring mee.

Ik heb er zin in.

Hopelijk heb je voldoende aan deze informatie. Toegevoegd is nog mijn CV.  
Ik wacht je antwoord af.

Vriendelijke groeten en een goed weekend,

Bron: Buurtzorg Nederland, juni 2007

Clientverhalen NIVEL rapport:



*"Iedereen is erg persoonlijk en betrokken".*

*"Het zijn prettige mensen".*

*"Ze zijn net haviken, ze zien ook alles".*

*"Het zijn ook allemaal zulke lieve, goede zusters".*

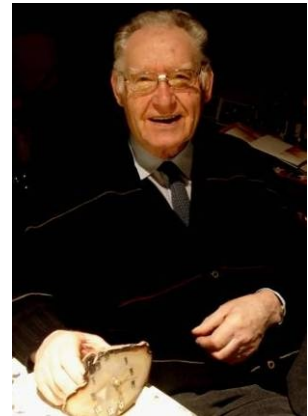
## 2.4 Mag het ietsjes minder zijn?



*Op de laatste zondag van maart zijn niet alleen de klokken van slag, ook de mensen. Op een of andere manier is er op deze dag altijd meer onrust, extra verwarring, tobberij of tranen. Mensen slapen te weinig of te veel, vergeten te eten, te spuiten, te slikken. Gelukkig hebben wij tijd voor extra tijd.*

### **Bij het gouden polshorloge**

Eigenlijk komen wij op zondag niet bij mevrouw. Maar ik weet dat ze flink in de war kan zijn, dus vandaag kom ik wel. Ik bel van te voren en ze is blij verrast. "Ik snap er helemaal niks meer van hoor", zegt ze opgewekt. "Ik wou eigenlijk de hele dag niks gaan doen, maar nu ga ik koffie zetten. Gezellig!" Zomertijd, dat herinnert mevrouw zich nog vaag van vorig jaar. "Oh! Hij is al goed op gang", roept ze verbaasd, na nauwkeurige bestudering van haar gouden horloge. En in één adem door: "Maar nou moet je er nog een beetje water bij doen. Ach wat zeg ik nou weer!"



### **Bij de zwarte bureaunklok**

Een zwaar bestaan met een vreselijke ziekte. Een groot gebrek aan energie en spierkracht. Heel veel moeite met het feit hulp te behoeven. Toch nog liever alles zelf proberen, zelfs al weet je dat je het bezuren moet. Weinig zelfvertrouwen, niet zo assertief. Maar goed en slim en lief. We reserveren drie kwartier om haar te helpen douchen. "Maar jullie mogen gerust een uur opschrijven hoor", zegt ze dringend. "Doe dat nou, want dat gun ik jullie echt. "

### **Bij het versteende hout uit Arizona**

Meneer tuurt bezorgd naar z'n klokken, die allemaal wat anders beweren. "Hoe laat IS het nu feitelijk? Zeg 't nog eens?" Voor de zekerheid neemt hij de afstandsbediening van de video mee op z'n ronde door het huis, want de digitale tijd die daarop staat te knippen, is beter af te lezen dan de grote zilveren wijzers van z'n nieuwe horloge. Tien klokken sporen we op, in zeven verschillende kamers. Overal heeft meneer prachtige verhalen bij, hij heeft over de hele wereld gereisd en het vertellen zit hem in het bloed. We eindigen op zolder waar hij het stepapparaat van zijn onlangs overleden vrouw betreedt. "Hier heb ik nu wel tijd voor", mijmert hij. "Maar natuurlijk alleen als het regent."

### **Bij de bordkartonnen klok**

Ze heeft een zeldzame ziekte waarmee ze zomaar omvalt en die haar dement zal maken. Maar ze gelooft daar eigenlijk niks van. Of liever: ze wil het niet geloven. En ze wil al helemaal niet aan haar toekomst denken. Ze omhelst innig haar spinnende poes. "Ik wil hier eeuwig blijven wonen," zegt ze. "Samen met de poes. Die klok staat toch al stil. Dus er verandert niks."

### **Bij het oranje reiswekkertje**

Voor de eerste keer tijdens een middagdienst zie ik haar in de verte in haar rolstoel zitten knikkenbollen, als ik door de ramen naar binnen tuur. Na bellen, kloppen en bonken sta ik toch snel binnen. Ze vertelt direct honderduit over het geslaagde dineetje dat ze gister gaf bij Van der Valk ter ere van haar 88e verjaardag. En hoe blij ze met ons is, omdat ze altijd zorg kan krijgen op de tijd die het haar uitkomt, met haar volgeboekte agenda. "En raai eens wat, al m'n klokken staan al goed", toetert haar grijze krulletjeshoofd. Maar zoals gewoonlijk win ik de weddenschap (koek en snoep), omdat er niks van klopt.

### **Bij de goudgekrulde pendule**

De pastoor is net geweest en de bootsman komt nog. Ze is misselijk en benauwd, probeert toch nog te eten en tegelijk haar bloedsuikers in de gaten te houden. Haar oranje krullen zijn kunstig omhoog gekapt en haar vermagerde gezicht is zorgvuldig opgemaakt. In haar rood fluwelen huispak ziet ze er schitterend uit. Ze haalt snel en oppervlakkig adem. Haar tijd is bijna gekomen. "Kan jij hier niet komen wonen?" vraagt ze. "Van negen tot vijf of zo. Daar heb ik net genoeg aan."

*Buurtzorg. Mag het ietsje meer zijn?*

Bron: Marianne, Utrecht, webkrant Buurtzorg, maart 2009

Clientverhalen NIVEL rapport:



*"Ze doen ook goed verslag in het boek (zorgdossier) en dat lezen ze van elkaar. De huisarts werkt goed met hen samen. Die schrijft ook in het boek, zodat zij weten hoe de zaken ervoor staan. In het begin kwamen ze hier ook weleens samen over de vloer". "Als er iets niet duidelijk is in de rapportage dan bellen ze elkaar wel, of bellen ze de huisarts".*

## **2.5 Boffen met Buurtzorg**



Een paar weken geleden ontving ik een kaartje waarvan me de tranen in de ogen sprongen. Het was een bedankje van de dochter van een cliënte die in juli 2007 vier dagen in zorg was bij Buurtzorg Utrecht. Mevrouw kwam vrijdagavond per ambulance uit het ziekenhuis en overleed zoals zij verwachtte een paar dagen later. Ik herhaal: juli 2007, vier dagen in zorg. Ook toen al werden we overloden met complimenten, maar onlangs kwam dus nog dat kaartje, waarop de dochter had geschreven dat ze toch zo ontzettend geboft hadden met ons, die laatste dagen van het leven van haar moeder. En dank daarvoor.

Bij welke andere organisatie is het mogelijk om op vrijdagmiddag kwart over vijf in te gaan op een dringende zorgvraag, waarvoor directe actie nodig is? Mevrouw ligt nog in het ziekenhuis, maar voelt haar einde naderen en zou niets liever willen dan thuis overlijden, in haar eigen zonnige serre, op haar eigen veldbed, omringd door haar geliefden, haar kleinkinderen, de poes op de bank, de vriendinnen met witte wijn in de tuin.

Als de dochter ons vrijdagmiddag belt, is huis is nog niet op orde, er is nog geen ruimte in de serre, zijn geen spullen voor de verzorging, en de medicijnen moeten nog geregeld worden. Maar de familie wil ervoor gaan, en met Buurtzorg als zorgcoördinator lukt het om er een prachtig vredig weekend van te maken.

De thuiszorgwinkel kan voor het weekend niets meer leveren, maar gelukkig hebben we goede contacten met het hospice in Utrecht. Samen met de schoonzoon rijd ik er vrijdagavond met de luxe gezinswagen naartoe, om een toiletstoel te lenen. En voor de zekerheid een urinaal en steek, bekkentjes, bedmatjes, benodigdheden voor injecties, en nog een paar kussens extra. Bij thuiskomst kan mevrouw met hulp nog lopen, maar de volgende dag is dat al bijna onmogelijk geworden. Intussen gaat een ander familielid aan de slag met blokken hout om het veldbed van mevrouw wat op te krikken. We maken een hoekje vrij voor alle medicatie, die met de verzamelde recepten nog uit de weekendapotheek vandaan moeten komen.

De dagen daarna kom ik er drie keer per dag, steeds is het huis vol mensen, zijn er veel vragen en problemen, maar ook altijd weer oplossingen. Op zondag kan mevrouw niet meer op of neer, ze begint langzaam weg te glijden, ze krijgt haar pasgeboren kleinkind op de borst en lacht zo nu en dan nog haar familie en vrienden toe.

Op maandagmiddag is ze rustig overleden.

We tippen een uitvaartondernemer, want daar had nog niemand aan gedacht, en samen geven we de laatste zorg. We leggen mevrouw vlak naast de tuin, want ook na haar overlijden blijft ze nog een paar dagen in haar eigen serre.

Juli 2007, 4 dagen in zorg. Wat is dat mooi en goed gegaan. En nu 9 maanden later dus het kaartje waarop de familie nogmaals schrijft dat ze toen zo geboft hebben met de zorg. Wat een geweldig compliment.

Bron: webkrant Buurtzorg, maart 2009



## Cliëntverhalen NIVEL rapport:



*“En ze hebben nu rechtstreeks contact met de huisartsen, waarmee ze overleggen. En dat is wel fijn, dat we nu niet zelf meer overal achterheen moeten gaan. Als er iemand van Buurtzorg is dan regelen ze het gelijk. Vroeger als er wat was, dan werd er gezegd: dan moet je de huisarts even bellen, want als je de huisarts belt en je krijgt het antwoordapparaat of zo, dat kostte de thuiszorg natuurlijk ook allemaal tijd”.*

*“Maar wat ik bij Buurtzorg ondervind is dat je als cliënt behandeld wordt en wat je graag wil, daar wordt gevolg aan gegeven. Als klant, en dat wordt punctueel aangehouden door Buurtzorg, terwijl thuiszorgorganisatie X net doet of je blij mag zijn dat ze willen komen”.*

## **Conclusie NIVEL rapport:**

*De geïnterviewde cliënten/mantelzorgers in het NIVEL rapport hebben vertrouwen in de medewerkers van Buurtzorg. Omdat er zo veel mogelijk dezelfde mensen over de vloer komen ontstaat er gemakkelijker een vertrouwensband. Cliënten/mantelzorgers vinden dat er voldoende tijd voor de zorg wordt uitgetrokken en zijn ook over bijvoorbeeld de bejegening en vakbekwaamheid van de medewerkers erg te spreken. Als hun zorgvraag verandert dan springt Buurtzorg daar flexibel op in. De geïnterviewde cliënten en mantelzorgers vinden dat medewerkers niet alleen onderling goed met elkaar communiceren, maar ook met de huisarts.*

*Ook uit het kwantitatieve vragenlijstonderzoek onder cliënten komt een positief beeld. Cliënten geven met een gemiddeld rapportcijfer van een 9- aan dat zij zeer tevreden zijn over Buurtzorg en de medewerkers. Buurtzorgcliënten die recent thuiszorg hebben gehad van een andere instelling zijn in de vragenlijst beter te spreken over de kwaliteit van Buurtzorg dan die van de andere instelling. Bijna driekwart geeft, als ze een volgende keer opnieuw thuiszorg nodig zouden hebben, de voorkeur aan Buurtzorg. Een globale vergelijking met landelijke referentiegegevens wijst erop dat de kwaliteit van zorg van Buurtzorg, zoals ervaren door cliënten, bovengemiddeld is.*

## **2.6 Conclusie**

Uit de opgetekende cliëntverhalen blijkt een grote tevredenheid bij zowel cliënten, mantelzorgers en medewerkers. In een vergelijking met meer dan driehonderd collega organisaties kwam Buurtzorg qua cliënttevredenheid als beste uit de bus. Cliënten waarderen de persoonlijke betrokkenheid, de goede bereikbaarheid en snelle reactie op hulpvragen, het regelen van zaken voor de cliënt, het nakomen van afspraken, het professioneel en vakbekwaam handelen, de flexibiliteit in de zorg en dat er niet zoveel mensen over de vloer komen maar er een klein bekend team is, met vast aanspreekpunt (persoonlijk begeleider) die de zorg levert.



### 3 Business Model (BM)

In het Business Model van Buurtzorg staan de bouwstenen centraal die Buurtzorg modelleren in haar unieke nieuwe organisatievorm. Het beschrijven van deze bouwstenen heeft tot doel om deze nader aan te scherpen, nieuwe keuzes te maken en zo te komen tot een stabiel en volwassen organisatie-model zoals deze er over vijf jaar, in 2013 uitziet.

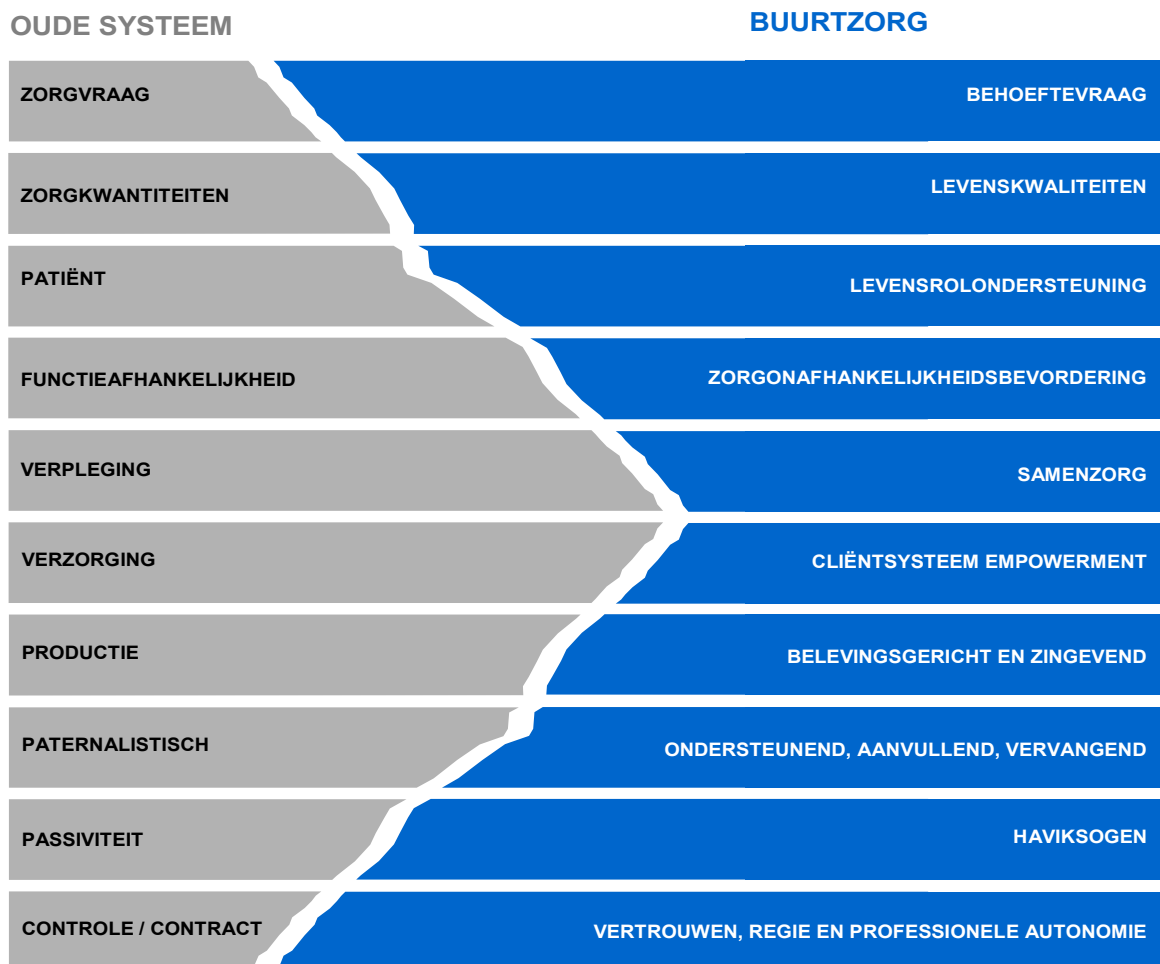
Vragen waarop het Business Model van Buurtzorg in dit hoofdstuk een antwoord op biedt zijn de volgende: in §3.1 wat bieden we onze cliënten (Bouwstenen & Diensten) en, in §3.2, welke specifieke waarde voegen deze diensten toe? Naast deze *wat-vraag* is de *wie-vraag* van belang. In §3.3 wordt antwoord gegeven op de vraag aan wie Buurtzorg haar diensten aanbiedt (Klantsegmenten), in §3.4, hoe deze diensten de cliënten bereiken (Distributiekanaal), en in §3.5, welke relatie Buurtzorg met haar cliënten heeft (Relatie). Vervolgens is er naast deze *wat* en *wie* component ook de vraag *hoe* Buurtzorg dit aan haar cliënten aanbiedt oftewel middels welke infrastructuur. Hier geeft § 3.6 een antwoord op, en in de paragrafen 3.7 en 3.8 worden achtereenvolgens de benodigde Kernactiviteiten en Kerncapaciteiten benoemd, die benodigd zijn om binnen in Buurtzorg de diensten te organiseren. Vanzelfsprekend kan Buurtzorg het niet alleen. In §3.9 worden de samenwerkingsverbanden en partners van Buurtzorg beschreven met hun specifieke bijdrage aan Buurtzorg. Afsluitend volgen de conclusies en een aantal observaties over continuïteit en kopieerbaarheid van het organisatieconcept van Buurtzorg.

Een standaard Business Model (zie hiervoor bijlage I) kent daarnaast nog een beschrijving van de kostenstructuur en de opbrengsten. Deze komen separaat in het volgende hoofdstuk aan de orde.

### 3.1 *Bouwstenen & Diensten*

Over wat de Buurtzorgformule inhoudt en hoe Buurtzorg zorg verleent is al veel geschreven. In deze paragraaf is getracht hier een overzicht van te geven door enkele bouwstenen te definiëren, voortbouwend op wat er al beschreven en bekend is.

De werkwijze van Buurtzorg is gebaseerd op een nieuwe visie op de zorgverlening. Als we al het geschrevene erop naslaan kunnen we onderscheid maken tussen het oude gangbare 'reguliere' zorgsysteem en het nieuwe zorgsysteem volgens Buurtzorg. De volgende contrasten springen in meer of mindere mate in het oog:



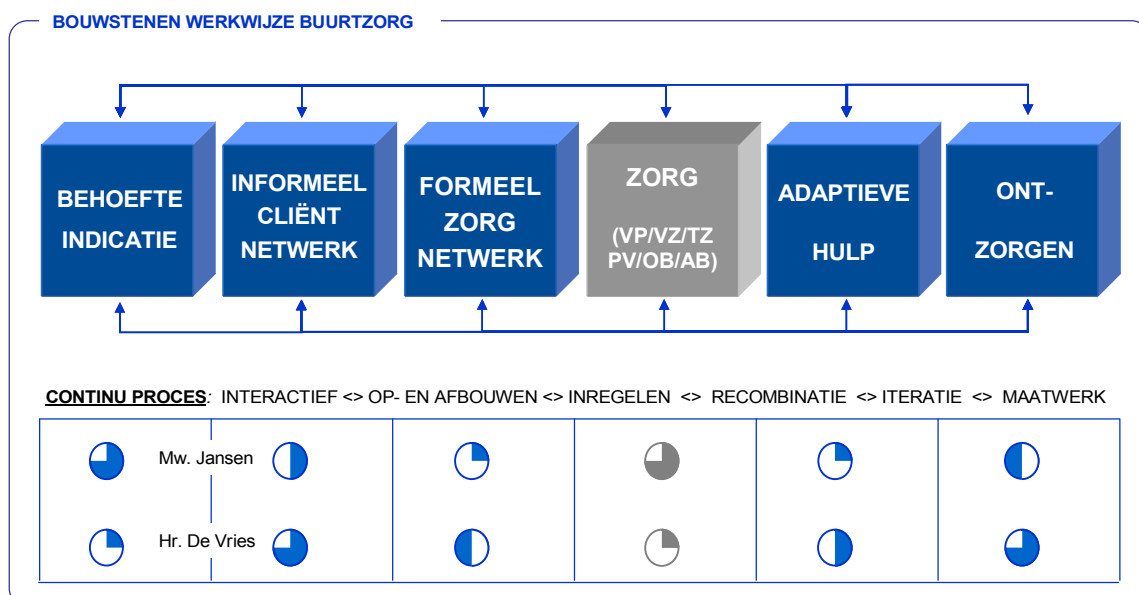
Vanzelfsprekend is dit een vergelijking van uitersten en zien we vele organisaties zich nieuwe methoden en werkwijzen eigen maken. Buurtzorg is in die zin uniek dat zij er een geïntegreerde werkwijze van gemaakt heeft waar al veel ervaringen mee zijn opgedaan. In de komende paragrafen zijn deze contrasten nader uitgewerkt. Hiermee brengt Buurtzorg deze werkwijze, en het 'nieuwe' hiervan, zo scherp mogelijk in beeld te brengen, zonder afbreuk te willen doen aan andere initiatieven, die een aantal of delen van deze werkwijze zich reeds eigen hebben gemaakt.

### 3.1.1 Vijf nieuwe bouwstenen, één reguliere

De structuur van buurtzorgteams volgt de inhoud van de zorg. Er is vraag naar zorg dicht bij de cliënt, op maat en volgens moderne inzichten ingericht. Buurtzorg gaat hierbij te werk volgens inzichten in de netwerktheorieën over mensen en organisaties, zelfsturende teams en professionele autonomie. Hoe de infrastructuur van deze teams concreet gevormd zijn en opereren is nader beschreven in § 3.5. Vanuit de inhoud is de werkwijze op te delen in de volgende bouwstenen:

1. Behoeftindicatie
2. Informeel cliëntnetwerk
3. Formeel zorgnetwerk
4. Zorg
5. Adaptieve hulp
6. Ontzorgen

Alle zes bouwstenen zijn nodig om de werkwijze succesvol uit te voeren. Vijf hiervan zijn 'nieuw', wat wil zeggen dat deze structureel en in samenhang continu aandacht en ruimte krijgen. De bouwsteen 'Zorg' is de enige die in het huidige systeem vervat zit in de huidige functies. Twee zaken zijn van belang bij het beschrijven van de Buurtzorg werkwijze: 1) de bouwstenen zijn niet afzonderlijk te leveren en 2) voor elke cliënt, is een andere samenstelling benodigd (zie kritieke succesfactoren, §3.7.1). Grafisch is deze nieuwe werkwijze als volgt te schetsen:



De zes bouwstenen zijn als volgt te definiëren:

### **Bouwsteen 1: Behoefte-indicatie**

*De Buurtzorgprofessional gaat in haar 'zorgplan' uit van de concrete behoeften van de cliënt door een diagnose van de totale situatie middels een zorgvraag diagnose, een maatschappelijke diagnose en een sociale diagnose.*

Buurtzorg indiceert welke behoeften er leven waarop zij *ondersteunende, aanvullende, of vervangende* zorg en welzijnsdiensten kunnen leveren. De Buurtzorgdiensten sluiten aan op de eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt, zijn leefstijl, leefomgeving en levensloop. De diensten worden aangepast aan de mogelijkheden binnen de draagkracht en draaglast van de cliënt. Dit gebeurt op basis van een uitgebreide intake en een zorgplan dat, net als de CIZ (her-)indicatie wanneer nuttig en noodzakelijk bijgesteld worden aan de werkelijke behoefte in plaats van de functionele zorgvraag. Indicatiestelling is hiermee bij Buurtzorg een continu en doorontwikkeld proces, ingebed in al het denken en doen van de professional.

### **Bouwsteen 2: Informeel Cliëntnetwerk**

*De Buurtzorgprofessional effectueert /bouwt en ondersteunt om de cliënt heen een sluitend netwerk van informele zorg door vrijwilligers en mantelzorgers.*

Uitgaande van de netwerken rondom de cliënt doet de buurtzorgprofessional actief een beroep op de partner, het gezin, het relatie- en vriendennetwerk en de buurt. Zij gaat actief in dialoog met de spelers in dit informele cliëntnetwerk, brengt dit in kaart en ondersteunt hen waar nodig met voorlichting, advies en begeleiding. Buurtzorg ondersteunt de bouw van het informele netwerk via het Internet en ICT<sup>1</sup>.

### **Bouwsteen 3: Formeel Zorgnetwerk**

*De Buurtzorgprofessional bouwt rondom het team en de cliënt een sluitend netwerk van alle formele zorg- en hulpverleners uit de buurt die ingeschakeld en geconsulteerd kunnen worden ten behoeve van de cliënt.*

Het bouwen aan het formele, professionele netwerk komt meerdere cliënten tegelijk ten goede. Het is te vergelijken met een levende, uitgebreide sociale kaart waarin huisarts, ziekenhuis, welzijns- en buurtwerkers en andere eerste- en tweedelijns hulpverleners en verwijzers opgenomen worden. Op basis van de cliëntvragen vindt er actief overleg en afstemming plaats binnen dit netwerk, waarin de huisarts en buurtzorgprofessional de spil zijn. De Buurtzorgprofessional neemt proactief de regie in dit netwerk en schakelt waar nodig andere disciplines in ten behoeve van de cliënt. Buurtzorg ondersteunt de bouw van het formele netwerk via het Internet en ICT.

---

<sup>1</sup> Buurtzorg heeft een Webtoepassing (het Buurtzorgweb en Buurtzorgplein ); het informatiesysteem van Buurtzorg waarin alle medewerkers via internet in kunnen loggen. Zij kunnen daardoor altijd bij hun cliëntgegevens, planning etc. Het biedt daarnaast een platform om met elkaar ervaringen en kennis uit te wisselen op basis van health 2.0 mogelijkheden.

#### **Bouwsteen 4: Zorg**

*De Buurtzorgprofessional levert kwalitatief hoogwaardige en verantwoorde zorg (persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteuning, etc.), op basis van gelijkwaardigheid en gericht op kwaliteit van leven.*

Deze bouwsteen gaat over de reguliere zorgverlening. Buurtzorg vult ook deze bouwsteen naar eigen visie in. Kernbegrippen bij het vormgeven van de zorg zijn gelijkwaardigheid, dialoog, wederkerigheid, aangepastheid en autonomie. Dit brengt een gevoel van vertrouwen en veiligheid bij de cliënt. De zorg is procesmatig ingericht volgens het classificatiesysteem OMAHA en geleverd volgens landelijke normen en kwaliteitsstandaarden, die allen zijn ingebed in het Buurtzorgweb.

#### **Bouwsteen 5: Adaptieve Hulp**

*De Buurtzorgprofessional levert adaptieve hulp aan de cliënt, op maat gesneden op de persoonlijke, sociale en materiële opgaven van het individu.*

De adaptieve opgaven gerelateerd aan de zorg kunnen verschillen per persoon, per ziekte en per fase. Ze zijn gebaseerd op de belevingsgerichte zorg die Buurtzorg biedt. Er is een houding die uitgaat van luisteren, aandacht voor de cliënt, empathie en ruimte voor het individuele levensverhaal. De cliënt wordt in zijn verschillende rollen (ouder, werknemer, student, buurvrouw) waar nuttig en nodig nader ondersteund. Denk hierbij aan persoonlijke opgaven (bijvoorbeeld het omgaan met verlies) sociale opgaven (bijvoorbeeld relationeel) en materiële opgaven (bijvoorbeeld voorzieningen). Hier is in de werkwijze van Buurtzorg (weer) expliciet ruimte voor ingebouwd (zie §3.5.1).

#### **Bouwsteen 6: Ontzorgen**

*De Buurtzorgprofessional werkt aan de zorgonafhankelijkheid, zelfredzaamheid en samenredzaamheid van de cliënt binnen zijn systeem.*

Nadat de formele en informele netwerken rondom de cliënt zijn georganiseerd zal de Buurtzorgprofessional, waar en zodra mogelijk de formele zorg verantwoord afbouwen of vervangen door informele zorg. Hiermee springt de professional slechts op die momenten bij dat zijn/haar bijdrage in kennis of kunde het meest waardevol is. Dit betekent zoveel mogelijk ondersteunend en aanvullend werken en waar wenselijk voor vervanging uit het netwerk van de cliënt zorgen. De systemen van Buurtzorg zijn ingericht om deze werkwijze zoveel mogelijk te ondersteunen.

#### **Bouwsteen 1-6: Samenhang en ondersteuning**

De bouwstenen zijn min of meer te doorlopen als een continu interactief en iteratief proces waarin kennis en informatie wordt opgebouwd over nieuwe oplossingen. Na een goede (1) behoefte-indicatie bouwt de buurtzorgprofessional het (2) informele en (3) formele netwerk rondom de cliënt op, wordt er (4) zorg verleend en aandacht besteed aan de (5) adaptieve hulpvragen van de cliënt, wanneer de zorg weer (6) afgebouwd wordt. Deze werkwijze is

alleen mogelijk wanneer er hoge deskundigheid wordt ingezet, zeker in de beginfase (behoeftevraag), de verantwoordelijkheden dicht op het primair proces bij de professional liggen en *alle* bouwstenen in professioneel georkestreerde samenhang en dosering doorlopen worden.

Deze samenhang zou niet mogelijk zijn zonder de ondersteuning door slimme ICT en slimme inzet van ICT. Buurtzorg kent het Buurtzorgweb en het Buurtzorgplein. Het Buurtzorgweb is een faciliterende administratieve omgeving die vrijwel zonder computerkennis te gebruiken is. Hierin kan de professional terecht voor registraties, cliëntgegevens, teamresultaten, planning, HRM etc. Het Buurtzorgplein is te zien als een zogenaamde 'web2.0 / health2.0' omgeving of 'social community' waarin medewerkers en straks ook cliënten contacten kunnen leggen, ervaringen uitwisselen, kennis delen en samen kennis ontwikkelen. Beide systemen ondersteunen de moderne teamgerichte werkwijze, ontlasten de teams zoveel als mogelijk van administratieve rompslomp en maken een slanke organisatiestructuur mogelijk.

### 3.1.2 Waardepropositie

De zes bouwstenen behoefte-indicatie, bouw informeel cliëntnetwerk, bouw formeel zorgnetwerk, de zorg, de adaptieve hulp en de ontzorging voegen ieder direct of indirect waarde toe aan Buurtzorg. Deze waarde is zichtbaar op het niveau van de cliënt, van de professional en van de sector. De slogan van Buurtzorg is tegelijk haar waardepropositie: 'Buurtzorg: Beter én Goedkoper'.

Alles wat buurtzorg doet is gericht op de kwaliteit van leven van de cliënt. De cliënt waardeert dit met het hoogste cijfer in vergelijkend onderzoek (*Addendum bij Buurtzorg; nieuw en toch vertrouwd*, Nivel 2008). Uit de bouwstenen blijkt dat belangrijke voorwaarde hiervoor zijn: de belevings- en oplossingsgerichte benaderwijze, het overzicht en netwerk van de buurtzorgprofessional en het scherpe oog voor de behoeften van de cliënt:





De werkwijze van Buurtzorg richt zich daarmee niet op productie of het aantal uren zorg maar op duurzame zorguitkomsten of 'outcome': gezondheidswinst, oplossingen voor de cliënt, kwaliteit van leven en zorgonafhankelijkheid door een nieuwe visie op de zorgvraag en de zorgorganisatie (zie §3.3.1 en §3.3.3). Op het niveau van de zorg is deze effectiever, met de hoogste cliëntwaardering. Het aantal uren per cliënt per jaar is lager, de doorlooptijd is korter en de hoeveelheid ongeplande zorg is lager. Naast 'beter' is Buurtzorg ook 'goedkoper'. De arbeidseffectiviteit en arbeidsvreugde is hoger, op het niveau van de organisatie is het efficiënter en het verzuim en verloop is lager. Deze zes waarden die voortvloeien uit de waardepropositie voor de cliënt worden nader gewaardeerd en gekwantificeerd in de maatschappelijke Case (Hoofdstuk 5).

## 3.2 Doelgroepen

De primaire doelgroep van Buurtzorg zijn alle mensen met een zorgbehoefte die in de thuissituatie behandeld en ondersteund kunnen worden. De grootste groepen zijn ouderen, chronisch zieken, mensen met een geestelijke of lichamelijke beperking en mensen met een tijdelijke hulpvraag door bijvoorbeeld een ongeluk, een medische behandeling of een operatie. Met name bouwsteen één, vier en vijf zijn hier leidend, de directe zorg voor de cliënt vanuit zijn of haar eigen behoeften en adaptieve opgaven geleverd.

Belangrijk hierbij op te merken is dat relatief veel Buurtzorgcliënten een zware en/of complexe zorgvraag hebben. Dit komt volgens Buurtzorg doordat huisartsen en specialisten hoogcomplexe thuiszorg bij voorkeur doorverwijzen naar de Buurtzorgprofessionals vanwege hun hoge deskundigheidsgraad en oplossingsgerichtheid.

Een secundaire doelgroep bevindt zich rechtstreeks rondom de cliënt. Van binnen naar buiten: de partner, het gezin, de mantelzorger en de vrijwilliger. Met name bouwsteen twee en zes zijn hier leidend, het bouwen aan het informele netwerk rondom de cliënt en deze voorzien van informatie, ondersteuning en advies om de cliënt zo goed en zo snel mogelijk te ontzorgen.

De tertiaire doelgroep van Buurtzorg zijn de professionals uit welzijn, eerste en tweede lijn. Voor die zorg- en hulpbehoeften die niet in de nuldelijn (thuissituatie) op te lossen zijn schakelt Buurtzorg haar opgebouwde netwerk van professionals in (zie §3.6). De huisarts is de spil in dit netwerk. Met name bouwsteen drie is hier leidend, het formele zorgnetwerk van professionals.

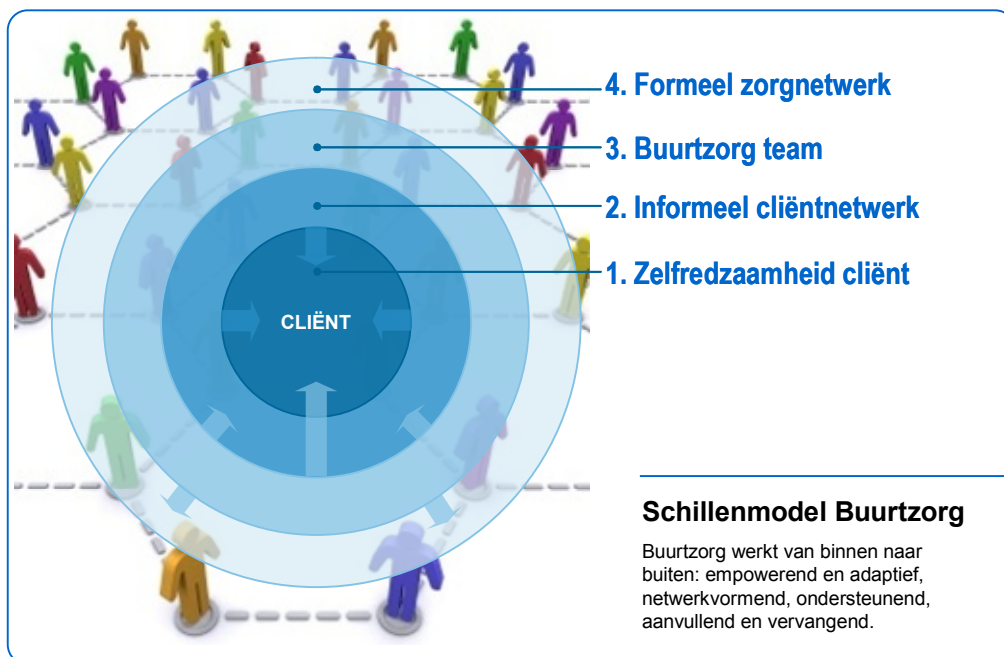
## 3.3 Distributiekanaal

Een buurtzorgteam heeft een afgebakend werkgebied, van een aantal buurten in een wijk of een complete wijk. Buurten bestaan uit stratenclusters met namen die vaak geïnspireerd zijn op één thema. Grosso modo heeft een buurt ongeveer vijf tot tienduizend inwoners maar de aantallen verschillen erg.

Deze 'buurtnetwerken' zijn de belangrijkste distributiekkanalen. Binnen een werkgebied van gemiddeld vijftien tot twintigduizend bewoners per Buurtzorgteam levert een team haar diensten vrijwel altijd *face to face* aan haar cliënten. Dit bewerkstelligt het team door het inschakelen van de twee netwerken: het informele cliëntnetwerk en het formele zorgnetwerk van professionals. In beide netwerken worden diensten tevens per telefoon en het Internet (buurtzorgweb) verleend.

Het cliëntnetwerk wordt per cliënt opgebouwd, ingeschakeld en ondersteund. Aan het formele zorgnetwerk wordt continu gebouwd en het is vaak al grotendeels aanwezig zodra een nieuwe cliënt bediend wordt. Er is vaak al contact met de huisarts van de cliënt en met alle overige professionele hulpdiensten in de buurt.

De buurtzorgprofessional is regisseur over het zorgproces en het formele netwerk en daarmee ook primair aanspreekpunt voor de zorg. De cliënt wordt 'empowered' door de professional om de regie over zijn eigen netwerk te voeren. De filosofie van Buurtzorg maakt dat de cliënt werkelijk centraal staat met zijn/haar hulpvraag en indien nodig de juiste of volgende netwerklaag wordt aangesproken:



In zekere mate is dit vergelijkbaar met de multidisciplinaire netwerken tussen maatschappen in ziekenhuizen of de GGZ-netwerken bij Assertive Community Treatment. Binnen Buurtzorg wordt op deze wijze het zorgproces door een combinatie van informele en formele hulpverleners vormgegeven. Echter afstanden zijn groter in een buurt, zorg- en behoeftevragen regelmatig complexer vanwege de interferentie tussen lichamelijke en geestelijke behoeften (depressie, eenzaamheid). Tevens zijn de koppelingen binnen het netwerk meer divers, minder vast (loosely coupled) en minder vanzelfsprekend. Dit vraagt een hoge mate van interdisciplinaire deskundigheid, interorganisationele netwerkkennis en vooral een goede mensenkennis van de buurtzorgprofessional om de zogenaamde 'volgtijdelijke afhankelijkheden' binnen het zorgproces goed te managen.

### 3.4 Klantrelatie

De klantrelatie is gebaseerd op gelijkwaardigheid, respect, professionele autonomie van de buurtzorgprofessional gecombineerd met de persoonlijke autonomie van de cliënt in de thuissituatie, belevingsgericht werken, presentie en oog en oor voor de levensloop, leefstijl en leefomgeving van de cliënt. Cliënt en professional funderen de relatie beiden op een grote mate van 'vertrouwen' blijkt uit het onderzoek van NIVEL.

Tevens is de relatie gebaseerd op een hoge mate van bereikbaarheid. Cliënten kunnen op verschillende manieren zorg of hulp aanvragen bij Buurtzorg:

- Direct: via contactgegevens van het buurtzorgteam en/of de professional;
- Direct: via het 0900 nummer, de vraag wordt doorgegeven aan coördinerend wijkverpleegkundige van het team;
- Indirect: via de huisarts of andere wijkhulpverleners aan de coördinerend wijkverpleegkundige (mobiel telefoonnummer);
- Indirect: via het zorgkantoor of het transferpunt: na CIZ indicatie / ziekenhuisopname.

Bij nieuwe aanmeldingen worden algemene gegevens van de cliënt geregistreerd. Zo snel als mogelijk (in ieder geval binnen 24 uur) wordt contact opgenomen met de cliënt en een afspraak gemaakt.

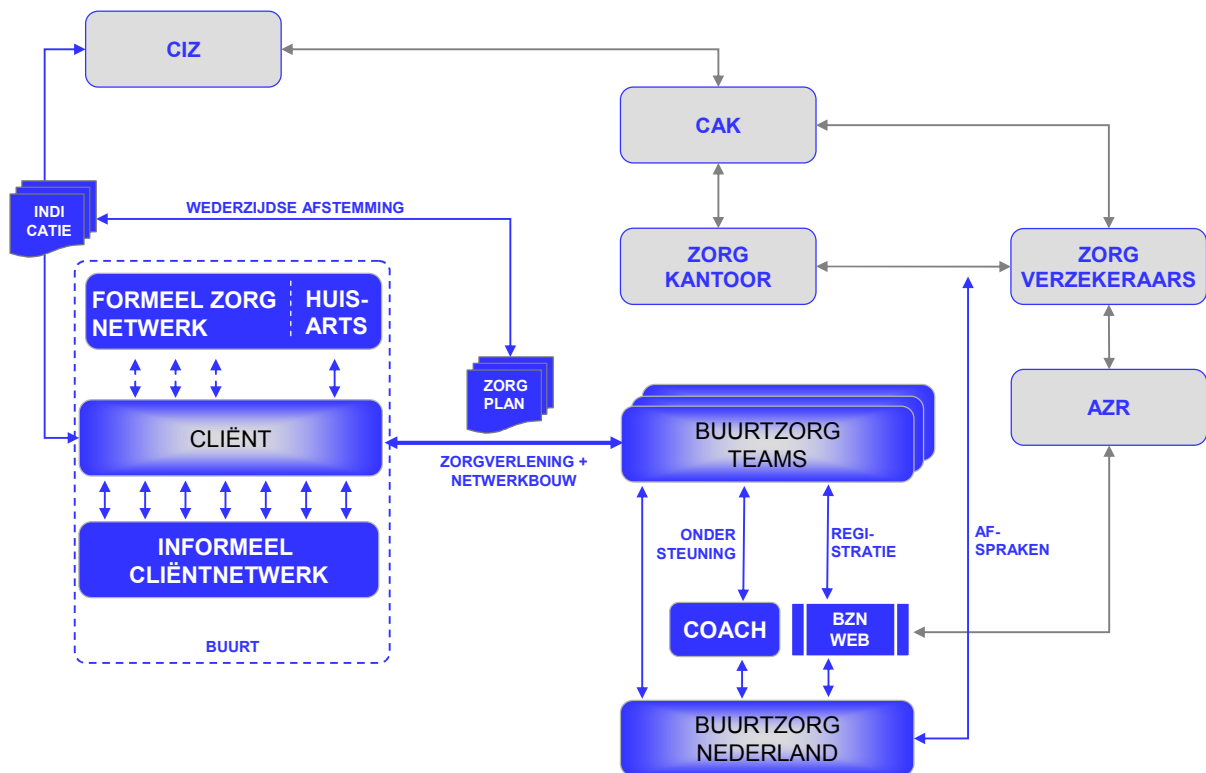
Door de uitgebreide intake en behoefte-indicatie weten en verwachten cliënten van hun wijkverpleegkundige dat deze een direct beroep doet op de eigen verantwoordelijkheid en zelf- en samenredzaamheid. De zorgverlening en relatie inrichten op het aanvullend, ondersteunend en vervangend werken zijn de snelste en beste weg naar zorgonafhankelijkheid.

### 3.5 Infrastructuur

Buurtzorg maakt niet alleen gebruik van de netwerkbouw in de buurt, zij is ook zelf een bijzonder platte netwerkorganisatie.

Netwerken zijn patronen van sociale en zakelijke relaties over een set personen, groepen, organisaties of professionals die zeer goed aangepast zijn aan de onstabiele condities bij problemen of de noodzaak voor actie welke niet efficiënt of effectief opgedeeld en gedistribueerd kunnen worden binnen een hiërarchisch organisatieverband. Zij bestaan uit flexibele relaties die elkaar veelal lateraal consulteren en samenwerken zonder formele opdracht daartoe.

De organisatie Buurtzorg Nederland werkt inmiddels (maart 2009) met honderd zelfsturende teams. Deze teams hebben een groot eigen regelvermogen en zijn in staat onder de lokale condities en binnen de eigen buurtnetwerken complexe taken te overzien en te coördineren. Medewerkers in een team maken maximaal gebruik van elkaars competenties en spelen op een dynamische, oplossingsgerichte manier in op de zorgbehoefte. De teams zijn resultaatverantwoordelijk, autonoom en ondernemend tegelijk.

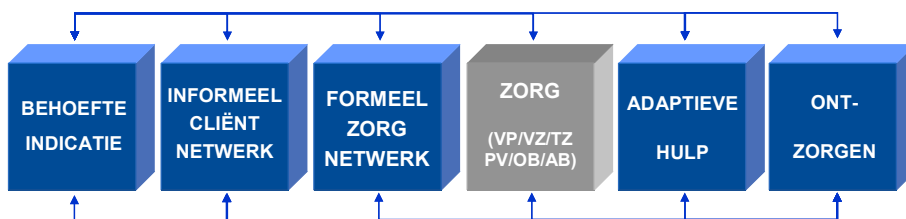


De organisatie van Buurtzorg faciliteert deze teams maximaal. Door zoveel mogelijk administratieve taken uit het zorgproces weg te nemen, slimme ICT in te zetten en bij alle soortige vragen ondersteuning te bieden middels regiocoaches.

De overhead van deze platte manier van organiseren bedraagt slechts acht procent. Zij bestaat uit de directie, coaching, cliënt-, personeels- en financiële administratie en automatisering middels het Buurtzorgweb (BZN web). De randvoorwaarden, financiering, contractering e.d. zijn centraal georganiseerd en zijn zoveel mogelijk weggehaald bij het primair proces. De registratie van de te verantwoorden uren door het direct personeel vindt eenmalig lokaal plaats. Deze gegevens worden geautomatiseerd gebruikt voor de diverse verantwoordingen naar de verzekeraar.

### 3.5.1 Kernactiviteiten

Wat de Buurtzorgprofessional doet is geen hogere wiskunde maar een voortvloeiende uit exact datgene waar hij/zij voor opgeleid is. Buurtzorg herwaardeert en herpositioneert de professional weer terug in de buurt en naar het vak, de kennis en de kunde die zij geleerd hebben, in een modernere jasje:



De activiteiten die voortkomen uit deze zes bouwstenen zijn ondeelbaar en onvoorspelbaar qua inzetplanning. Zelfsturing vanuit vertrouwen en professionele autonomie veronderstelt vrijheid in het kiezen van de beste oplossing (bouwstenen) en een gepaste benaderwijze voor problemen en zorgvragen. Daarenboven mag de professional een deel van haar zorgtijd geheel vrij naar eigen inzicht aan de cliënt besteden.

Een belangrijk deel van de activiteiten van het Buurtzorgteam is de inschakeling van- en afstemming met andere zorgprofessionals. De huisarts is hierin de belangrijkste schakel. Door operationeel en vakinhoudelijk zo goed mogelijk aan te sluiten op de kennis en poortwachterfunctie van de huisarts, ontlast het team de taken van de huisarts en krijgt deze een completer beeld van de situatie van de cliënt.

Tevens is de wijkverpleegkundige een belangrijk knooppunt in de buurt. Zij/hij weet wat er speelt houdt alles scherp in de gaten en kan door kennis van specifieke buurtomstandigheden haar professioneel handelen een extra dimensie geven.

### 3.5.2 Kerncapaciteiten

Het opzetten van een nieuw team gebeurt op eigen initiatief van een groepje wijkverpleegkundigen en (wijk)ziekenverzorgenden, vaak afkomstig uit (zij-) instroom, collega instellingen of vanuit zelfstandig ondernemerschap. Zij zoeken weer uitdagingen en zelfstandigheid in hun werk, willen werken in een groep en willen graag zorg leveren in de wijk op basis van de Buurtzorg filosofie. De zelfsturende teams zijn samengesteld uit 50% wijkverpleegkundige en 50% (wijk-) ziekenverzorgenden. Uiteraard zijn hun interventies professioneel verantwoord en voldoen aan de 'hoogste' landelijke standaarden van kwaliteit en veiligheid.

#### **Buurtzorg Nederland zoekt:**

*Wijkziekenverzorgenden (niveau 3) en verpleegkundigen (niveau 4 en 5) die hun werk zien als een vak en streven naar de beste zorg voor de cliënt. Professionals die zichtbaar zijn in de buurt, die samen met cliënten zoeken naar oplossingen waardoor cliënten zolang en zoveel mogelijk zorgonafhankelijk blijven.*

'Je verricht alle noodzakelijke handelingen in het verpleegkundige proces van begeleidende, verzorgende, en verpleegtechnische werkzaamheden van intake tot eindevaluatie. Je werkt daarbij samen met andere (wijk) verpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Bij complexe situaties regisseer en coördineer je de zorgverlening. Je zorgt voor korte lijnen naar de huisartsen, andere eerste- en tweedelijns organisaties en naar de informele zorg en welzijnsorganisaties.'

- Je bent ondernemend, ziet en zoekt kansen;
- Je neemt verantwoordelijkheid voor je resultaten, werkt doelgericht en effectief.

De omvang van deze teams bedraagt maximaal 12 medewerkers (gezamenlijk circa 7,5 fte). Met dit team kan een buurt/wijk met een omvang van 15.000 - 20.000 inwoners worden bediend. Een richtlijn in stedelijke gebieden is dat het aantal 65 plussers in deze buurt groter is dan 17% van het totale aantal inwoners.

In de startfase van het team ligt de nadruk op de rol van de wijkverpleegkundigen. Het team werkt volgens een zelfopgesteld werkplan en is gehuisvest in de wijk, niet in een groot kantoor maar op een efficiënte werkplek van ongeveer 20 à 30 vierkante meter.

De teams worden ondersteund door regiocoaches. Zij ondersteunen de teams op personeelsgebied en met de veelsoortige vragen die een (beginnend) team kan hebben. Een coach begeleidt circa 30 teams.

### 3.6 Samenwerkingsverbanden

Buurtzorg werkt in een netwerkverband met vele partijen samen (zie §3.5). Hoofdcategorieën zijn hierbij welzijnswerk, eerstelijns, tweedelijns en langdurende zorg. De buurtzorgprofessional fungeert als knooppunt binnen dit netwerk, versterkt het van binnenuit en slaat bruggen en verbindt professies waar nodig. Tevens verbindt zij deze aan de informele netwerken van de cliënt. Met recht kan gezegd worden dat Buurtzorg hiermee de basis legt voor de Wmo-infrastructuur die gemeenten graag zien in wijken om de Civil society vorm en inhoud te geven.

De eerstelijns is de belangrijkste netwerkpartner bij het vormgeven van zorgdiensten (o.a. bouwsteen 3, 4). Met de huisarts vindt regelmatig overleg plaats over cliënten. De eerstelijns bestaat uit de volgende spelers:

<ul style="list-style-type: none"><li>• huisarts</li><li>• tandarts</li><li>• mondhygiënist</li><li>• fysiotherapeut</li><li>• oefentherapeut</li><li>• ergotherapeut</li><li>• logopedist</li><li>• podotherapeut</li><li>• huidtherapeut</li><li>• ambulancezorg</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• apotheker</li><li>• andere wijkverpleegkundigen</li><li>• diëtist</li><li>• verloskundige</li><li>• maatschappelijk werker</li><li>• psycholoog</li><li>• arts-laboratorium</li><li>• diagnostisch centrum</li><li>• bedrijfsarts</li><li>• consultatiebureau</li></ul>
--	---

Bij het oplossen van adaptieve hulpvragen (bouwsteen 5) schakelt het Buurtzorgteam regelmatig met welzijnsinstellingen zoals: buurtbemiddeling, wijksignaleringsnetwerken, buurtopbouwwerk, cultuur, educatie, vrijwilligerscentrale, kinderwerk, naschoolse activiteiten, belangengroepen, ouderenwerk, sociale activering, sociaal cultureel werk, sport en beweging, geestelijk werkers, dagbesteding etc.

En tot slot is ook de tweedelijns en langdurende zorg een partner in het netwerk. Hier maken specialisten in het ziekenhuis, de GGZ, verpleeg- en verzorgingshuizen en de gehandicaptenzorg deel van uit. Tevens zijn er vrijgevestigden waar een verwijzing voor nodig is zoals psychiaters, enkele psychotherapeuten en vaktherapeuten.

Door goede contacten in het formele zorgnetwerk weten ook de netwerkpartners de wijkverpleegkundigen van Buurtzorg snel te vinden om door te verwijzen of een beroep te doen op hun kennis van de zorg, het netwerk of de buurt.

Kritieke stakeholders zijn de zorgverzekeraars, de zorgkantoren, gemeenten en het Ministerie van VWS. Als beleidsmakers effenen zij het transitiepad en als financiers gaan zij contracten

aan met Buurtzorg Nederland. Andere belangrijke stakeholders zijn de collega-aanbieders van extramurale zorg en welzijnsdiensten, waar Buurtzorg zoveel mogelijk mee samenwerkt.

### **3.7 Conclusies, continuïteit & kopieerbaarheid**

Medio 2007 zijn de eerste Buurtzorgteams succesvol van start gegaan. De ambitie in 2009 is uit te breiden naar tweehonderd teams en een omzet van dertig miljoen euro. Tevens starten er tien pilots met gemeenten om aanvullende 'buurtdiensten' als huishoudelijke zorg en persoonlijke verzorging te leveren, geheel volgens de Buurtzorgfilosofie.

In ruim anderhalf jaar is Buurtzorg Nederland razendsnel uitgegroeid tot een sterk merk, werkend vanuit een professionele organisatie en een in vele teams en bij duizenden cliënten beproefde werkwijze. Cliënten en medewerkers zijn zeer tevreden. In dit hoofdstuk is in het businessmodel van Buurtzorg getracht aan te tonen welke cruciale bouwstenen de Buurtzorgwerkwijze kenmerken. Uit anderhalf jaar ervaring, diverse publicaties, lezingen en handboeken zijn de volgende lessen te trekken wat betreft de kritieke succesfactoren, de risico's, de continuïteit en de kopieerbaarheid van de Buurtzorg werkwijze.

#### **3.7.1 Kritieke Succes Factoren**

De belangrijkste kritieke succesfactor is de eenduidige nieuwe visie op de zorgvraag en zorgorganisatie middels de samenhangende bouwstenen. Deze visie wordt gedragen en verspreid door de oprichter van Buurtzorg (de heer J. (Jos) de Blok) en zijn organisatie. De visie veronderstelt het opbouwen van de zorgverlening van binnenuit (inside-out, zie §3.3), vanuit en rondom de cliënt en uitgaande van de behoeftevraag. Dit in tegenstelling tot outside-in handelen waarin het systeem, functies en indicaties leidend zijn.

Het begint bij de integrale diagnostiek van de behoeftevraag door de hoogdeskundige professional. Zelfsturende teams, opererend vanuit netwerken in de buurt, leveren belevingsgerichte zorg, onder eigen verantwoordelijkheid, eigen regie en eigen professionele standaarden. Voldoende ruimte in het op maat inzetten van *alle* bouwstenen bepaalt het succes voor efficiëntere en effectievere thuiszorg. De zorg is gericht op ontzorgen en expliciete aandacht en ruimte voor 'de adaptieve vragen achter de vraag' waardoor de cliënt op verantwoorde wijze zo snel als mogelijk weer zorgonafhankelijk is. De opgebouwde netwerken zijn te zien als natuurlijk oplossing voor ketendeficiënties en als de Wmo-infrastructuur waarlangs meerdere Wmo diensten in de toekomst geleverd kunnen worden en de Civil Society gestalte krijgt.

Een onmisbare kritieke succesfactor is de faciliterende slanke Buurtzorg Nederland organisatie. Deze zorgt voor minimale administratieve handelingen, goede communicatie, informatie en kennisuitwisseling onderling. De professional kan maximaal inzetten op het primair proces. Slimme ICT en slimme inzet van die ICT zijn hierin de sleutel tot succes. Eenvoudige en enkelvoudige registraties, dossiervorming, kwaliteitsstandaarden en handboeken zijn allen overal online toegankelijk via het Buurtzorgweb en Buurtzorgplein. Dat wat niet met het primair proces van doen heeft wordt zoveel mogelijk uit handen genomen van



de teams zoals formulieren, contracten met gemeenten en zorgkantoren en de gegevensuitwisseling met landelijke systemen.

### 3.7.2 Risico's

Buurtzorg kan putten uit een bewezen praktijk maar is tegelijk een organisatie (vorm) in ontwikkeling. Elke organisatie kent haar risico's en bij Buurtzorg hangen die mede samen met deze ontwikkeling.

Het grootste risico is dat de Buurtzorgwerkwijze onvoldoende doorgrond wordt door beleidsmakers en financiers en wederom in bouwstenen, betaaltitels of functies versnipperd worden. De bouwstenen worden in dit document enkel onderscheiden ter lering over de werkwijze: zoals onze organen niet zelfstandig functioneren wordt het leven ook uit Buurtzorg gehaald wanneer en geen aandacht is voor het samenhangende geheel.

Uit de Nivel-rapportage blijken daarnaast enkele uitdagingen op de werkvloer, mede door de omvang en zelfsturing van de teams. Deels zijn deze, een jaar na dato achterhaald, onder andere door de flinke verbetering in het Buurtzorgweb voor roostering en communicatie. Tevens is de bereikbaarheid sterk verbeterd en wordt gezien als essentieel onderdeel van de zorgverlening. Er blijven echter aandachtspunten. Zo is de rolverdeling in het team een aandachtspunt, de wijze van overleg en besluitvorming, de planning tijdens vakanties en ziekte en zijn er geluiden over versnipperde werkuren, overwerk en de continuïteit bij parttime contracten. Hier en daar kunnen bij teams de faciliteiten nog verbeterd worden en zijn er vragen betreffende bijscholing over de werkwijze in zelfsturende teams.

Op Buurtzorg Nederland niveau zijn er ook een aantal risico's en onzekerheden te benoemen. Zo zullen er grenzen zijn als het gaat om de hoeveelheid beschikbare verpleegkundigen van de vereiste kwaliteit met voldoende ondernemerszin en inzicht. Ook bedrijfskundig en organisatiekundig zijn er nog groeigrenzen te ontdekken qua economies of scale en scope en de span of control voor de topstructuur. Vanuit een pionierende organisatie wordt een professionaliseringsslag ingezet waarbij expliciet aandacht nodig is voor het HR-beleid, personeels- en cliënteninspraak, talentontwikkeling en het managen van een netwerkorganisatie met honderden teams. Het is de kunst dit gefaseerd en nauwgezet in dit nieuwe organisatietype in te voeren zodat onnodige bureaucratie voorkomen wordt. Ook zal er ervaring opgedaan moeten worden met het als pionier te implementeren nieuwe OMAHA-kwaliteitssysteem en de wijze waarop dit teams kan ondersteunen in hun dagelijks werk.

Een door velen gepercipieerd risico is het weg- of uitvallen van de directe oprichter als trekker van de organisatie en de Buurtzorgvisie. Hij is overal bij betrokken en trekt de landelijke lobby en onderhandelingen in de politieke arena en aan de financierderstafels. Dit heeft een katalyserende werking. Daarnaast heeft hij zeer veel impliciete kennis over de organisatie dat hij implementeert in de doorontwikkeling van het concept en de strategie, zoals bij de nieuwe buurtdiensten. Deze rol is normaal voor een pioniersfase maar zal in de verdergaande professionalisering van Buurtzorg Nederland afgebouwd moeten worden. Op tactisch en operationeel niveau heeft dit al plaatsgevonden. Op het niveau van het goed laten draaien van de teams, het overbrengen van de werkwijze en de ondersteuning zijn de coaches

(en vele medewerkers) al mededragers van het gedachtegoed. Visie- en beleidsvorming gebeurt momenteel in een virtueel team van vijf experts, die allen onderdelen uitvoeren en daarmee de organisatie door en door kennen.

Een laatste risico is het imago van Buurtzorg in de sector. Onbekend maakt onbemind en collega-organisaties zien Buurtzorg als een bedreiging door haar snelle groei en overstappend personeel. Alles wat maar twijfel oproept lijkt ge- en misbruikt te worden en vroeg of laat zal ook Buurtzorg, net als alle andere thuiszorgorganisaties zijn eerste incident beleven. Buurtzorg communiceert daarom zo open en transparant als mogelijk in de sector, implementeert landelijke standaarden, en laat middels het Transitieprogramma ook collega's leren van haar werkwijze en filosofie.

### **3.7.3 Lessen Continuïteit**

Buurtzorg Nederland is een experiment in het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg. Experimenten breken radicaal met bestaande structuur, cultuur en werkwijze. De werkwijze is grotendeels uitgekristalliseerd en een goed voorbeeld voor de sector. De cultuur in de Buurtzorgteams is er een van vertrouwen, teamgeest en gedreven professionals. Echter, om de continuïteit te garanderen dient de organisatiestructuur van Buurtzorg voldoende ontwikkeld te zijn om alle risico's (§3.7.2) op te vangen. Ook hier werkt Buurtzorg momenteel aan, onder andere door de ondersteuning van de regiocoaches.

De continuïteit is mede afhankelijk van de landelijke structuren waarin Buurtzorg opereert en afhankelijk van is. Inbedding van de Buurtzorgwerkwijze in bestaande regelgeving, toezicht en verantwoordingssystemen doen geen recht aan het innovatieve karakter en een efficiëntere en effectievere wijze van zorgverlening. Door deze bewezen kracht, door de wil van de systeemspelers om te veranderen, alsmede door haar status als transitie-experiment verdient en verkrijgt Buurtzorg stapje voor stapje een grotere bewegingsvrijheid, zowel aan de voorkant als aan de achterkant van de zorgverlening.

Aan de voorkant overlegt met het CIZ, om de (her-)indicaties meer de werkelijkheid te laten weerspiegelen. Zo is de indicatie op afstand vaak niet bestand tegen de complexiteit van cliënten in de langdurende zorg. Er wordt dan ook onderzocht wat de rol is van het CIZ en of indicatiestelling niet eenvoudiger en beter kan, bijvoorbeeld door wijkverpleegkundigen of huisartsen.

Aan de achterkant overlegt en werkt Buurtzorg samen met de zorgverzekeraar. Samen zoeken zij naar bestaande en nieuwe innovatieruimte. Dit heeft te maken met de relatief zware inzet in het begin, de variatie in de inzet van bouwstenen, het enkel werken met hoogopgeleide, relatief dure professionals en relatief veel toegewezen hoogcomplexen en intensieve zorg.

Omdat Buurtzorg leidt tot betere en goedkopere zorg is er bereidheid bij partijen om mee te werken. Deze innovatieruimte moet echter wel behouden blijven om de continuïteit te garanderen. Door Buurtzorg te zien als proeftuin voor een nieuwe werkwijze die breder ingezet kan worden, zich continu doorontwikkelt en waardevolle lessen bevat voor beleidsmakers (Wmo/AWBZ/Eerstelijns) en financiers. Het huidige knellende systeem dient

aangepast te worden aan de nu langzaam beschikbaar komende bewezen (evidence-based) macro-effecten van de Buurtzorgwerkwijze. Een krampachtige tegenreactie of op starre wijze wederom deze werkwijze vroegtijdig opknippen in titels, pakketjes of functies zou funest zijn voor de continuïteit van Buurtzorg.

Qua continuïteit heeft Buurtzorg Nederland een groot voordeel door haar zogenaamde 'first-mover advantage'. De Buurtzorgwerkwijze wordt positief ontvangen op systeemniveau, is uniek, blijft volop in ontwikkeling en loopt als innovatief experiment voorop in de gedachtenvorming bij beleidsmakers en financiers.

### 3.7.4 Lessen Kopieerbaarheid

Buurtzorg heeft nooit beweerd de oplossing te zijn, maar een oplossing. Wel denkt zij met haar uitgangspunten en werkwijze de juiste richting aan te geven voor het grootste deel van de doelgroep, voor het grootste deel van de sector en voor het grootste deel van de huidige systeemproblemen.

Is Buurtzorg te kopiëren? Deze vraag is met een *ja*, met een *ten dele*, met een *misschien*, maar ook met een *nee* te beantwoorden:

- *Ja*. De werkwijze *zelf* is overdraagbaar, mits de basisvereisten en de front- en backoffice op dezelfde Buurtzorgwijze worden ingericht om zelfsturende teams te faciliteren en ontlasten. Dit vereist dan al snel een nieuwe organisatie;
- *Ten dele*. Kopiëren is namelijk de meest verregaande vorm van overdragen en zeer complex voor bestaande organisaties. Zij kunnen, mits zorgvuldig te werk gegaan wordt, elementen of deelconcepten overnemen. Het continuüm loopt tussen geheel kopiëren en het slechts gebruiken ter inspiratie en positieve prikkel om geheel nieuwe (betere) ideeën te ontwikkelen. Hiertussen bevinden zich allerlei hybride mengvormen die zich niet van papier laten kopiëren, maar waar het nieuwe en het bestaande in een leerproces bij elkaar komen;
- *Misschien*. Het is nog te vroeg om Buurtzorg geheel te kopiëren omdat momenteel eerst hard gewerkt wordt aan het bestendigen van de randvoorwaarden voor continuïteit op organisatieniveau en op systeemniveau. Met grote herverkavelingsoperaties en heroriëntaties van AWBZ en Wmo is de tijd wel gunstig aangezien systemen aan het schuiven zijn. Voordat de 'ketenomkering' van Buurtzorg een feit is moet men zich afvragen wat en hoe men de werkwijze wil kopiëren;
- *Nee*. Buurtzorg in zijn geheel is niet te kopiëren, net als een Google of Apple nog steeds niet te kopiëren zijn. Buurtzorg is continu in ontwikkeling en kopieerders zullen altijd één stap achterlopen qua structuur, cultuur en werkwijze. Buurtzorg pleit dan ook niet om klakkeloos te kopiëren maar daagt iedereen uit om van elkaar te leren en geïnspireerd op moderne inzichten nog betere duurzame zorgconcepten te creëren die samen een kleurrijk keuzepallet vormen voor de cliënt.

De belangrijkste elementen die Buurtzorg typeren zijn de zes samenhangende bouwstenen, de slimme ICT, de nieuwe visie op de professional, netwerkvorming en een platte ondersteuningsorganisatie. Ten dele is de kopieerbaarheid van elementen al duidelijk, ten dele

moet deze nog blijken uit lopend wetenschappelijk onderzoek. Buurtzorg heeft inmiddels al veel ervaringen opgedaan en zoekt hiermee proactief samenwerkingsrelaties op en deelt haar kennis en ervaringen vanuit het Transitieprogramma.



## 4 Organisatorische case (OC)

In de organisatorische case is er voor gekozen om op teamniveau een aantal analyses te maken, alsmede een onderbouwing te geven voor enkele kerncijfers en de productmix van Buurtzorg. Deze keuze is mede ingegeven door de snelle groei van Buurtzorg, waarbij er continu meerdere teams zich nog in de aanloop- en opstartfase begeven. Deze aanloopkosten van nieuwe teams (55 nieuwe teams in 2008) zijn nog dominant in het resultaat. De analyse is gebaseerd op het gemiddelde van een tweetal nader geanalyseerde volwassen teams. De teams zijn ingewerkt en zowel de buurt als de twee teams zijn representatief voor Buurtzorg. De scenario's zijn vergeleken met de Benchmark VVT om uitspraken te kunnen doen over de kerncijfers. In alle berekeningen zijn de inkomsten uit het transitieprogramma niet meegenomen, die aangewend zijn voor het ontwikkelen van de formule, onderzoek en monitoring van de activiteiten.

### 4.1 Toelichting op posten

- De directe kosten bestaan uit de salariskosten, reiskosten, opleidingskosten en overige personeelskosten van het direct uitvoerend personeel. De cao voor medewerkers van verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) is van toepassing op al het personeel.
- De direct toewijsbare kosten bestaan uit de lokale huisvestingskosten en de kosten van de coaches, toegerekend op basis van het aantal cliënten per jaar van het team. De huisvestingskosten zijn per team genormeerd, waarbij rekening wordt gehouden met lokale omstandigheden.
- In de post overhead zijn alle 'centrale' kosten opgenomen: personeelskosten van directie en administraties, de kosten van automatisering, de algemene kosten, de afschrijvingen, de kosten van centrale huisvesting e.d. De overhead is eveneens toegerekend op basis van het aantal cliënten per jaar van het team.
- Alle kosten zijn genormeerd en gekoppeld aan de uren geleverde zorg.
- De teams behalen, ondanks de kwalitatief hoge inzet van personeel, een gemiddelde productiviteit van 60% (aantal klanturen gedeeld door het aantal salarisuren). Het ziekteverzuim is erg laag te noemen, bijna 2%, daarnaast wordt doelmatig overlegd en de reistijd beperkt.
- Op basis van de realisatie over 2008 en de begroting 2009 zijn de kosten en opbrengsten voor één gemiddeld, volwassen team gemaakt. Uitwerkingen zijn gemaakt op basis van 55% en 60% productiviteit en op basis van 8.887 cliënt uren.

## 4.2 Financiële resultatentabel Buurtzorgteam

Op basis van twee productiviteitsscenario's zijn de financiële resultaten van één team berekend en afgezet tegen de Benchmark VVT 2008:

	Buurtzorg Scenario 55%	Buurtzorg Scenario 60%	Benchmark Scenario (50,9%)
Productiviteit	55%	60%	50,9%
Directe kosten	89,0%	88,1%	72,2%
Direct toerekenbare kosten	2,6%	2,8%	15%
Overhead	8,2%	8,8%	10,8%
Kapitaalslasten	0,2%	0,2%	2,1%
Totaal:	100,0%	100,0%	100,0%
Totale kosten per team	424.532	393.041	n.v.t.
Opbrengsten AWBZ	444.340	444.340	n.v.t.
Resultaat (€)	19.808	51.299	n.v.t.
Resultaat (%) <sup>2</sup>	4,5%	11,5%	3,1%

### Vergelijking

De gegevens zijn ontleend aan de Continue benchmark VVT (hierna: Benchmark), uitgevoerd in opdracht van ActiZ, Bouwsteen financiële prestaties, deelrapportage maart 2008. Hierin zijn gegevens over 2006 opgenomen. De vergelijking is gemaakt met organisaties in het cluster B: 'extramuraal met accent op AWBZ'. De vergelijking met 2006 geeft mogelijk een vertekend beeld gezien de huidige stand van zaken in de sector, het betreft hier een inschatting.

Voor overheadberekeningen is in deze mBC ook voor Buurtzorg een brede definitie van overhead gebruikt. In de Benchmark is een relatief smalle definitie gehanteerd waarin bijvoorbeeld direct leidinggevenden niet (deels) worden meegenomen. Om een vergelijking toch mogelijk te maken met de Benchmark zijn daarom zowel de overhead als de direct toerekenbare kosten meegenomen. Voor Buurtzorg betekent dit een totaal van 11,6% overhead en voor de benchmarkgroep 25,8%. Dit ligt in lijn met de vroegere CTG-definitie die een overhead van 25% hanteerden bij de tariefsbepaling. Dit is tevens reëler als we de vele verplichtingen in de sector in ogenschouw nemen (registraties, verantwoordingen aanbestedingen, etc.), die allen bijdragen aan de overhead.

De huidige productiviteit van een team is gemiddeld 60%. De verwachting is in de toekomst bij alle teams, door het uitbouwen van de werkwijze en de organisatorische ondersteuning, de productiviteit van volwassen teams naar 65% te kunnen brengen. Uit de eerder genoemde Benchmark is het gemiddelde productiviteitspercentage te berekenen voor gelijksoortige functies in de extramurale AWBZ: 50,9 procent.

Bij een productiviteit van 60% is het resultaat van één gemiddeld team 11,5%. Door de hoeveelheid opstartende teams in 2008 (55) is het huidige resultaat op Buurtzorgniveau vertroebeld door aanloopkosten, maar nog voldoende in de plus. Een vergelijking met benchmarkinstellingen is er enkel uit 2006 (3,5%). Een jaar later in de 'Benchmark Thuiszorg' van Ernst&Young met cijfers uit 2007, nadert het resultaat de nul procent en de verwachting is dat deze dalende lijn zich in 2008 voortzet. De marktwerking maakt echter een hoger resultaat (5-10%) noodzakelijk om ondernemersrisico's te dekken.

Wat betreft overige kerncijfers scoort Buurtzorg eveneens goed. Het gemiddelde ziektepercentage ligt op bijna 2%, het verloop is zeer laag en in 2008 realiseerde Buurtzorg een omzet van circa € 12,7 miljoen, met een prognose van circa € 30 miljoen voor 2009.

### 4.3 Productopbouw, inzet en doorlooptijd

In onderstaande tabel is de productopbouw weergegeven van het gemiddelde Buurtzorgteam, met als vergelijking de organisaties die extramurale AWBZ leveren uit de eerdergenoemde benchmark.

product opbouw	klasse I	klasse II	Buurtzorg
	< € 10 mln	€10 - € 40 mln	
PV	68,1%	51,0%	52%
VP	14,1%	28,6%	35%
OB/AB	17,8%	20,1%	13%
Overig	0,0%	0,3%	0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Buurtzorg gaat uit van interventies die tot de meest optimale oplossing voor cliënten leiden. De productopbouw die in de huidige AWBZ gebruikt wordt nodigt niet uit tot de Buurtzorg-werkwijze omdat zij zich richt op (lage) kosten per uur in plaats van op lage kosten per cliënt.

Uiteraard heeft Buurtzorg met de huidige productdefinities te maken. Binnen het huidige systeem probeert Buurtzorg desondanks haar innovatieve werkwijze te realiseren door de nauwe afstemming met systeemspelers. Door het werken met hoger gekwalificeerde professionals leidt dit in het huidige systeem tot een gunstigere mix wat betreft PV/VP/OB. Met name het 'duurdere' product VP wordt vaker geïndiceerd bij cliënten van Buurtzorg. Uit de gegevens van Buurtzorg blijkt dat er ook vaker dan gemiddeld PV speciaal wordt geïndiceerd,



dit heeft direct te maken met de indicaties VP. Hoewel dit leidt tot een gemiddeld hoger tarief ( €51,4) wordt dit ruimschoots gecompenseerd door de kortere doorlooptijd en een lager aantal uren zorg per cliënt.

### **Inzet versus indicatie**

Binnen het Buurtzorgweb is op team- en Buurtzorg Nederland niveau continue monitoring waarin het aantal geïndiceerde uren (totale indicatie) afgezet is tegen de geleverde zorg. Hieruit blijkt dat over het jaar 2008 Buurtzorg gemiddeld slechts 37,75% van de geïndiceerde uren daadwerkelijk inzet. Nader doelgroeponderzoek is hierbij nodig en staat in de steigers.

Dit percentage dient niet verward te worden met de relatief vaakgenoemde percentages geleverde zorg *binnen de geïndiceerde klassenbreedte*. Een voorbeeld. Stel een aanbieder levert 50% van de zorg binnen de geïndiceerde klassenbreedte 7-10 uur. Hierbij levert hij 50% van de klassenbreedte wat neerkomt op 9,1 uur. Buurtzorg levert van *alle totale indicaties* slechts 37,75% van het maximaal leverbare aantal uren. Dit is 3,8 uur in plaats van de negen uur bij de aanbieder uit het voorbeeld. Naar schattig wordt op de vergelijkbare markt *gemiddeld* 70% van de totale indicatie geleverd, wat een besparing van 46% oplevert (Bronnen: Buurtzorgweb Nederland, Zorgkantoor/CAK).

Vooralsnog blijft het de stelling dat het mogelijk is om bij vrijwel alle doelgroepen door deze proactieve en oplossingsgerichte aanpak, aanvullend op de professionele zorgverlening, alternatieve mogelijkheden aan te boren. Daarbij ligt de nadruk op het versterken van de mogelijkheden van cliënten zelf. Belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de activiteit of handeling niet als uitgangspunt genomen wordt maar dat er gewerkt wordt aan context van de cliënt, door continue aandacht voor de vijf 'nieuwe' bouwstenen.

### **Doorlooptijd**

Er is geen uitputtende analyse van doorlooptijden in de thuiszorgsector. Het bureau HHM heeft in 2005 doorlooptijdeffecten berekend bij de overheveling van functies en cliënten van de AWBZ naar de ZVW. In het rapport Monitor Extramurale Zorg heeft de NZa (2008) een schattingsmethode onderbouwd waarmee doorlooptijden op basis van CAK gegevens berekend kunnen worden. Vooralsnog is dit de beste benadering.

Op basis van gegevens van het CAK, geanonimiseerd beschikbaar gesteld door het zorgkantoor, is de gemiddelde doorlooptijd van Buurtzorg Nederland 11,0 weken of 77 dagen. De Benchmarkgroep (n=13) heeft een gemiddelde doorlooptijd van 20,4 weken of 143 dagen. Buurtzorg maakt de gemiddelde doorlooptijd daarmee 46% korter. Idealiter wordt de doorlooptijd per doelgroep en zorgzwaarte nader onderzocht. Buurtzorg doet hier in 2009 uitgebreid onderzoek naar.

Uit dezelfde geanonimiseerde CAK gegevens blijkt gemiddeld dat Buurtzorg 5,1 uur zorg per week levert (door relatief meer inzet in van hoge deskundigheid aan het begin en relatief veel hoogcomplexiteit), en de benchmarkinstellingen 4,4 uur.

#### **4.4 Conclusies**

Door de Buurtzorgwerkwijze op teamniveau te analyseren blijkt dat, bij volwassen teams, het mogelijk is om op het niveau van Buurtzorg Nederland een gezonde organisatie te creëren. De signalen wijzen erop dat deze nu al gezonde organisatie, in een scenario met enkel volwassen team, uit zal komen op een overhead van rond de 8%, een resultaat van rond de 10% en een productiviteit van ongeveer 60% - 65%. Dit combineert Buurtzorg met een aanzienlijk verminderde inzet van de indicatie (gemiddeld 37,75%), en een kortere doorlooptijd (-46%). Aangezien daarbij cliënten en medewerkers aan Buurtzorg de hoogste rapportcijfers in de sector geven, mag de organisatorische case vooralsnog als sluitend beschouwd worden.



## 5 Maatschappelijke case (MC)

Dit hoofdstuk bespreekt de maatschappelijke case van Buurtzorg waarin de impact die Buurtzorg heeft op de buitenwereld wordt beschreven, gewogen en uitgedrukt in een *'maatschappelijk rendement'*. Met deze buitenwereld wordt dus de maatschappij bedoeld, die in dit hoofdstuk door de ogen van stakeholders van Buurtzorg wordt beschreven. Deze 'buitenwereld' is scherp gescheiden van de wereld van Organisatorische Case uit het vorige hoofdstuk waarin enkel het financieel-economische nut voor de organisatie uitgedrukt is in kosten en opbrengsten.

In dit hoofdstuk wordt de maatschappelijke impact van Buurtzorg berekend op macro niveau. Het basisscenario dat hiervoor dient is de uitrol van de Buurtzorgwerkwijze (zie Hoofdstuk 3) over de relevante markten van de extramurale ABWZ sector in Nederland, met als basis volwassen teams (zie Hoofdstuk 4). Doel is aan te tonen op 1) Teamniveau, 2) Buurtzorg niveau en 3) het niveau van Nederland, welke baten in de toekomst mogelijk te kapitaliseren zijn als een bredere markt via deze werkwijze te bedienen is.

In paragraaf 5.1 wordt een korte toelichting gegeven op het begrip maatschappelijk rendement, de basis van het hoofdstuk. Na een korte toelichting van de stakeholders in §5.2 is het rendement wordt in kwalitatieve zin nader uitgewerkt in §5.3 en in kwantitatieve zin in §5.4. Paragraaf 5.5 geeft een samenvatting en beknopte toelichting van de kwantitatieve impacts van Buurtzorg.

### 5.1 *Maatschappelijk rendement*

Elke waarde die door Buurtzorg gecreëerd wordt, maar niet is omgezet in financiële baten ten gunste van Buurtzorg, valt onder de Maatschappelijke Case. Dit is waarde die ten gunste komt aan de maatschappij (burgers, cliënten, belastingbetalers) oftewel *'maatschappelijk rendement'*.

Een voorbeeld. De inzet van het cliëntnetwerk creëert een maatschappelijke waarde, doordat hun werk een vervanging biedt voor door belasting of sociale premies betaalde maatschappelijke voorzieningen (bv. zorg). Stel dat iedere euro die de overheid investeert in het bevorderen van het cliëntnetwerk en de Wmo-infrastructuur de maatschappij het vijfvoudige aan besparing oplevert door de afname van zorgconsumptie. Dit geeft een maatschappelijk rendement van 1:5. Hoe gunstiger deze verhouding hoe meer gerechtvaardigd de investering van die ene euro, door een partij die het publieke belang dient, zoals de overheid of zorgverzekeraar.

## 5.2 Stakeholders

Buurtzorg levert op basis van haar functie een significante maatschappelijke bijdrage aan meerdere stakeholders. De stakeholders zijn partijen die zorg, wonen en welzijn op buurtniveau verlenen in Nederland.

In de afgelopen maanden zijn meerdere gesprekken gevoerd met de belangrijkste stakeholders. Op basis van die gesprekken en onderzoek zijn de kwalitatieve en kwantitatieve effecten van Buurtzorg ingeschat. Onderstaand volgen de kwalitatieve effecten genoemd per stakeholder. De kwantitatieve effecten zijn vaak toe te rekenen aan meerdere stakeholders.

## 5.3 Kwalitatieve effecten

In onderstaand overzicht staan de kwalitatieve effecten per stakeholder genoemd. Deze zijn afkomstig uit onderzoek en interviews met betrokken stakeholders:

Cliënt	Buurtzorgprofessional
<ul style="list-style-type: none"><li>Voelt zich vertrouwd en veilig bij hulp</li><li>Wordt serieus genomen in zijn zorgvraag</li><li>Wordt onafhankelijk gemaakt</li><li>Begrijpt zijn hulpvraag beter</li><li>Heeft de totale regie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Kan haar vak weer uitoefenen</li><li>Wordt aangesproken op haar verantwoordelijkheid</li><li>Ervaart meer energiebronnen</li><li>Kan haar creativiteit benutten</li><li>Wordt minder snel ziek</li></ul>
Huisarts	Gemeente
<ul style="list-style-type: none"><li>Heeft ( weer ) een sparring partner</li><li>Kan de wijkverpleegkundige weer bereiken</li><li>Heeft minder administratie van het CIZ</li><li>Heeft minder ongeplande zorg</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Vindt oplossingen voor WMO prestatievelden</li><li>Ervaart WMO infrastructuur</li><li>Kan verbinding leggen met AWBZ en Welzijn</li></ul>

Tweedelij (V&V, GHZ en Cure)	Zorgverzekeraar
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ervaart minder crisisopnames</li> <li>▪ Minder heropnames en kortere doorlooptijd</li> <li>▪ Betere samenwerking tussen professionals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lagere kosten per cliënt</li> <li>▪ Betere kwaliteit/tevredenheid voor haar cliënten</li> <li>▪ Meer zicht op effectiviteit</li> </ul>

## 5.4 Kwantitatieve effecten

De kern van Buurtzorg is een radicaal andere visie op de *zorgvraag* (zie §1.3.3 en 3.1.1) en op *zorgorganisatie* (zie §3.3 en §3.5). De visie op de zorgvraag maakt dat Buurtzorg de zorg effectiever verleent, de visie op de *zorgorganisatie* maakt dat Buurtzorg de zorg efficiënter organiseert. Buurtzorg gaat uit van de behoeften, mogelijkheden, wensen en voorkeuren van de cliënt (zorgvraag) en van de professionaliteit, regie en autonomie van de wijkverpleegkundige (zorgorganisatie), ingebed in moderne organisatieprincipes:



De werkwijze van Buurtzorg richt zich niet op productie of het aantal uren zorg maar op duurzame zorguitkomsten of 'outcome': gezondheidswinst, oplossingen voor de cliënt, kwaliteit van leven en zorgonafhankelijkheid door een nieuwe visie op de zorgvraag en de zorgorganisatie (zie §3.3.1 en §3.3.3). Op het niveau van de zorg is deze effectiever, met de hoogste cliëntwaardering. Het aantal uren per cliënt per jaar is lager, de doorlooptijd is korter en de hoeveelheid ongeplande zorg is lager. Naast 'beter' is Buurtzorg ook 'goedkoper'. De

arbeidseffectiviteit en arbeidsvreugde is hoger, op het niveau van de organisatie is het efficiënter en het verzuim en verloop is lager.

#### 5.4.1 Leeswijzer

In de navolgende paragrafen staan de uitkomsten van een aantal 'maatschappelijk rendement berekeningen' gepresenteerd. Hiervoor is gebruik gemaakt van zorgvuldig gedocumenteerde aannames, veronderstellingen en indicatoren om een eerste onderbouwde inschatting te maken van dit rendement. Dit is een waarderingsproces en pretendeert geen uiterste wetenschappelijke precisie maar probeert door het gebruik van schattingstechnieken, onderzoek en expert opinions tot de best mogelijke benadering te komen. Causaliteit wordt zo goed als mogelijk ingeschat. Het vereist in vrijwel alle gevallen langdurig onderzoek in gecontroleerde, nu nog toekomstige, situaties. Op basis van een aantal huidig gerealiseerde effecten en aannames op team- en Buurzorgniveau wordt een zuiver theoretische doorberekening gemaakt naar het niveau van Nederland.

Om de effecten te toetsen aan de werkelijkheid staan in 2009 hiervoor reeds enkele belangrijke onderzoeken op de agenda waar Buurzorg Nederland haar volledige medewerking aan verleent:

- Onderzoek Buurzorg werkwijze en uitgangspunten ( i.s.m. Universiteit van Tilburg)
- Onderzoek naar indicatiestelling (i.s.m. het CIZ)
- Onderzoek naar ziekenhuisheropnamepreventie (i.s.m. Nivel)
- Onderzoek naar nieuwe vormen van cliëntparticipatie (i.s.m. NPCF & LOC)
- Implementatie van het OMAHA systeem voor kwaliteitmanagement
- Onderzoek naar de verbreding van Buurtzorg (i.s.m. andere thuiszorgorganisaties)
- Vergelijkend doelmatigheidsonderzoek / doelgroeponderzoek (i.s.m. zorgkantoor Menzis/CAK)

Bovengenoemde onderzoeken zullen uitwijzen voor welke doelgroepen, zorgzwaarten en delen van de thuiszorgmarkt of extramurale AWBZ markt de Buurtzorg werkwijze geschikt kan zijn. Interpretatie van onderstaande gegevens dient met de nodige voorzichtigheid te gebeuren. Op Team en Buurtzorgniveau zijn de analyses harder dan op het (theoretische) niveau van Nederland.

Een verbreding en opschaling van de werkwijze vereist daarbij een radicaal andere wijze van systeeminrichting en organisatiebouw. Kanttekening hierbij is dat deze volledige 'ketenomkering' jaren vergt om door te voeren. Hiertoe dienen eerst de beleids- en financieringssystemen (CIZ, verzekeraars, VWS, NZa, etc.) deze draai te maken, alvorens de sector zich werkelijk uit het knellende systeem kan reorganiseren.

Het nemen van efficiencymaatregelen werkt volgens Buurtzorg averechts, het gaat om een langdurende systeemtransitie waarin systeemspelers nieuwe spelregels maken en de sector de tijd krijgt deze op verantwoorde wijze door te voeren.

## 5.4.2 Aannames: Basis gegevenssets

Voor de aannames en scenario's zijn de volgende bronnen gebruikt:

Bronnen	
JUS	Jaaruresystematiek
NZA	Monitor Extramurale AWBZ
BVVT	Continue Benchmark VVT
HHM	Effecten overheveling VP/PV
ZOKA	Benchmark Zorgkantoor/CAK
TPLZ	Transitieprogramma mBC berekening
A	Aanname
B	Berekend

Op basis van bovenstaande bronnen en analyses is de volgende basis gegevensset samengesteld:

	Team		Buurtzorg		Nederland	
Aantal fte	7,5	BZN				
Bruto uren per fte	1878	JUS				
Bruto uren per team	14085	B				
Productiviteit	0,6	BZN				
Productieve uren team	8451	B				
Gemiddeld # cliënten per team in zorg	34	B				
Bepaling marktomvang	Team		Buurtzorg		Nederland	
Extram. Thuiszorgmarkt 2007					€ 2.928.000.000	NZA
Prijs + volumestijging per jaar					0,08	A
Extram. Thuiszorgmarkt 2008	€ 444.340	BZN	€ 12.740.000	BZN	€ 3.162.240.000	B
Gemiddelde opbrengst per uur 08	€ 50	A	€ 50	BZN	€ 50	A
Aantal geleverde zorguren in 2008	8.887	B	254.800		63.244.800	B
Gemidd. # uren p. klant p. week	5,10		5,10	ZOKA	4,40	BVVT
Gemidd. # weken in zorg p. klant	11,00		11,00	ZOKA	20,40	BVVT
Aantal klanten in zorg	34		961		276.420	B
Omzet per cliënt	13.260,00		13.260,00		11.440,00	
Salariskosten inclusief sociale lasten	€ 43.000		€ 43.000	BZN	€ 43.000	A



Tevens is er een gegevensset samengesteld met betrekking tot de relevante cliëntsegmenten waarmee gerekend wordt. De volgende categorieën zijn gedefinieerd op basis van de analyse van HHM:

- Categorie 1: < 3 maanden in zorg
- Categorie 2: 3 maanden < > 1 jaar in zorg
- Categorie 3: 1 jaar < > 1,5 jaar in zorg
- Categorie 4: > 1,5 jaar in zorg

Dit levert de volgende basisset op:

Gegevensset cliëntsegmenten	Team 08		Buurtzorg 08		Nederland 08	
Totaal aantal cliënten					276.420	B
# Categorie 1 (71,0%)	n.t.b.		n.t.b.		196.258	HHM
Gem. Zorgduur Categorie 1 in weken					6,5	A
# Categorie 2 (18,2%)	n.t.b.		n.t.b.		50.308	HHM
Gem. Zorgduur Categorie 2 in weken					32,6	A
# Categorie 3 (01,4%)	n.t.b.		n.t.b.		3.870	HHM
Gem. Zorgduur Categorie 3 in weken					-	A
# Categorie 4 (09,4%)	n.t.b.		n.t.b.		25.983	HHM
Gem. Zorgduur Categorie 4 in weken					-	A
Gemiddelde doorlooptijd in weken	11,0	ZOKA	11,0	ZOKA	20,4	ZOKA
Gemiddelde Doorlooptijdbesparing BZN	n.v.t.		n.v.t.		46%	B

In de berekeningen wordt voor het 'Nederland scenario' bij de doorlooptijd en het aantal bespaarde uren per cliënt per jaar categorie één meegenomen en voor de besparing bij ongeplande crisiszorg categorie drie en vier.

### Aannames 'Scenario Nederland' niveau

Voor het theoretische scenario van de opschaling van de Buurtzorgwerkwijze in Nederland is eerst diepgravend effectonderzoek naar doelgroepen, marktomvang en arbeidsmarkt noodzakelijk. De initiatiefnemer van Buurtzorg onderbouwt hierbij de volgende twee stellingen met betrekking tot potentiële maatschappelijke effecten bij deze opschaling:

#### Aanname I: marktomvang gelijk aan totale thuiszorgmarkt

In dit hoofdstuk wordt een aanname over de omvang van de markt gemaakt die 'geschikt' is om in te richten volgens de nieuwe werkwijze. Het is volgens Buurtzorg een misvatting dat enkel dichtbevolkte steden volgens deze werkwijze te bedienen zijn. Op dit moment levert Buurtzorg al op diverse zogenaamde onrendabele lijnen zoals de Bommelerwaard, Marum in Noord Groningen en andere kleine dorpskernen. Vier praktijkervaringen zijn hierbij van belang. Allereerst zijn de effecten in verminderde zorguren en doorlooptijd op cliëntniveau van de Buurtzorgwerkwijze overal gelijk door de nadruk op netwerken en ontzorgen. Ten tweede zijn grote steden niet per definitie rendabeler. Cliënten in steden hebben een andere mentaliteit,

meer psychische problematiek, een andere zorgcultuur en het aantal fulltime zorgverleners is groter. In dunbevolkte gebieden heerst nog een cultuur van 'noaberschap' en communitydenken, is het natuurlijke netwerk van cliënten groter en steviger en er zijn meer flexibele parttimers te vinden. Ten derde leren analyses op teamniveau van Buurtzorg ons dat de interne kostenposten wat betreft zorgverlening of reistijd nauwelijks verschillen. Een vierde en laatste argument is dat deze werkwijze niet nieuw is en dat vijftien jaar geleden de markt op eenzelfde wijze ingericht was, echter zonder de moderne ICT en organisatieprincipes die het organiseren anno 2009 efficiënter maken.

*In het 'Nederland scenario' is gebruik gemaakt van enkel de omvang van de extramurale ABWZ, exclusief sectoren als kraamzorg en (ambulante) GGZ, op basis van documentatie van de NZa.*

## **Aanname II: Arbeidsmarkt qua capaciteit en expertise groot genoeg**

Een tweede set misvattingen is volgens Buurtzorg dat er onvoldoende ondernemende professionals zijn, dat er in totaal onvoldoende professionals zijn of dat enkel hoog opgeleide professionals in aanmerking komen.

De belangrijkste eis bij het samenstellen van een team is de mix van competenties, vaardigheden en niveau. In een team zijn er altijd maar één of enkele ondernemende gangmakers maar het overgrote deel doet gewoon zijn/haar werk, draait gewoon mee. De consequenties voor werktijden zijn niet heel anders, vaak zelfs flexibeler en qua voorwaarden gaan velen er op vooruit. Tevens zijn de mogelijkheden voor training en overleg groter. De Buurtzorgprofessional is niet een ander type werknemer maar werkt met een andere houding waarin er meer energiebronnen dan stressoren zijn dan bij soortgelijke organisaties. Daarnaast werken vele landen over de wereld zoals het Verenigd Koninkrijk of Denemarken volgens dezelfde organisatieprincipes.

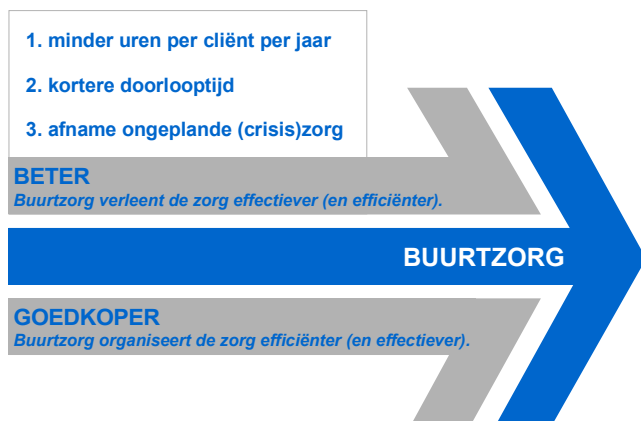
Tevens zouden er onvoldoende professionals zijn voor deze werkwijze. Echter uit dit hoofdstuk blijkt dat Buurtzorg het qua zorgvraag met ongeveer de helft van het aantal professionals afkan. Met andere woorden: het zorgvolume daalt aanzienlijk. Ook werken deze professionals efficiënter, waardoor er minder personeel benodigd is. Tevens komt er extra capaciteit vrij door het afbouwen van het oude systeem waarin vele professionals een andere functie binnen de sector hebben en trekt de Buurtzorgwerkwijze veel zij-instromers aan.

Buurtzorg werkt momenteel al met een mix van verschillende hoge en lagere niveaus in de teams. Door een geleidelijke invoering van de Buurtzorgwerkwijze kunnen eerst de grootste problemen in het segment van de hoogcomplexere zorgvraag aangepakt worden, met relatief hoogopgeleide professionals. Op dit moment verwijzen eerste en tweedelijns dit hogere segment al snel door naar Buurtzorg maar steeds meer bedient Buurtzorg ook lagere segmenten. Hiervoor heeft Buurtzorg de 'Buurtdiensten' ontwikkeld, die door professionals van niveau twee en drie kwalitatief hoogwaardig te leveren zijn. Geleidelijk aan, in de dynamiek van de ontwikkelingen, kan volgens Buurtzorg de gehele markt met hoog en lager opgeleide professionals via deze werkwijze bedient worden.

*In het 'Nederland scenario' is gebruik gemaakt van conservatieve segmenteringen naar relevante cliëntengroepen in een relevant marktsegment, op basis van documentatie van HHM.*

### 5.4.3 Buurtzorg: Effectievere zorgverlening

Die visie op de zorgverlening heeft drie kwantificeerbare maatschappelijke effecten:



#### ad 1: Minder uren per cliënt per jaar

##### Uitgangspunten

De huidige thuiszorg is op een dusdanige wijze ingeregeld en georganiseerd dat er voornamelijk nog gestuurd kan worden op zo laag mogelijke kosten per uur of lage kosten per cliënt per week (ondanks bonus-malus regelingen). **Buurtzorg** stuurt op de behoeftenvraag en het inzetten van het cliëntnetwerk. Daarbij accepteert zij dat in het begin van de zorgverlening er hogere kosten zijn om de zorg, met relatief dure deskundigheid, rondom de cliënt te organiseren en in te stellen. De-facto levert dit echter per jaar minder zorguren op per cliënt.

##### Berekening

B1: Minder uren p. cliënt p. jaar	Team 08		Buurtzorg 08		NL: Categorie 1	
Totaal geleverde uren	8.887	B	254.800		44.903.808	
Gemiddelde levering Benchmark	0,7	BZN	0,7	BZN	0,7	
Gemiddelde levering Buurtzorg	0,375	BZN	0,375	BZN	0,375	BZN
Totaal geïndiceerde uren	12.695	B	364.000		64.148.297	
Doelmatigheid Benchmark	3.809	B	109.200	B	19.244.489	B
Doelmatigheid Buurtzorg	7.935	A	227.500	A	40.092.686	A
Besparing Buurtzorg > Benchmark	€ 206.301		€ 5.915.000		€ 1.042.409.829	

##### Toelichting

Het CIZ indiceert de totale behoefte die een cliënt heeft aan zorg en ondersteuning. Voor de doelgroep van Buurtzorg is het mogelijk om aan de zorg/ondersteuningsvraag te voldoen door het leveren van 37,5% van de geïndiceerde uren. We berekenen enerzijds de besparing van Buurtzorg door de mindere besteding van de indicatie en anderzijds de mogelijke besparing indien deze werkwijze realistisch zou zijn voor de doelgroep met een indicatie korter dan drie maanden (Nederland scenario). Extra onderzoek over de gehanteerde parameters en doelgroep (en) is noodzakelijk en ingezet om dit scenario te onderbouwen (zie §5.4.1: Leeswijzer).

## ad 2: Kortere doorlooptijd

### Uitgangspunten

De huidige thuiszorg is op een dusdanige wijze ingeregeld en georganiseerd dat het voornamelijk nog loont om indicaties op te rekken en qua doorlooptijd volledig in te zetten. Waar mogelijk sturen organisaties - om hun hoofd boven water te houden - op een zo rendabel mogelijk te declareren percentage binnen de bandbreedte van de indicatie. **Buurtzorg** stuurt op het zo snel als verantwoord mogelijk ontzorgen en de zelfredzaamheid van de cliënt. Dit doet zij door het inschakelen van netwerken, het empoweren van de cliënt en de aandacht voor 'adaptieve vragen achter de zorgvraag' en alternatieve oplossingen.

### Berekening

B2: Besparing Doorlooptijd Categorie 1	Team 08		Buurtzorg 08		NL: Categorie 1	
Aantal cliënten	34		961	B	196.258	B
Uren per cliënt Buurtzorg	5,10		5,10	ZOKA	5,10	ZOKA
Uren per cliënt Benchmark	4,40		4,40	ZOKA	4,40	ZOKA
Doorlooptijd Buurtzorg	11,00		11,00	B	3,00	B
Doorlooptijd Benchmark	20,40		20,40	B	6,50	B
Totaal uren Buurtzorg	1.880		53.900	B	2.997.839	B
Totaal uren Benchmark	3.008		86.240	B	5.612.976	B
Totaal Besparing Cat in uren	1.128		32.340	B	2.615.137	B
Totaal Besparing Cat in omzet	€ 56.397		€ 1.617.000		€ 130.756.827	

### Toelichting

Uit geanonimiseerde van het zorgkantoor / CAK blijkt dat de gemiddelde doorlooptijd bij Buurtzorg 11 weken is tegenover gemiddeld 20,4 weken bij de benchmark instellingen (n=13). We berekenen enerzijds de besparing van Buurtzorg door de kortere doorlooptijd en anderzijds de mogelijke besparing indien deze werkwijze realistisch zou zijn voor de doelgroep met een indicatie korter dan drie maanden (Nederland scenario). Extra onderzoek over de gehanteerde parameters en doelgroep(en) is noodzakelijk en ingezet om dit scenario te onderbouwen (zie §5.4.1: Leeswijzer).

### ad 3: Afname van ongeplande (crisis) zorg

#### Uitgangspunten

De huidige thuiszorg is op dusdanige wijze ingeregeld en georganiseerd dat voornamelijk de hoogst noodzakelijke zorg geleverd wordt, op een versnipperde wijze en geïsoleerd van andere professionals. **Buurtzorg** stuurt op één persoonlijk begeleider die de cliënt en zijn cliëntennetwerk (bv. mantelzorger) steeds beter leert kennen en leert inschatten qua (toekomstige) behoeftevraag. Dit maakt, in combinatie met nauw contact met het professionele zorgnetwerk in de buurt, dat Buurtzorg zoveel mogelijk preventief werkt aan het voorkomen van zorg. Tevens vult Buurtzorg gaten in de keten tussen 0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn op en laat de cliënt de keten sneller doorlopen. Als er een opname nodig is begeleidt de Buurtzorgprofessional de cliënt voor, tijdens en na de opname om het proces zo soepel mogelijk te laten verlopen.

#### Berekening

B3: Afname van ongeplande crisiszorg	Team 08	Buurtzorg 08	NL: Categorie 3 + 4	
Extra tijd verpleging + artsen bij crisis	3,5	3,5	3,5	TPLZ
Gemiddeld uurtarief artsen + verpleging	€ 85,00	€ 85,00	€ 85,00	TPLZ
Aantal cliënten > 1 jaar in zorg	34	961	29.853	HHM
Perc. cliënten voorkomen 1 opname	33%	33%	33%	A
Besparing	€ 3.290	€ 94.325	€ 2.930.849	

#### Toelichting

Gemiddeld wordt per crisisopname 3,5 uur extra aan tijd van artsen en verpleging gevraagd. De aanname is dat de Buurtzorgwerkwijze bij eenderde van de cliënten die langer dan één jaar in zorg is (categorie 3 en 4) gemiddeld één crisisopname voorkomt. Extra onderzoek over de gehanteerde parameters en doelgroep(en) is noodzakelijk en ingezet om dit scenario te onderbouwen (zie §5.4.1: Leeswijzer).

## 5.4.4 Buurtzorg: Efficiëntere zorgorganisatie

Die visie op de zorgorganisatie heeft drie kwantificeerbare maatschappelijke effecten:



### ad 4: Hogere arbeidsproductiviteit

#### Toelichting

De huidige thuiszorg is op dusdanige wijze ingeregeld en georganiseerd dat de professional relatief veel tijd kwijt is aan registraties, controle en indirecte uren. Het versnipperen van capaciteiten en functies heeft dit alleen maar erger gemaakt. **Buurtzorg** is geheel ingericht om zoveel mogelijk administratieve taken uit het zorgproces weg te nemen door slimme ICT en door ICT slimmer in te zetten. Tevens biedt zij flexibele ondersteuning via de regiocoaches. Alle randvoorwaarden, financiering, contractering e.d. zijn centraal georganiseerd en zijn zoveel mogelijk weggehaald bij het primaire proces.

#### Berekening

B4: Hogere productiviteit	Team 08	Buurtzorg 08	Nederland 08
Aantal geleverde zorguren in 2008	8.887	254.800	63.244.800
Reguliere productiviteit	50,9%	50,9%	50,9%
Buurtzorg productiviteit	57,5%	57,5%	57,5%
Benodigde fte regulier	9,33	267	66.374
Benodigde Salariskosten regulier	€ 401.042	€ 11.498.581	€ 2.854.103.068
Benodigde fte Buurtzorg	8,26	237	58.756
Benodigde Salariskosten Buurtzorg	€ 355.010	€ 10.178.744	€ 2.526.501.672
Besparing in fte	1,07	31	7.619
Besparing in salariskosten	€ 46.033	€ 1.319.837	€ 327.601.396

#### Toelichting

Een hogere productiviteit heeft te maken met het efficiënter organiseren van de zorg. Ook het efficiënt kunnen organiseren kan gecorreleerd zijn met het in meer of mindere mate bedienen van specifieke doelgroepen. Gezien onze aannames projecteren we deze organisatorische besparing op de totaal geleverde uren in 2008. De besparing wordt hier uitgedrukt in bespaarde salariskosten (minder benodigde FTE's x gemiddeld salaris). Extra onderzoek over deze kostenopbouw, het aantal geleverde zorguren, de doelgroep(en) en werkwijze is noodzakelijk en ingezet om dit scenario te onderbouwen (zie §5.4.1: Leeswijzer).

## ad 5: Lagere overheadkosten

### Uitgangspunten

De huidige thuiszorg is op dusdanige wijze ingeregeld en georganiseerd dat er relatief veel personeel werkt in de ondersteuning / overhead ten behoeve van registraties, (personeels-) planning en controle. Het versnipperen van capaciteiten en functies heeft dit alleen maar erger gemaakt. **Buurtzorg** is geheel ingericht om zoveel mogelijk administratieve taken uit het zorgproces weg te nemen door slimme ICT en door ICT slimmer in te zetten. Tevens biedt zij flexibele ondersteuning via de regiocoaches. Alle randvoorwaarden, financiering, contractering e.d. zijn centraal georganiseerd en zijn zoveel mogelijk weggehaald bij het primaire proces.

### Berekening

B5: Lagere overhead kosten	Team 08		Buurtzorg 08		Nederland 08	
Totaal budget	€ 444.340		€ 12.740.000		€ 3.162.240.000	
Totale kosten	€ 422.123		€ 12.103.000		€ 3.004.128.000	
Overhead percentage benchmark	25,8%		25,8%		25,8%	
Overhead percentage Buurtzorg	11,6%		11,6%		11,6%	
Overhead kosten benchmark	€ 108.908		€ 3.122.574		€ 775.065.024	
Overhead kosten Buurtzorg	€ 48.966		€ 1.403.948		€ 348.478.848	
Besparing Buurtzorg	€ 59.941		€ 1.718.626		€ 426.586.176	

### Toelichting

Lagere overhead kosten hebben te maken met het efficiënter organiseren van de ondersteunende diensten. Efficiënt kunnen organiseren kan gecorreleerd zijn met het in meer of mindere mate bedienen van specifieke doelgroepen, maar vooral ook met de inrichting van de ondersteuningsorganisatie (Buurtzorgweb, zelfsturende teams etc.). Gezien onze aannames projecteren we deze organisatorische besparing op het totale budget. Ervan uitgaande dat de totale kosten van instellingen 95% van het budget zijn, wordt de besparing berekend door de lagere overhead kosten. Extra onderzoek over de doelgroep(en) en de inrichting van de ondersteuningsorganisatie is noodzakelijk en ingezet om dit scenario te onderbouwen (zie §5.4.1: Leeswijzer).

## ad 6: Lager verzuim en verloop

### Toelichting

De huidige thuiszorg is op dusdanige wijze ingeregeld en georganiseerd dat er sprake is van een hoog verzuim en een nog hoger verloop. **Buurtzorg** medewerkers zijn over het algemeen meer tevreden, ervaren een lagere werkdruk, voldoende uitdaging en meer energiebronnen dan stressoren.

### Berekening

B6: Lager verzuim en lager verloop	Team 08	Buurtzorg 08	Nederland 08
Het aantal benodigde fte	9,33	267	66.374
Het verzuimpercentage Benchmark	6,30%	6,30%	6,30%
Het verzuimpercentage Buurtzorg	2,50%	2,50%	2,50%
Besparing in fte's	0,35	10,16	2.522
Besparing in euro's	€ 15.240	€ 436.946	€ 108.455.917
Het aantal benodigde fte	9,33	267	66.374
De parttime factor	1,5	1,5	1,5
Het verlooppercentage Benchmark	15,00%	15,00%	15,00%
Het verlooppercentage Buurtzorg	10,00%	10,00%	10,00%
De kosten van verloop van een medew.	€ 30.000	€ 30.000	€ 30.000
Besparing in euro's	€ 20.985	€ 601.670	€ 149.342.602
Totale besparing verzuim en verloop	€ 36.224	€ 1.038.616	€ 257.798.519

### Toelichting

De kosten van verloop worden voor een medewerker op MBO niveau geschat op €56.000 aan o.a. werving en selectie, beginnersfouten, laag productief uitwerken en inwerken, etc. (bron: Vakblad Werkgeven, 2006, no. 9). Voor de berekeningen is een conservatief getal aangehouden van €21.500, de helft van de salariskosten per FTE. Het realiseren van een hogere productiviteit (ad4) en lagere overheadkosten (ad5) komt onder andere door het realiseren van een laag verzuim en een laag verloop van personeel. Deze opbrengsten mogen *niet worden meegerekend in de besparing* omdat deze al zijn meegeteld genoemde effecten. Extra onderzoek over de marktomvang en verzuim- en verloopkosten in de thuiszorgsector is noodzakelijk en ingezet om dit scenario te onderbouwen (zie §5.4.1: Leeswijzer).



## 5.5 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn op basis van huidige inzichten in de Buurtzorgwerkwijze, brononderzoek en een aantal aannames de kwalitatieve en kwantitatieve maatschappelijke baten beschreven.

Het scenario dat dient voor de kwantitatieve analyses is de uitrol van de Buurtzorgwerkwijze (zie Hoofdstuk 3) over de relevante markten van de extramurale ABWZ sector in Nederland, met als basis volwassen teams (zie Hoofdstuk 4). Het doel was aan te tonen op 1) teamniveau, 2) Buurtzorg niveau en 3) het niveau van Nederland, welke baten in de toekomst mogelijk te kapitaliseren zijn als een bredere markt via deze werkwijze te bedienen is. Er zijn zes baten uitgewerkt die gezamenlijk het volgende beeld opleveren:

Effectievere zorgverlening				
B1: Minder uren p. cliënt p. jaar	Team 08		Buurtzorg 08	NL: Categorie 1
	€ 206.301		€ 5.915.000	€ 1.042.409.829
B2: Besparing Doorlooptijd Categorie 1	Team 08		Buurtzorg 08	NL: Categorie 1
	€ 56.397		€ 1.617.000	€ 130.756.827
B3: Afname van ongeplande crisiszorg	Team 08		Buurtzorg 08	NL: Categorie 3 + 4
	€ 3.290		€ 94.325	€ 2.930.849
Efficiëntere zorgorganisatie				
B4: Hogere productiviteit	Team 08		Buurtzorg 08	Nederland 08
	€ 46.033		€ 1.319.837	€ 327.601.396
B5: Lagere overhead kosten	Team 08		Buurtzorg 08	Nederland 08
	€ 59.941		€ 1.718.626	€ 426.586.176
B6: Lager verzuim en lager verloop	Team 08		Buurtzorg 08	Nederland 08
	€ 36.224		€ 1.038.616	€ 257.798.519
	<u>€ 371.962</u>		<u>€ 10.664.788</u>	
				<u>Theoretisch Scenario:</u>
				<u>€ 1.930.285.077</u>

Hierbij zijn de gekwantificeerde baten op teamniveau (€371.962) als praktijkscenario te beschouwen en op Buurtzorg niveau (€10.664.788) als een realistisch grotendeels op de werkelijkheid berustend scenario. Het 'Nederland scenario' (€1,9 miljard) is een theoretische doorrekening, bedoeld om de potentie van het concept te schetsen waarbij de aannames, veronderstellingen en kengetallen grondig nader onderzoek vereisen. Buurtzorg Nederland heeft dit onderzoek op vrijwel alle relevante terreinen voor het komend jaar geïnitieerd (zie §5.4.1: Leeswijzer).



BUURTZORG

**Buurtzorg Nederland**  
Conclusies maatschappelijke Businesscase (mBC)

## 6 Maatschappelijke Business Case (mBC)

Het vernieuwende aan Buurtzorg is de gehele organisatie inrichten vanuit de **nieuwe buurtzorgvisie** op de begrippen 'zorgvraag' en 'zorgorganisatie'. Buurtzorg gaat uit van de behoeften, mogelijkheden, wensen en voorkeuren van de cliënt (zorgvraag) en van de professionaliteit, regie en autonomie van de wijkverpleegkundige (zorgorganisatie), ingebed in moderne organisatieprincipes. Uitgangspunt is dat Buurtzorg vervangend, ondersteunend en aanvullend werkt. Dit leidt tot een **optimale verdeling van taken en verantwoordelijkheden** binnen het cliënt- en het zorgnetwerk (efficiënter en effectiever) en tot een **optimale ondersteuning van de zorgonafhankelijkheid en zelfredzaamheid** van de cliënt (beter en goedkoper).

De mBC van Buurtzorg Nederland is te zien als een foto van een bewegend object (55 startende teams in 2008). Om deze foto zo scherp mogelijk te krijgen is er de afgelopen maanden op vele onderdelen stilgestaan en wat meer afstand tot het object genomen, om zo een aantal basisprincipes en aannames zo scherp en helder mogelijk in het beeld te krijgen:

### 6.1 De zes bouwstenen: waarom het anders moet én kan

Deze nieuwe werkwijze gaat uit van in totaal **zes bouwstenen**, waarvan vijf 'nieuwe' bouwstenen. Het werken volgens deze betere en goedkopere werkwijze is alleen mogelijk wanneer er hoge deskundigheid wordt ingezet, de verantwoordelijkheden dicht op het primair proces bij de professional liggen en **alle bouwstenen in professioneel georkestreerde samenhang en dosering doorlopen** worden. Dat het anders moet en kan illustreert Buurtzorg Nederland:

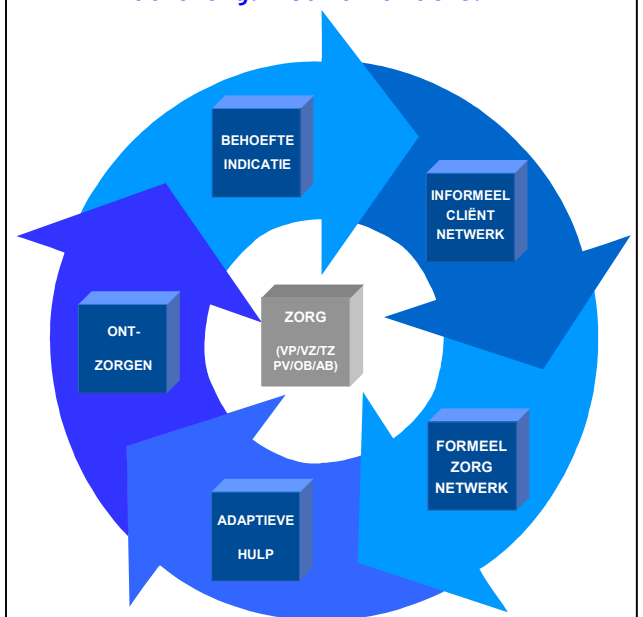
#### Het moet anders...

*Onze gezondheidszorg staat voor flinke uitdagingen: kwaliteitsverlies, vergrijzing, stijgende kosten en gebrek aan personeel. Binnen de thuiszorg zijn deze uitdagingen alleen nog maar urgenter. Cliënt, hulpverlener en systeemspelers vinden dat het fundamenteel anders moet.*

*De zorgverzekeraar bepleit dat de kosten omlaag kunnen door een meer efficiënte organisatie van de zorg. VWS bepleit dat er gewerkt moet worden aan de arbeidsmarktproblematiek. De NZa constateert een ongelijk speelveld in de thuiszorg waarin het zorgaanbod belangrijk is dan de zorgvraag en er onduidelijkheden bestaan over de geleverde productie. De branchevereniging vindt dat er iets gedaan moet worden aan het sectorimago. Gemeenten vragen om nieuwe wijk-infrastructuren voor de Wmo. En tevens laat het CIZ op punten zien dat het slechts periodiek indiceren op afstand van complexe situaties geen duurzame wijze van indiceren is.*

*Buurtzorg toont met nieuwe bouwstenen aan dat het anders kan, dat er anders gestuurd kan worden en dat de ziel weer in de thuiszorg teruggebracht kan worden. En dat levert zeer tevreden cliënten en medewerkers op.*

#### Buurtzorg: Het kan anders:



1. Behoefte-indicatie
2. Informeel cliëntnetwerk
3. Formeel zorgnetwerk
4. Zorg
5. Adaptieve hulp
6. Ontzorgen

**Beter én goedkoper.**

## 6.2 De maatschappelijke casus van Buurtzorg

Op basis van een aantal aannames, indicatoren en expert opinions is getracht een onderbouwde inschatting te geven van de [maatschappelijke effecten van Buurtzorg op 1\) Teamniveau, 2\) Buurtzorg niveau en 3\) het niveau van Nederland](#). Deze gaan uit van diverse bronnen en zorgvuldig beredeneerde omstandigheden in de verbreding en opschaling van de Buurtzorgwerkwijze:



Delen van de maatschappelijke baten vallen in andere sectoren als de Wmo of de ZVW (eerste lijn, tweede lijn). Delen zijn niet op de gehele thuiszorgmarkt te realiseren die een gevarieerd palet aan organisaties, diensten en cliëntgroepen behelst. Buurtzorg dient zich daarbij overigens, net als eenieder in goed overleg met alle stakeholders, gewoon aan alle geldende regels te houden. Uit deze mBC is echter te stellen dat de eerste tekenen (zie §3.7 en §5.4.1) van de [Buurtzorgwerkwijze erop wijzen dat op de lange termijn het overgrote deel van de markt de helft goedkoper te organiseren is](#), met beter gewaardeerde zorg en een grotere medewerkerstevredenheid.

Gelijk dient hierbij vermeld te worden dat een [herinrichting van deze markt jaren de tijd vraagt](#). Hiertoe dienen eerst de beleids- en financieringssystemen (het CIZ, verzekeraars, VWS, NZa, etc.) een draai te maken, alvorens de sector zich werkelijk uit het knellende systeem kan reorganiseren. Een belangrijk voorbeeld hiervan is het toewerken naar een interactieve en iteratieve wijze van het continu dicht op de cliënt indiceren, met name bij complexe behoefttevragen.

Het nemen van [efficiëncymaatregelen werkt volgens Buurtzorg averechts, het gaat om een langdurende systeemtransitie](#) waarin systeemspelers voor de indicatie, contractering, uitvoering en de governance nieuwe spelregels maken en de sector de tijd krijgt deze op verantwoorde wijze door te voeren.

### 6.3 Eindconclusie: mensgerichte zorg en sturing op outcome

Buurtzorg pleit daarmee dan ook niet voor meer of minder middelen maar voor **meer ruimte, oplossingsgericht en wijkgericht werken en een mandaat aan de professional** die deze zorg zelf verantwoord en efficiënt inricht. De huidige systeemprikkels sturen op kosten per uur, de indicaties lang in standhouden en complicerende differentiaties naar functies, klassen, zorgzwaarten en bandbreedten leidend tot een hoge overhead en functieknippen. Buurtzorg laat zien dat het beter is deze te vervangen door **prikkels voor totale cliënt- of casekosten**, met een controle en verantwoording die recht doen aan de complexe situaties per case en het vertrouwen in de professional. Een systeem waarin aanbodgerichte taak- en handelingsgerichte functies en differentiaties (bijvoorbeeld wassen van het bovenlichaam) niet langer leidend zijn. Waarin er gezonde prikkels zijn om **het cliëntstelsel en de context oplossingsgericht te beïnvloeden** en bij mensen hun zelfstandigheid optimaal te bevorderen. Daaruit valt de meeste winst te behalen door alle vijf aanvullende bouwstenen optimaal de ruimte te geven en weer in de handen te leggen van deskundige en bevlogen professionals.

Dit resulteert volgens Buurtzorg Nederland in een **meer mensgerichte zorg met sturing op outcome en gezondheidswinst**, met inachtneming van een zekere mate van ondeelbaarheid van de mens én zijn zorgbehoeften. Uit de bovenstaande maatschappelijke Business Case blijkt dat de sector een hoge mate van procesvariatie, complexiteit en multidisciplinairiteit in zich draagt, die zich moeizaam laat vatten in de huidige functiegerichte bekostiging en verantwoordingsstructuren. **Het is tijd voor transitie.**

*Buurtzorg Nederland werkt momenteel binnen het Transitieprogramma maar ook in de toekomst graag mee aan deze transitie naar een meer mens- en outcomegericht systeem. Deze systeemtransitie is geen eenvoudige opgave, maar volgens Buurtzorg wel noodzakelijk, beter (effectiever) én goedkoper (efficiënter).*

*Met vriendelijke groet,*

