

## Werken in de wijk als zelfstandig opererende professional

# ‘Buurtzorg’ wint Best Practice Award

**Op 12 mei hield V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen haar zevende jaarcongres met als titel ‘Op weg naar betere zorg. Meebewegen in transities’. Een keur aan sprekers belichtte vanuit meer en minder verrassende hoeken in lezingen en workshops het voor verpleegkundigen essentiële thema van transities in de zorg. Tijdens het congres werd een prijs toegekend aan de beste posterinzending. De jury koos Buurtzorg uit als het project dat het meest innovatief is en het meest van belang voor de beroepsgroep. Op 21 juni werd aan dit project ook de Best Practice Award 2007 toegekend. Wat is Buurtzorg? TvZ ging het vragen bij initiator Jos de Blok.**

Op 1 december 2006 kwam in Enschede de eerste cliënt in zorg bij het eerste team van Buurtzorg. Deze nieuwe loot aan de thuiszorgstam is opgericht als reactie op de verdergaande bureaucrativering en economisering van de grote thuiszorgorganisaties en heeft als motto ‘De wijkverpleegkundige terug in de wijk en terug in de zorg’. Jos de Blok – verpleegkundige van beroep, wijkverpleegkundige in hart en nieren en de laatste jaren gepokt en gemazeld als manager bij een grote thuiszorgorganisatie – nam het initiatief, samen met een paar kompanen die zijn visie delen. De Blok: ‘Wijkverpleegkundigen worden steeds meer teruggedrongen in de marge van de eerste lijn: ze zijn aan het coördineren en het coachen en raken steeds verder weg van de patiënt en uit het oog van de huisarts. Huisartsen snappen er niets van dat thuiszorgorganisaties geen energie steken in de samenwerking met hen.’ De Blok snapt

het wél: ‘De grote organisaties staan onder toenemende druk om tegen de laagst mogelijke kosten een zo hoog mogelijke productie te halen en dat doen ze door de laagst opgeleiden in te zetten voor zorgtaken. Ze zijn niet meer zorggericht, maar economiegericht.’ Hij is ervan overtuigd dat ze anders zouden kunnen, want: ‘Het is een beleidskeuze om niets te doen aan de overhead, om al die kostbare ondersteuningsstructuren ongemoeid te laten en wél te bezuinigen op de inzet van zorgverleners’.

### Zelfstandig opererende professionals

‘Bij Buurtzorg staat het team van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden centraal. Het team is ons bestaansrecht’, zegt De Blok. ‘Het bestaat uit professionals op hbo-niveau die weten waar ze voor staan en die hun vak goed bijhouden en uit prima mbo-geschoolde wijkziekenverzorgenden. Om zo’n stabiel en zelfstandig opererend team heen bouwen we de faciliterende organisatie op, heel sober. We maken afspraken over hoe de teams zich verantwoorden, welke resultaten ze moeten behalen en hoe ze ondersteund worden. Een full-time leidinggevende is niet nodig, een team kan een coach inhuren voor een paar uur als daar behoefte aan is.’ De zorg voor een cliënt van Buurtzorg is zoveel mogelijk in handen van één en dezelfde zorgverlener; wie de intake doet voert ook de zorg uit. De wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende is in de visie van De Blok de

persoonlijke begeleider van de cliënt. Hij ziet dat als een voorwaarde voor professioneel handelen. ‘Alleen dán kun je de verantwoordelijkheid voor de zorg nemen, de vraag achter de vraag zien, anticiperen op ontwikkelingen en tijdig ingrijpen’. Hij vindt dat we in de Nederlandse thuiszorg niet meer kijken welk zorgaanbod voor die mens in die situatie het beste is, maar: ‘We zijn aan het verzorgen. Lijstjes afvinken. Wasbeurt geven, kousen aantrekken’. Effectieve zorg geven betekent steeds de context in de gaten houden, kijken wat er speelt, samen met de cliënt doelen stellen, zo nodig het netwerk van de cliënt activeren. Maar het betekent ook dat je je afvraagt hoe de zorg afgebouwd of beëindigd kan worden. ‘Dat is een subtiel proces dat zich moet afspelen op zo’n manier dat de cliënt het als voordeel, als winst ziet: Ik kan het weer zelf! Zorgonafhankelijk zijn is een groot goed. Dat te bereiken vergt een verpleegkundige manier van kijken, gericht op effectief handelen.’

### Intake en indicatie

De huidige manier van indiceren en financieren zorgt in de ogen van De Blok voor perverse prikkels. Hij vertelt dat Buurtzorg een cliënt in zorg had voor terminale zorg. Het CIZ indiceerde een ‘terminaal pakket’: 80 uur zorg per week. Buurtzorg leverde ongeveer zeven uur; iedere dag een uur. Zoveel was slechts nodig om optimale zorg te kunnen bieden. De ene situatie is nu eenmaal de andere niet. De wijkverpleegkundige van Buurtzorg luisterde naar de wens van de cliënt en diens naasten en leverde wat gevraagd werd. ‘Maar dat soort keuzes worden door thuiszorgorganisaties veelal niet meer gemaakt: 80 uur zorg is geïndiceerd, dus wordt daar zoveel mogelijk van gerealiseerd.’

Dat ligt niet aan de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden; die houden hun waarden hoog. Maar de organisatie ondersteunt hen daar niet in en daarom gaat het steeds vaker mis. De Blok: ‘In mijn oriënterende gesprekken met ziektekostenverzekeraars probeer ik dat duidelijk te maken: als je de zorg anders aanpakt krijg je betere zorg en

De **Best Practice Award** wordt jaarlijks tijdens het evenement Best Practices toegekend aan het beste initiatief in zorg, welzijn en wonen.

Best Practices wordt georganiseerd door Instituut KMBV, VDZ Nederland, ActiZ, GGZ Nederland, MOGroep, VGN, Vilans, ABN AMRO, SDB Groep en ZE Magazine. Doel is de onderlinge kennisuitwisseling tussen bestuurders, directeuren en beleidsmakers binnen zorg, welzijn en wonen te bevorderen.



Foto: Eric Brinkhorst

Jos de Blok: 'Grote organisaties zijn niet meer zorggericht, maar economiegericht'

op den duur lagere kosten. Verzekeraars zijn helemaal niet zo geïnteresseerd in lage kosten per uur, maar wel in lagere kosten per cliënt.' De Blok legt uit: 'Niet de indicatie moet de leidraad zijn voor de inzet van deskundigheid maar de intake: de vraag van de cliënt en het eigen professionele antwoord daarop. De indicatie is niet meer dan een verzekeringstechnische procedure om betaling veilig te stellen. Als een wijkverpleegkundige vindt dat een bepaalde zorgvraag de inzet nodig maakt van een hoger deskundigheidsniveau dan de indicatie suggereert, dan moet ze dat bespreken met de indicatieadviseur. Dat vraagt enige relationele vaardigheid, maar daar is zij professional voor. Ze heeft zorginhoudelijke argumenten en veel indicatieadviseurs zijn afkomstig uit de zorg, dus als je samen zo'n situatie analyseert... Op organisatieniveau praat ik met zorgkantoren en medewerkers

van regionale CIZ'zen. Dan gaat de discussie over het feit dat de inzet van hogere deskundigheid een betere sturing van het zorgproces en meer effectiviteit van de zorg betekent.'

## Waarden

Buurtzorg streeft ernaar de wijkverpleegkundige teams in nauwe samenwerking met huisartsen op te bouwen, waarbij ondersteuning van de huisarts(en) een van de diensten is die geleverd kan worden. 'Synergie kweken, daar gaat het om', aldus De Blok. Hij is ervan overtuigd dat zijn organisatie inmiddels staat en alleen nog maar kan groeien en bloeien. 'Ik ben zo overtuigd van mijn verhaal, het zit zo diep en ik heb zo goed voor ogen hoe het zich moet ontwikkelen, samen met de mensen die al bij ons aan de slag zijn en die hetzelfde willen als ik. We spreken dezelfde taal, delen dezelfde waarden. Het is hard werken, maar tot nog toe schatten we de risico's goed in. Ik word enorm geïnspireerd door mensen die het zien zitten en dat zijn er heel veel; ook in de landelijke beleids sfeer. Ik ben er trots op dat we door ActiZ zijn geselecteerd om mee te doen aan het Transitieprogramma langdurige zorg, waarin gekeken wordt naar de effecten van structurele innovaties in de thuiszorg.

## Buurtzorg in de praktijk

Wijkverpleegkundige Marja de Leeuw startte op 1 juni samen met een collega het Buurtzorgteam in Elst, nadat zij al langer betrokken was geweest bij de voorbereiding. 'Ik vind het zo leuk om weer met alle facetten van het wijkverpleegkundige werk te maken te hebben: de zorg, de organisatie van de zorg en de contacten met andere zorgverleners. Dat heb ik zo gemist; veel erger dan ik me realiseerde.' Op een door haar georganiseerde informatieavond om nieuwe medewerkers voor het team te werven kwamen 32 belangstellenden van wie meer dan de helft inmiddels gesolliciteerd heeft. 'Om zo te kunnen werken ben ik wijkverpleegkundige geworden', zei een van hen. Wijkverpleegkundige Marianne Frank is een maand langer in dienst bij Buurtzorg. Zij werkt in Utrecht; haar team bestaat uit vijf wijkverpleegkundigen en een wijkziekenverzorger. 'De uitgangspunten van Buurtzorg zijn niet echt heel nieuw', zegt zij, 'kijk maar naar het rapport Wijkverpleging met elan<sup>1</sup>, dat bevat allerlei elementen die Buurtzorg probeert te realiseren. Maar blijkbaar heb je voor echt nieuw elan ook een

echt nieuwe organisatie nodig.' Zij voelt haar huidige werkplek als een bevrijding: 'Ik voel me nu eindelijk door mijn organisatie ondersteund in mijn visie op goede zorg. En ik kan bijna niet geloven dat ik niet langer elke minuut van mijn werktijd hoeft te verantwoorden'. Frank vindt Buurtzorg met name geschikt om zorg te bieden in complexe situaties, omdat zoveel mogelijk één op één wordt gewerkt. Daardoor is de continuïteit gewaarborgd en heeft de cliënt een vast aanspreekpunt: 'Dat biedt houvast en dat is vaak heel erg nodig'. ■

## Nawoord

Belangstellenden kunnen kennis nemen van de diverse presentaties tijdens het LVW-congres op [www.lvw.nl/congressen/jaarcongres2007](http://www.lvw.nl/congressen/jaarcongres2007).

## Noot

1 Het onderzoek naar de problemen en wensen van wijkverpleegkundigen *Wijkverpleging met Elan. Spil in de zorg bij mensen thuis* (NIZW, 1999) was in het jaar 2000 de opmaat voor het oprichten van de Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen, thans V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen. Het onderzoek werd gevolgd door een strategisch plan voor de toekomst.

## Buurtzorg als organisatie

De Blok is samen met Rieneke Metselaar (HR-manager) en Gonnie Kronenberg (bureaumanager) aan het avontuur van Buurtzorg begonnen. Huisarts Dick Walstock voegde zich na enige tijd bij hen om de aansluiting met huisartsen te bewerkstelligen. Gerard de Jong, die zorgt voor de continuïteit, completeert het centrale team. Met zijn vijven regelen ze – de meesten op parttime basis – de ondersteuning van de zorgteams: administratie (registratie van de zorg geschiedt digitaal via PDA's), personeelsbeleid, kwaliteitssysteem (handboeken) en bijscholing. Behalve in Enschede zijn er Buurtzorgteams (aan het opstarten) in Almelo, Amersfoort, Amsterdam, Baarn, Bemmelen, Den Haag, Elst, Utrecht en Steenwijk/Meppel. De teams bestaan uit professionals op mbo- en hbo-niveau (3-5). Inmiddels zijn er zo'n 30 mensen werkzaam.

Meer informatie: [www.buurtzorgnederland.com](http://www.buurtzorgnederland.com).