

# DOMEINOVERSTIJGEND SAMENWERKEN IN DE PRAKTIJK

## EINDRAPPORTAGE MONITORING & EVALUATIE

**KLANT**  
**KENMERK**  
**AUTEURS**  
**DATUM**  
**VERSIE**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
VdB/bv/000979  
Vera de Berk, Lieke van de Camp, Wouter Jongebreur, Eline Reiff en Maaïke Jongerius  
Januari 2021  
Definitief

## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>4</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1. Achtergrond, aanleiding en doelstelling</b>	<b>12</b>
1.1 Domeinoverstijgend samenwerken	12
1.2 Beoogde werkwijze in de experimenten	12
1.3 Doelstelling experimenten	13
1.4 Doelstelling en onderzoeksvragen monitoring en evaluatie	14
1.5 Doelstelling procesevaluatie en actieonderzoek	14
1.6 Onderzoeksverantwoording op hoofdlijnen en leeswijzer	15
1.7 Expertgroep	16
1.8 Ondersteuning aan de experimenten	16
1.9 Invloed van het coronavirus op de experimenten	17
<b>2. Werkwijze en voortgang per regio</b>	<b>18</b>
2.1 Contextcijfers Dongen, Ede en Hollandscheveld	18
2.2 Dongen	20
2.3 Ede	22
2.4 Hollandscheveld	23
<b>3. Procesevaluatie</b>	<b>25</b>
3.1 Dongen	25
3.2 Ede	26
3.3 Hollandscheveld	28
<b>4. Wat werkt veranderkundig?</b>	<b>30</b>
4.1 De essentie van de verandering	30
4.2 Werkende principes	30
4.3 Uitdagingen domeinoverstijgend samenwerken	32
<b>5. Evaluatie van de kwalitatieve en kwantitatieve effecten</b>	<b>33</b>
5.1 Kwalitatieve effecten	33

5.2	Kwantitatieve effecten	44
<b>6.</b>	<b>Conclusies</b>	<b>50</b>
6.1	Ervaringen	50
6.2	Effecten	51
6.3	Doelmatigheid en effectiviteit	51
<b>A.</b>	<b>Onderzoeksverantwoording</b>	<b>54</b>
A1	Aanpassingen opzet evaluatie	54
A2	Invloed uitbraak coronavirus op de experimenten	54
A3	Vergelijking beschikbare regiogegevens op metaniveau	55
A4	Monitoren zorggebruik en ervaringen geïnccludeerde cliënten door middel van 40 mini-businesscases	55
A5	Ophalen ervaringen cliënten en naasten (rijke verhalen)	57
A6	Medewerkertevredenheid	57
A7	Ophalen ervaringen bij stakeholders over de werkwijze van domeinoverstijgend samenwerken	58
A8	Een kennissessie op uitvoeringsniveau om tussen de verschillende regio's van elkaar te leren	58
<b>B.</b>	<b>Format kwantitatieve uitwerking mini-businesscase</b>	<b>60</b>
<b>C.</b>	<b>Format kwalitatieve uitwerking mini-businesscase</b>	<b>61</b>

---

## Voorwoord

Halverwege 2018 startten we met opdracht om drie experimenten te monitoren en te evalueren. De experimenten hadden één centraal thema en doel: domeinoverstijgend samenwerken, primair gericht op kwetsbare ouderen. In Dongen, Ede en Hollandscheveld was het geloof in domeinoverstijgend samenwerken zo groot dat ze de moeiten hebben getrotseerd en het geduld hebben opgebracht om daadwerkelijk van start te gaan met deze experimenten. De kern van de experimenten is hetzelfde, maar de insteek en vormgeving van de werkwijzen zijn verschillend. Hoofdrolspeeler in domeinoverstijgend samenwerken is de leefcoach (CCD Dongen), arrangeur (DOS / Thuis Geven in Ede) of maatwerker (DOS Hollandscheveld). Die zorgt voor verbinding over de domeinen heen en daarmee voor meerwaarde voor de cliënt.

We zijn verheugd dat we gedurende de afgelopen tweeëneenhalf jaar getuige mochten zijn van de kracht van domeinoverstijgend samenwerken en de overtuigende effecten die hieruit naar voren zijn gekomen.

Dat betekent niet dat het proces naar deze uitkomsten en onze rapportage hierover eenvoudig waren. Dit geldt zowel voor de betrokkenen in de experimenten zelf als ook voor onze opdrachtgever (het ministerie van VWS) en voor ons als onderzoekers. Zowel in de organisatie en de uitvoering in de experimenten als ook in de monitoring (kwalitatief en kwantitatief) was het zoeken naar een goede manier om de effecten zichtbaar te maken. Niet omdat ze er niet waren, maar wel omdat het vraagt om een benadering die 'van dichtbij' meekijkt en vanuit casuïstiek inzichtelijk maakt wat de meerwaarde is en kan zijn van domeinoverstijgend samenwerken. We hebben meerdere wegen bewandeld en zijn uiteindelijk gekomen tot het werken met mini-businesscases en rijke verhalen. Door de effecten die daaruit zichtbaar 'op te tillen' zijn we gegroeid in de overtuiging dat domeinoverstijgend samenwerken niet eenvoudig is, maar wel duidelijk meerwaarde heeft; zowel kwalitatief voor de cliënt en dienst naaste, als ook kwantitatief in termen van effectiviteit en doelmatigheid.

De mensen die in de experimenten het verschil hebben gemaakt en ook vanuit betrokkenheid en enthousiasme hun ervaringen hebben willen delen met ons, verdienen wat ons betreft een groot compliment. We zijn hen dankbaar voor hun tijd en inzet ten behoeve van de monitoring en evaluatie.

We willen onze directe samenwerkingspartners bij VWS en het programma Waardigheid en Trots, de direct betrokkenen binnen de experimenten, en de deelnemers aan de regionale project-, begeleidings- en/of stuurgroepen en de expertgroep bedanken voor de plezierige samenwerking gedurende de afgelopen tweeëneenhalf jaar. De complexe materie en het soms weerbarstige proces hebben we samen met plezier en succes 'doorstaan'. Daar kunnen we met trots op terugkijken. We hopen dat de positieve uitkomsten van de experimenten leiden tot navolging in het domeinoverstijgend samenwerken.

Het onderzoeksteam van Significant Public,

Vera de Berk  
Lieke van de Camp  
Wouter Jongebreur (projectleider)  
Maaïke Jongerius  
Eline Reiff

---

## Managementsamenvatting

### Drie experimenten domeinoverstijgend samenwerking uitgevoerd en geëvalueerd

#### *Domeinoverstijgend samenwerken is nodig voor ouderen met complexe problematiek*

Het zorgstelsel in Nederland is ingericht in een aantal domeinen: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) met primair verantwoordelijke organisaties, respectievelijk: gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Voor veel mensen werken deze domeinen goed en efficiënt. Een belangrijk deel van de behoefte aan zorg en ondersteuning past binnen de uitvoering van deze domeinen. Echter, we kennen ook voorbeelden van ouderen die zorg en ondersteuning nodig hebben en aanlopen tegen de weerbaarheid van 'het systeem'. Bij de groep kwetsbare ouderen met gecombineerde klachten van lichamelijke en cognitieve aard zien we een soms langdurig ziekteverloop met een steeds complexer wordende zorgvraag. Een zorgvraag die de verschillende financieringsdomeinen (Wmo, Zvw en Wlz) overstijgt. Om ook voor deze groep samenhang in de zorg en ondersteuning te organiseren kan domeinoverstijgend samenwerken uitkomst bieden. Het primaire doel van domeinoverstijgend samenwerken is verbetering van de kwaliteit van leven van cliënten en naasten door ondersteuning te bieden in de 'regie op het eigen leven' en door de inzet van informele zorg. Daarnaast is de doelmatigheid van de zorg een belangrijk doel. Het is belangrijk dat de zorg betaalbaar blijft, juist ook aangezien de doelgroep kwetsbare ouderen steeds groter wordt.

#### *Concrete werkwijzen in drie experimenten (in Dongen, Ede en Hollandscheveld)*

Om concrete werkwijzen voor domeinoverstijgend samenwerken uit te proberen vinden er drie experimenten plaats. De experimenten worden uitgevoerd in drie regionale contexten, te weten: Dongen, Ede en Hollandscheveld. De uitdaging bij domeinoverstijgende samenwerking is het integraal organiseren van de zorg en ondersteuning voor kwetsbare burgers. De doelgroep van dit experiment betreft kwetsbare ouderen met gecombineerde klachten van lichamelijke, psychische en

cognitieve aard, op het gebied van hun mobiliteit en in het sociale netwerk. We onderscheiden binnen deze groep: cliënten die op het moment van inclusie nog niet in aanmerking komen voor een indicatie vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) en cliënten waarbij dit naar verwachting wel het geval is. Binnen deze laatste groep onderscheiden we cliënten die met zorg en ondersteuning uit de Wmo en/of de Zvw langer thuis kunnen blijven wonen en cliënten waarbij (direct of later) wel zorg op basis van de Wlz ontvangen in een leveringsvorm thuis (MPT of VPT). Een belangrijk gezamenlijk element binnen de experimenten is om kwetsbare burgers de regie terug te geven en/of te laten behouden over hun eigen leven. Per cliënt wordt een eigen vaste contactpersoon ingezet. In Ede is dit de arrangeur, in Dongen de leefcoach en in Hollandscheveld de maatwerker. We noemen deze contactpersoon in verband met de leesbaarheid van het stuk "arrangeur" wanneer we het overkoepelend over de drie experimenten hebben. De arrangeur zorgt samen met de cliënt en zijn of haar verwanten voor een verkenning van de startsituatie (de al aanwezige (informele en formele) zorg en ondersteuning). Samen wordt gekeken naar de gewenste situatie, waarbij naast de inzet van professionele zorg, (vooral) ook de inzet en betrokkenheid van de informele (mantel)zorg wordt besproken. Dit wordt vervolgens beschreven in een integraal ondersteuningsplan. De arrangeur kan over domeinen heen handelen (heeft mandaat om in het kader van dit experiment indicaties voor de Wmo te stellen of te bespoedigen), heeft een brede blik op alle typen zorg en ondersteuning en kiest samen met de cliënt de meest passende oplossing. Aansluitend zorgt de arrangeur voor een gestroomlijnd aanbod van zorg en ondersteuning.

#### *Doel van de experimenten: kwaliteit van leven verbeteren (langer thuis) en doelmatigheid als nevendoeel*

Het doel van de experimenten is om kwetsbare ouderen zo lang mogelijk het leven te laten leiden dat ze graag willen leiden. Daarnaast is het doel dat het zorggebruik afneemt, omdat gedurende langere tijd duurdere vormen van zorg worden voorkomen of uitgesteld en minder kostbare (informele en formele) vormen van zorg en ondersteuning worden ingezet voor de cliënt en diens naaste(n). Het uitgangspunt is dat de experimenten worden uitgevoerd binnen het geheel van de bestaande, beschikbare middelen voor deze doelgroep vanuit de drie financieringsdomeinen

---

(Wmo, Zvw en Wlz) samen. De verwachting is dat dit experiment op het niveau van de drie domeinen tezamen leidt tot doelmatigheidswinst. Op basis van ervaringen van zorgaanbieders met deze groep cliënten is de verwachting dat het aanvragen van een Wlz-indicatie ten behoeve van het verblijf in een intramurale setting kan worden uitgesteld of zelfs voorkomen. De zorgorganisaties en betrokken partijen (verzekeraars, gemeenten en zorgkantoren) hebben gezamenlijk als doelstelling geformuleerd dat de zorg maatschappelijk gezien beter en doelmatiger (en daarmee goedkoper) kan. Om deze verwachting te toetsen, monitoren de samenwerkende partijen de effecten van de experimenten. In de monitor wordt het gebruik van ondersteuning en zorg zowel inhoudelijk als financieel gevolgd.

#### *Onafhankelijk onderzoek waarin domeinoverstijgend werken (in de drie contexten) wordt geëvalueerd*

Onderzoeks- en adviesbureau Significant Public heeft in opdracht van het ministerie van VWS de evaluatie van deze experimenten uitgevoerd. Onderdeel van de evaluatie was ook een procesevaluatie en actieonderzoek om te achterhalen wat werkzame elementen zijn en wat er nodig is om domeinoverstijgende samenwerking tot een succes te maken. In de evaluatie is gekeken naar de kwalitatieve effecten door middel van het ophalen van rijke verhalen van cliënten en naasten. Daarnaast zijn ervaringen van medewerkers opgehaald middels een vragenlijst, het houden van interviews en door het uitvoeren van actieonderzoek. Daarnaast is gekeken naar de kwantitatieve effecten van domeinoverstijgend samenwerken door middel van het analyseren van 40 casussen in de vorm van mini- businesscases. Daarnaast is vastgesteld of de doelstelling met betrekking tot maatschappelijke effectiviteit en doelmatigheid is bereikt en wat er voor nodig is om de werkwijze ook elders te starten en te laten werken.

### **De drie experimenten in Dongen, Ede en Hollandscheveld**

#### *Community Care Dongen*

In Dongen hebben stichting Maria-Oord, de gemeente Dongen, en VGZ (zorgkantoor en zorgverzekeraar) de handen ineengeslagen voor het experiment

domeinoverstijgend samenwerken. De basis voor het experiment is het concept Community Care Dongen (CCD). Het werken volgens CCD gaat uit van een sterke wisselwerking tussen formele en informele zorg. De werkwijze wordt kleinschalig benaderd. Een belangrijk speerpunt in de werkwijze is het actief betrekken van het privédomein van de cliënt en de lokale gemeenschap. Het doel van CCD is om aan te tonen dat het organiseren van zorg vanuit één integraal perspectief bijdraagt aan het langer verantwoord thuis blijven wonen. Daarnaast moet het de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen verhogen tegen mogelijk lagere maatschappelijke kosten. Leefcoaches kunnen in hun spilfunctie de zorg- en welzijnssteuning organiseren over de grenzen van de financieringsdomeinen heen. De leefcoaches worden in het kader van het experiment door zorgverzekeraar VGZ vergoed. Tot aan dit moment zijn er in Dongen 74 cliënten geïncludeerd, waarvan er 8 zijn overleden en 28 zijn opgenomen in een verpleeghuis. Op dit moment zitten er 38 cliënten in de pilot.

Medewerkers van Maria-Oord hebben een specifieke scholing over domeinoverstijgende samenwerking gekregen. Aan de scholing hebben de volgende groepen medewerkers deelgenomen: de zorg en huishoudelijke dienst (samen in een scholingsgroep), leefcoaches en aanjagers (ambassadeurs van de aanpak vanuit zorg en huishoudelijk dienst). Kerntraject is de training *“De kracht van Community Care”* geweest, om zo medewerkers mee te nemen in het gedachtegoed van CCD. Het gaat hierbij om kennis, houding en vaardigheden. Belangrijke onderdelen van de training zijn: vanuit verschillende rollen ondervinden wat het betekent om onderdeel te zijn van de community, het gesprek over het welzijn van de cliënt aangaan met behulp van de positieve gezondheid van Machteld Huber en het leren kennen en benutten van je netwerk. De inhoudelijke borging van de kennis wordt vormgegeven door vervolgotrainingen, themabijeenkomsten, de inzet van een reflectietool en het inwerken van nieuwe medewerkers. De reflectietool is een instrument om samen met collega's te praten over situaties die vragen oproepen en om persoonsgerichte oplossingen meer in de praktijk te brengen. Samen leren en verbeteren is hiermee een belangrijk onderdeel van CCD.

---

Werkzame elementen die in CCD naar voren zijn gekomen in het onderzoek zijn: het overzichtelijke karakter vanwege de kleinschalige opzet, de bestuurder als belangrijke inspirator, de intrinsieke motivatie van de leefcoaches, het breed gedragen gedachtegoed (onder andere door een breed ingezette training), de bekendheid van CCD bij burgers (verhaal blijven vertellen) en de inzet van een externe projectleider als trekkende kracht. De uitdaging is om verbinding te blijven leggen tussen het bestuurlijke en uitvoerende niveau bij de betrokken organisaties.

#### *Thuis geven in Ede*

In Ede gebruiken zorgorganisatie Opella, de gemeente Ede en Menzis (zorgkantoor en zorgverzekeraar) het experiment domeinoverstijgend samenwerken om een nieuwe werkwijze binnen de bestaande stelsels te realiseren. De gedragsverandering van zorgprofessionals moet hierbij worden geborgd. Opella brengt dit onder in de werkwijze *Thuis geven*. Opella wil de zorg en ondersteuning samenhangend organiseren met één klant, één plan, één arrangeur (wijkverpleegkundige of casemanager dementie), die kan handelen over alle domeinen heen. Professionals keren daarbij terug naar de basis door oog en oor te hebben voor wat voor cliënten echt belangrijk is en wat hem of haar voldoening geeft. Daarbij werken ze klantvolgend dwars door de domeinen van gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor heen. Deze nieuwe werkwijze vraagt om een cultuuromslag waarbij anders wordt gekeken naar de uitdagingen van het dagelijks leven. De uren die de arrangeurs besteden aan het experiment worden betaald vanuit de Zvw. In Ede zijn tot nu toe in totaal 89 cliënten geïncludeerd. Hiervan zijn er 26 opgenomen in een zorginstelling en zijn er 6 mensen overleden. Nu zitten er nog 57 cliënten in het experiment.

Om de nieuwe werkwijze in de praktijk te kunnen brengen en in de rol van arrangeur te kruipen, volgen wijkverpleegkundigen en casemanagers dementie gedurende acht maanden het leerpad *Thuis geven*. Het leerpad bestaat uit praktijkopdrachten en twee trainingen: *Zingeving* (vijf dagdelen) en *Arrangeur in regie* (zes dagdelen). Eind 2019 hebben 23 hbo-verpleegkundigen (inclusief drie casemanagers dementie) in de

thuiszorg in Ede de trainingen gevolgd. Daarnaast krijgen medewerkers in de thuiszorgteams een op het team afgestemde training.

Werkzame elementen die in Ede naar voren zijn gekomen, zijn het brede productaanbod waardoor binnen de organisatie domeinoverstijgend gewerkt kan worden, de programmatische aanpak voor een bredere uitrol (het schip van de wal krijgen), de Opella Experience die is gehouden in het teken van Thuis Geven en het versterkte draagvlak bij personeel, mede door een inspirerende spreker. De volgende uitdagingen zijn naar voren gekomen: de lange aanloop van het experiment, in eerste instantie de regellast voor medewerkers (is inmiddels verbeterd door te focussen op de kernaspecten), een interne projectleider die 'het eraan moet doen', en het verkrijgen en behouden van draagvlak vanwege de brede uitrol van *Thuis geven*, waar het experiment onderdeel van is.

#### *Domeinoverstijgend samenwerken in Hollandscheveld*

Eind 2018 hebben in Hollandscheveld zorgorganisatie NNCZ, de Dorpscoöperatie Hollandscheveld Verbindt, de gemeente Hoogeveen, Zilveren Kruis (zorgkantoor en zorgverzekeraar) en zorgaanbieders Icare, Buurtzorg en Beter Thuis Wonen, de samenwerkingsovereenkomst getekend voor een driejarig experiment domeinoverstijgend samenwerken (DOS). Met DOS Hollandscheveld wordt getracht de zorg en ondersteuning voor kwetsbare mensen in Hollandscheveld te verbeteren en duurzaam in te richten. DOS Hollandscheveld richt zich op alle kwetsbare inwoners die 18 jaar of ouder zijn, thuiswonend in Hollandscheveld, met een (professionele) hulpvraag aan de dorpscoöperatie of deelnemende zorgaanbieders. Uniek aan het experiment in Hollandscheveld is de betrokkenheid van de dorpscoöperatie Hollandscheveld Verbindt als mede-initiatiefnemer van het experiment, die de Wmo-ondersteuning voor alle inwoners regelt in Hollandscheveld. Met het experiment DOS Hollandscheveld willen de samenwerkingspartners aantonen dat het organiseren van zorg en ondersteuning vanuit één integraal perspectief bijdraagt aan een beter antwoord op de vraag van de kwetsbare inwoner dan vanuit het perspectief van de verschillende financieringsdomeinen. Centraal staat het betrekken van de omgeving

---

van de cliënt en waar mogelijk het burgerinitiatief, zodat de kwetsbare inwoner langer verantwoord thuis kan blijven wonen en de kwaliteit van leven verhoogt, mogelijk tegen lagere maatschappelijke kosten. Er zijn in Hollandscheveld 70 cliënten geïnccludeerd, waarvan er 4 zijn opgenomen en 7 zijn overleden. Op dit moment zitten er 59 cliënten in het experiment.

De dorpsregisseur in Hollandscheveld is uitsluitend verantwoordelijk voor het regelen van de zorg- en welzijns ondersteuning. De dorpsregisseur is in 2015 aangesteld en is bevoegd om zelfstandig Wmo-voorzieningen voor inwoners te regelen. Er is een team van *maatwerkers*, bestaande uit de dorpsregisseur en wijkverpleegkundigen. Inmiddels zijn er twee maatwerkers actief per organisatie, die arrangementen met informele en formele zorg kunnen samenstellen. Via de dorpsregisseur kunnen de maatwerkers van de zorgaanbieders ondersteuning vanuit de Wmo inzetten. De maatwerkers van de vier zorgaanbieders en de dorpsregisseur die als vaste partners en aanspreekpunten voor de deelnemers van het experiment fungeren, vormen een belangrijke basis van DOS Hollandscheveld. Zij zijn verantwoordelijk voor het opstellen en beheren van een integraal ondersteuningsplan van de cliënt en zijn of haar naast(en). De maatwerkers benaderen iedere hulpvraag in eerste instantie vanuit het perspectief van informele zorg. Hiervoor kunnen ze gebruik maken van de inzet van vrijwilligers van de dorpscoöperatie Hollandscheveld Verbindt, of nodigen ze inwoners van Hollandscheveld uit om zich in te zetten voor hun dorpsgenoten. Daarnaast zijn de maatwerkers in staat om zorg (en ondersteuning) op basis van de behoefte van de cliënt middels korte lijnen snel in te zetten, zowel vanuit de Zvw als de Wmo.

Werkzame elementen die in DOS Hollandscheveld naar voren gekomen, zijn: het doorzettingsvermogen van de bestuurder van de initiatief nemende zorgorganisatie, het commitment van de dorpscoöperatie, een door de gemeenschap gedragen visie, en de trekkracht van een externe projectleider. De uitdagingen waren en zijn: commitment op bestuurlijk en uitvoeringsniveau en (blijvende) betrokkenheid van en samenwerking tussen meerdere zorgaanbieders die DOS op eigen manier implementeren en uitvoeren.

## De essentie van de verandering, werkende principes en uitdagingen

Het gaat in de experimenten niet simpelweg om het aanpassen van enkele werkprocessen, maar om een transformatie (in de manier van kijken, denken en doen) van betrokken partijen. Complexere problematiek van dementerende ouderen houdt zich niet aan de grenzen van de zorgstelsels. Om deze problematiek hanteerbaar te maken is ook een werkwijze nodig die de grenzen van de verschillende domeinen overstijgt. Dit vraagt om het voelen van en willen werken aan de gezamenlijke opgave die dit met zich meebrengt, waarin de cliënt echt centraal staat. Dat is eenvoudiger gezegd dan gedaan. De stelsel hebben ieder hun eigen regels, werkwijze, betrokken partijen, expertise, et cetera. En deze zijn vaak sterk 'doorgeorganiseerd' in (aansturing van) de uitvoering bij zorgorganisaties. Daarom vraagt domeinoverstijgend samenwerken om een transformatie en niet alleen om het optimaliseren van (bestaande) processen.

In de experimenten kunnen de rol en doorzettingsmacht van de leefcoach, arrangeur of maatwerker het verschil maken. Ze krijgen de ruimte en de tijd om (aan de voorkant) te investeren in het gesprek met de cliënt en diens naaste(n) over wat er nodig is op korte termijn en op het moment in de toekomst dat zich bepaalde situaties voordoen. Daarin wordt breed gekeken naar zorg én ondersteuning, formeel en informeel. Met deze belangrijke verschillen zijn we er echter nog niet. Door anders te kijken, te denken en te doen, leren de leefcoach, arrangeur of maatwerker ook andere keuzes te maken ten aanzien van het betrekken van het netwerk, de inzet van zorg en ondersteuning, et cetera, en deze ook snel te organiseren, ongeacht vanuit welk domein dit moet komen.

We zien in de experimenten het introduceren van deze rol en doorzettingsmacht juist ook andere positieve effecten van de werkwijze 'triggeren'. Deze zouden in sommige gevallen ook zonder domeinoverstijgend werken en door andere functionarissen bereikt kunnen worden. Maar als één ding blijkt uit de experimenten is dat de kracht zit in de samenhang tussen wat er formeel anders is en de cultuuromslag die met de



---

inzet van de leefcoach, arrangeur of maatwerker wordt bereikt in het benaderen van (de problematiek van) de cliënt. Dit komt wat ons betreft overtuigend naar voren in de kwalitatieve effecten zoals beschreven in hoofdstuk 5 van deze rapportage.

Domeinoverstijgend gaan samenwerken is veranderkundig best een uitdaging. Werkende principes zijn bestuurders met visie, het aanpakken van de gezamenlijke opgave, het investeren in de onderlinge samenwerking en het leren kennen en begrijpen van elkaars werelden. De uitdaging is dit te blijven doen gedurende langere tijd. Daarnaast is het belangrijk om deze visie en opgave consistent door te vertalen naar de uitvoeringspraktijk waarin de transformatie daadwerkelijk vorm moet krijgen. Dit vraagt om het concreet handen en voeten geven aan deze visie in de praktijk. De leefcoaches, arrangeurs en maatwerkers, maar ook de andere betrokken professionals, moeten het gedachtegoed 'tussen de oren' krijgen en 'in de vingers' krijgen door al doende te leren. Dit kost tijd en volharding.

### **De ervaringen met domeinoverstijgend samenwerken zijn positief**

De te beantwoorden onderzoeksvragen met betrekking tot ervaringen van cliënten, naasten en arrangeurs, luiden: Ervaren de deelnemers in het experiment meer grip op hun dagelijkse leven, meer regie en minder regellast? Wat is de ervaring van de arrangeur met name op het vlak van de directe inzet van ondersteuning en zorg op alle domeinen? Hierbij besteden we aandacht aan zowel formele als informele zorg.

#### *Domeinoverstijgend samenwerken draagt bij aan de kwaliteit van leven van cliënten en hun naasten*

Cliënten en naasten ervaren de werkwijze domeinoverstijgend samenwerken als positief. Een nuance hierbij is dat het ziektebeeld van cliënten gepaard gaat met het verliezen van grip op zichzelf en het leven en zij niet altijd een duidelijke referentie hebben om de ervaring tegen af te zetten. Tegelijkertijd worden juist een aantal beoogde effecten benoemd.

Zo geven naasten aan dat zij zich dankzij de arrangeur ontlast voelen, omdat ze erop kunnen vertrouwen dat de zorg geregeld wordt. Ook is het hebben van één aanspreekpunt fijn en overzichtelijk, wat zorgt voor minder regellast. Daarnaast voert de arrangeur (waar mogelijk) het gesprek mét de cliënt in plaats van over de cliënt, waardoor deze zelf de regie houdt. Ook draagt het beter in beeld brengen van de wensen en behoeften van de cliënt naar verwachting positief bij aan de kwaliteit van leven. Dit alles gecombineerd met het feit dat het op deze manier mogelijk is om langer thuis kunnen wonen, maakt dat we de onderzoeksvraag gericht op cliënten (en naasten) positief kunnen beantwoorden.

#### *Domeinoverstijgend samenwerken heeft daarnaast een positief effect op de tevredenheid van medewerkers*

Arrangeurs hebben over het algemeen een positief beeld van de werkwijze domeinoverstijgend samenwerken. Zij ervaren dat ze een beter beeld krijgen van de cliënt, waardoor ze beter kunnen inspelen op wensen en behoeften. Daarnaast hebben ze beter zicht op risico's in de toekomst. Wel vroegen sommige arrangeurs uit Ede zich in eerste instantie af in hoeverre deze aspecten van de werkwijze anders zijn dan voorheen, maar in duidelijke meerderheid zijn ze positief. Ten slotte verschilt de mate van tevredenheid over hoe medewerkers zijn betrokken in het proces. We kunnen de onderzoeksvraag gericht op medewerkers hiermee voorzichtig positief beantwoorden.

### **De effecten van domeinoverstijgend samenwerken zijn zoals beoogd**

De onderzoeksvragen met betrekking op de effecten luiden als volgt: In welke mate wordt voor deelnemers in het experiment het gebruik van Wlz-zorg uitgesteld of voorkomen? Wat zijn de verschuivingen tussen de verschillende financieringsdomeinen Zvw, Wmo en Wlz?

### *Domeinoverstijgend samenwerken leidt tot hogere uitgaven in de Wmo en Zvw*

We hebben de effecten van domeinoverstijgend samenwerken in kaart gebracht aan de hand van de uitwerking van 40 mini-businesscases. In al deze mini-businesscases is het *ondersteuningsarrangement met DOS* vastgesteld. Voor een deel van de mini-businesscases is ook een *alternatief zonder DOS* geconstrueerd. Voor 15 van de 40 mini-businesscases is geen *scenario zonder DOS* vastgesteld. Voor deze groep cliënten is nog niet cijfermatig vast te stellen in hoeverre Wlz-zorg wordt uitgesteld of voorkomen, maar zijn er al wel kwalitatieve effecten waar te nemen. Van 25 van de 40 mini-businesscases is wel een alternatief scenario vastgesteld van het *arrangement zonder DOS*. Op basis van deze 25 mini-businesscases concluderen we dat met de werkwijze van domeinoverstijgend samenwerken meer en/of langer kosten worden gemaakt in de Wmo en de Zvw. Dit is nodig om ervoor te zorgen dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Tegelijkertijd voorkomt de inzet vanuit deze domeinen (Wmo en Zvw) hogere zorgkosten van opname in een zorginstelling, of wordt dit in ieder geval met gemiddeld 8 maanden uitgesteld. Zie ook de conclusie over doelmatigheid en effectiviteit voor een inschatting van deze kosten. In enkele mini-businesscases zien we dat de inzet van Wlz-zorg thuis (in de vorm van een MPT of VPT) ook kan leiden tot uitstel van opname in een zorginstelling. Dat is gunstig voor de kosten gemaakt in het kader van de Wlz. De mogelijkheden voor de toepassing van domeinoverstijgend samenwerken zijn groter naarmate dit vroegtijdig (en preventief) wordt ingezet.

### *Domeinoverstijgend samenwerken leidt tot uitstel van opname*

In een meerderheid van de mini business cases (25 van de 40 = 62,5 procent) met een *scenario zonder DOS* schatten de arrangeurs in dat er sprake geweest zou zijn van een opname in een zorginstelling. Daarmee is voor deze 25 cliënten opname in een verzorgingstehuis voorkomen of uitgesteld, met een gemiddelde duur van 8 maanden. In 16 van de 25 mini-businesscases met *scenario zonder DOS* kunnen we zelfs concluderen dat het geheel aan Wlz-zorg is uitgesteld, omdat zowel het scenario van een opname is uitgesteld als dat er geen zorg is ingezet vanuit een MPT of een VPT. Dit heeft, naast de positieve kwalitatieve effecten, ook positieve financiële effecten in vergelijking tot opname.

### **Maatschappelijke doelmatigheid en effectiviteit worden bereikt**

De laatste set vragen heeft betrekking op de doelmatigheid en effectiviteit van de werkwijze: Leidt de door de partijen gehanteerde werkwijze tot uitstel in gebruik van zorg in de Wlz? Leidt een meer integrale benadering van kwetsbare ouderen op regionaal niveau, ongeacht het financieringsdomein, tot een grotere maatschappelijke doelmatigheid en effectiviteit en is deze te vertalen naar landelijk niveau? Tot slot gaan we in op de vragen vanuit de procesevaluatie en het actieonderzoek: Welke 'principes' en daaruit volgende (proces)afspraken ten aanzien van de samenwerking tussen betrokken organisaties liggen ten grondslag aan het zo optimaal mogelijk (kunnen) uitvoeren van de experimenten domeinoverstijgende samenwerking? Wat zijn de geleerde lessen ten aanzien van het doorlopen van een (verander)proces om te komen tot een zo optimaal mogelijke samenwerking?

### *Domeinoverstijgend samenwerken leidt tot een grotere maatschappelijke doelmatigheid en effectiviteit*

We concluderen dat domeinoverstijgend samenwerken bijdraagt aan een grotere maatschappelijke doelmatigheid en effectiviteit. Om preciezer te zijn: domeinoverstijgend samenwerken leidt dus tot een grotere maatschappelijke effectiviteit (kwaliteit) en vervolgens ook tot een grotere maatschappelijke doelmatigheid. In die volgorde.

Vanuit kwalitatief oogpunt draagt het bij aan het langer thuis kunnen wonen van ouderen. Dit is vaak de wens van de cliënt en draagt daarmee bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Daarnaast levert het positieve ervaringen op bij medewerkers. Een positieve bijkomstigheid is dat het ook in termen van doelmatigheid gunstige effecten heeft. Domeinoverstijgend samenwerken draagt dan ook positief bij aan een grotere maatschappelijke doelmatigheid en effectiviteit, namelijk zowel kwalitatief als kwantitatief.

Onze conclusie op basis van de mini-businesscases is dat domeinoverstijgend samenwerken leidt tot hogere kosten in de Wmo (gemiddeld € 5.000 per cliënt) en de Zvw (gemiddeld € 6.400 per cliënt), maar kosten bespaart in de Wlz. Een indicatieve

---

schatting, op basis van de informatie uit de onderzochte mini-businesscases, is een verschil van € 38.400.

*Domeinoverstijgend samenwerken vraagt om kennis nemen van elkaars werelden en gaat niet vanzelf*

Uit de procesevaluatie blijkt dat domeinoverstijgend samenwerken geen simpele taak is die eenvoudig geïmplementeerd kan worden. Er zijn verschillende uitdagingen die het proces mogelijk kunnen belemmeren. Zo is het niet eenvoudig om met alle betrokken partijen, met verschillende belangen, goed af te stemmen en te zorgen voor een eenduidige visie. Dit vraagt soms een lange aanlooptijd. Er dient afstemming plaats te vinden op meerdere niveaus. Het is belangrijk dat partijen elkaar leren vertrouwen en daar is tijd voor nodig en de bereidheid om echt te gaan samenwerken. De gezamenlijke ambitie om op deze manier bij te dragen aan maatschappelijke effectiviteit en doelmatigheid is een belangrijke drijfveer. Zorgaanbieders, gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars zijn (logischerwijs) gewend geraakt om te werken in hun eigen domein en hoe het daarin werkt. Zoals vermeld in de inleiding is het voor bepaalde cliënten met een 'ziekte-carrière' met toenemende complexiteit nodig om domeinoverstijgend te gaan samenwerken. Dit is echter niet zomaar gedaan. Het kost de bereidheid en inspanning om elkaar te leren kennen, en over en weer elkaars werelden te leren kennen en begrijpen. Dan kan domeinoverstijgend samenwerken een succes worden.

*Domeinoverstijgend samenwerken kan met de juiste randvoorwaarden naar andere contexten vertaald worden*

Uit de geleerde lessen blijkt dat een aantal randvoorwaarden van belang is voor het goed werken van de experimenten. Zo blijkt dat ieder experiment is ontstaan uit samenwerkingen vanuit partijen, en meer specifiek bepaalde personen, die erin (blijven) geloven, doorzetten en volhouden. Daarbij helpt het als betrokken organisaties elkaar kennen en goede ervaringen hebben met eerdere samenwerkingen (goede voedingsbodem voor samenwerking). Er is commitment nodig vanuit zowel het bestuur als vanuit de uitvoering. Een betrokken (onafhankelijk) projectleider kan hierbij helpen.

Gezien het feit dat domeinoverstijgend samenwerken ook betekent dat de zorgaanbieder, in aanvulling op de indicatiestelling voor de Zvw, het mandaat krijgt om te indiceren voor de Wmo, is het belangrijk dat de gemeente de zorgaanbieder hierin vertrouwt. Ook moeten zowel de gemeente als de zorgaanbieder(s) erop vertrouwen dat zij ook baat hebben bij deze werkwijze, ondanks dat de financiële baten vooral in de Wlz terecht komen. Een aanbeveling hierbij is een compensatie van kosten vanuit de Wlz naar de Wmo (en idealiter ook de Zvw), waarbij de eventuele gemaakte meerkosten vanuit deze domeinen gecompenseerd worden. **Hier moeten partijen in de regio samenwerkingsafspraken over maken.** In de experimenten is een proces met rekenregels ontwikkeld om invulling te geven aan de berekening van de meerkosten. Dit zou ook in andere contexten gebruikt kunnen worden om voorlopige afspraken te maken over de compensatie van gemaakte (meer)kosten

---

## 1. Achtergrond, aanleiding en doelstelling

### 1.1 Domeinoverstijgend samenwerken

Het zorgstelsel in Nederland is ingericht in een aantal domeinen: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) met primair verantwoordelijke organisaties, respectievelijk: gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Voor veel mensen werken deze domeinen goed en efficiënt. Een belangrijk deel van de behoefte aan zorg en ondersteuning past binnen de uitvoering van deze domeinen, maar we kennen ook voorbeelden van ouderen die zorg en ondersteuning nodig hebben en aanlopen tegen de weerbaarheid van 'het systeem'. Bij de groep kwetsbare ouderen met gecombineerde klachten van lichamelijke en cognitieve aard zien we een soms langdurig ziekteverloop met een steeds complexer wordende zorgvraag. Een zorgvraag die de verschillende financieringsdomeinen (Wmo, Zvw en Wlz) overstijgt. Om ook voor deze groep samenhang in de zorg en ondersteuning te organiseren kan domeinoverstijgend samenwerken uitkomst bieden. Het primaire doel van domeinoverstijgend samenwerken is verbetering van de kwaliteit van leven van cliënten en naasten door ondersteuning te bieden in de 'regie op het eigen leven' en door de inzet van informele zorg. Daarnaast is de doelmatigheid van de zorg een belangrijk doel. Het is belangrijk dat de zorg betaalbaar blijft, juist ook aangezien de doelgroep kwetsbare ouderen steeds groter wordt.

In het kader van het programma Waardigheid en Trots hebben drie (zorg)organisaties een projectplan ingediend waarbij de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen integraal en thuis wordt georganiseerd, ongeacht vanuit welk financieringsdomein deze zorg en ondersteuning wordt betaald. De organisaties Maria-Oord, Opella en NNCZ hebben samen met gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, collega

---

<sup>1</sup> De doelgroep in Hollandscheveld is breder dan de doelgroep van het experiment.

zorgorganisaties, en in het geval van NNCZ met Dorpscorporatie Hollandscheveld Verbindt, de krachten gebundeld. Zij organiseren drie experimenten met een overkoepelend thema: domeinoverstijgend samenwerken (DOS). De experimenten worden uitgevoerd in drie regionale contexten, te weten: Dongen, Ede en Hollandscheveld. Zij voeren deze experimenten op eigen wijze uit. De uitdaging bij domeinoverstijgende samenwerking is het integraal organiseren van de zorg en ondersteuning voor kwetsbare burgers. De doelgroep van dit experiment betreft kwetsbare ouderen met gecombineerde klachten van lichamelijke, psychische en cognitieve aard, op het gebied van hun mobiliteit en in het sociale netwerk<sup>1</sup>. Binnen deze doelgroep onderscheiden we drie groepen cliënten:

- a. Cliënten die nog niet in aanmerking komen voor een indicatie vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz);
- b. Cliënten waarbij op moment van inclusie logischerwijs een Wlz-indicatieaanvraag gedaan zou zijn, maar waarbij nu gekeken wordt naar de mogelijkheden langer thuis te blijven wonen. Hierin onderscheiden we:
  - i. Cliënten die zonder inzet van de Wlz thuis kunnen blijven wonen;
  - ii. Cliënten die door middel van de leveringsvorm Modulair Pakket Thuis (MPT) of een Volledig Pakket Thuis (VPT) in het kader van de Wlz thuis kunnen blijven wonen.<sup>2</sup>

### 1.2 Beoogde werkwijze in de experimenten

Voor de start van het experiment hebben de drie organisaties eigen keuzes gemaakt op welke wijze het experiment wordt uitgevoerd. Een belangrijk gezamenlijk element binnen het experiment is om kwetsbare burgers de regie terug te geven en/of te laten behouden over hun eigen leven. Per cliënt wordt een eigen vaste contactpersoon ingezet die de tijd en ruimte krijgt om te kijken wat een cliënt echt nodig heeft, over de verschillende domeinen van zorg en ondersteuning heen. In Ede heet deze vaste contactpersoon 'arrangeur'. In Dongen wordt de contactpersoon 'leefcoach' genoemd.

<sup>2</sup> Hiermee wordt dus niet de Wlz-indicatie of Wlz-zorg uitgesteld, maar wel de opname in een verpleeghuis. Op dit punt komen we later in de rapportage nog terug.

---

In Hollandscheveld heet deze persoon de 'maotwarker'. In verband met de leesbaarheid van het rapport zullen we voor deze persoon de term arrangeur aanhouden als we spreken over de experimenten in het algemeen. Dit omdat in eerste instantie zowel de arrangeur, de leefcoach en de maotwarker zorg en ondersteuning 'arrangeren'. Desalniettemin is het goed om op te merken dat er wel degelijk verschillen zitten in de experimenten en de werkwijzen van deze vaste contactpersonen. Waar er verschillen zijn in de werkwijzen van de arrangeur, leefcoach en/of maotwarker lichten wij deze specifiek in de tekst toe.

In de drie experimenten zorgt de arrangeur samen met de cliënt en zijn of haar verwanten voor een verkenning van de startsituatie. Zo wordt er gekeken naar de al aanwezige (informele en formele) zorg en ondersteuning. Samen wordt gekeken naar de gewenste situatie, die vervolgens wordt beschreven in een integraal ondersteuningsplan. De arrangeur kan over domeinen heen handelen, heeft mandaat om in het kader van dit experiment indicaties voor de Wmo te stellen of te bespoedigen, heeft een brede blik op alle typen zorg en ondersteuning en kiest samen met de cliënt de meest doelmatige oplossing. Aansluitend zorgt de arrangeur voor een gestroomlijnd - bestaand en nieuw, formeel en informeel - aanbod van zorg en ondersteuning.

De toeleiding vindt plaats via de reguliere 'toegangspoorten' naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dat betekent dat zowel de cliënt zelf, naasten, de huisarts, wijkverpleegkundigen als medewerkers van wijkteams kwetsbare burgers kunnen wijzen op de experimenten. Bij de intake wordt de werking van het experiment uitgebreid besproken met de potentiële deelnemer en zijn/haar naasten. Ook wordt besproken welke persoonlijke informatie wordt gevraagd en gedeeld en hoeveel tijd dat van de cliënt vraagt. Daarna stelt de betrokken zorgaanbieder vast of de cliënt voldoet aan de criteria om geïncorporeerd te worden in het experiment. Waar mogelijk wordt hiervoor gebruik gemaakt van door professionals eerder opgehaalde informatie over bijvoorbeeld de kwetsbaarheid van een cliënt. Als de cliënt instemt met deelname aan het experiment, brengt de arrangeur in een intake de vraag en behoefte van de cliënt en naasten in

beeld en verkent de arrangeur de mogelijkheden voor een aanbod van zorg en ondersteuning (het 'arrangement').

De arrangeur begeleidt de cliënt en de omgeving vervolgens bij het keuzeprocess. Indien de cliënt en diens naasten akkoord gaan met ondersteuning, stelt de arrangeur een arrangement op en maakt een planning voor de uitvoering van dit arrangement. Belangrijk in deze fase is dat naast de professionele zorg, (vooral) ook de inzet en betrokkenheid van de informele (mantel)zorg wordt besproken, die de arrangeur vastlegt in het integraal ondersteuningsplan. De arrangeurs hebben doorzettingsmacht en kunnen met het mandaat dat ze hebben snel(ler) een arrangement op maat voor cliënten samenstellen uit de financieringsdomeinen Wmo en Zvw zonder dat dit leidt tot langdurige besluitvorming. De arrangeur zoekt daarbij actief de samenwerking met andere partijen om de zorg en ondersteuning naar wens van de cliënt en zijn of haar naaste(n) zo goed mogelijk te organiseren.

### 1.3 Doelstelling experimenten

De hiervoor beschreven manier van werken heeft als doel dat cliënten hun leven beter (gaan) waarderen dan wanneer ze niet hadden deelgenomen aan het experiment. Het doel van het experiment is om kwetsbare ouderen zo lang mogelijk het leven te laten leiden dat ze graag willen leiden. Daarnaast is het doel dat het zorggebruik afneemt, omdat gedurende langere tijd duurdere vormen van zorg worden voorkomen of uitgesteld en minder kostbare (informele en formele) vormen van zorg en ondersteuning worden ingezet voor de cliënt én diens naaste(n).

Het uitgangspunt is dat de experimenten worden uitgevoerd binnen het geheel van de bestaande, beschikbare middelen voor deze doelgroep vanuit de drie financieringsdomeinen samen. De verwachting is dat dit experiment op het niveau van de drie domeinen tezamen leidt tot doelmatigheidswinst. Op basis van ervaringen van zorgaanbieders met deze groep cliënten is de verwachting dat het aanvragen van een Wlz-indicatie ten behoeve van het verblijf in een intramuraal setting kan worden uitgesteld of zelfs voorkomen. De zorgorganisaties en betrokken partijen

(verzekeraars, gemeenten en zorgkantoren) hebben gezamenlijk als doelstelling geformuleerd dat de zorg maatschappelijk gezien beter en doelmatiger (en daarmee goedkoper) kan. Om deze verwachting te toetsen, monitoren de samenwerkende partijen de effecten van de experimenten. In de monitor wordt het gebruik van ondersteuning en zorg zowel inhoudelijk als financieel gevolgd.

#### 1.4 Doelstelling en onderzoeksvragen monitoring en evaluatie

In dit evaluatieonderzoek presenteren we de kwalitatieve en kwantitatieve effecten van het experiment domeinoverstijgend samenwerken (Zvw, Wmo, Wlz) zoals dat op drie plaatsen in Nederland wordt uitgevoerd. Het evaluatieonderzoek loopt van september 2018 tot en met december 2020. De evaluatie omvat de ervaringen van alle bij het experiment betrokken partijen. Het doel van de evaluatie is om de onderzoeksvragen over ervaringen van betrokkenen, effecten, doelmatigheid en effectiviteit te beantwoorden. Deze onderzoeksvragen luiden als volgt.

##### Ervaringen

1. Hoe ervaren deelnemers in het experiment hun leven in vergelijking met ouderen die in een controlegroep zitten en niet deelnemen aan het experiment?
2. Ervaren de deelnemers in het experiment meer grip op hun dagelijkse leven, meer regie en minder regellast?
3. Wat is de ervaring van de arrangeur met name op het vlak van de directe inzet van ondersteuning en zorg op alle domeinen? Hierbij besteden we aandacht aan zowel formele als informele zorg.

##### Effecten

4. In welke mate wordt voor de deelnemers in het experiment het gebruik van Wlz-zorg uitgesteld of mogelijk zelfs voorkomen?
5. Hoe verhoudt het gebruik van zorg en ondersteuning binnen het experiment zich tot het gebruik van zorg en ondersteuning buiten het experiment?

Hierbij besteden we aandacht aan zowel formele als informele zorg en ook aan structurele versus incidentele inzet van zorg.

6. Wat zijn de verschuivingen tussen de verschillende financieringsdomeinen Zvw, Wmo en Wlz?

##### Doelmatigheid en effectiviteit

7. Leidt de door de partijen gehanteerde werkwijze tot uitstel in gebruik van zorg in de Wlz?
8. Leidt een meer integrale benadering van kwetsbare ouderen op regionaal niveau, ongeacht het financieringsdomein, tot een grotere maatschappelijke doelmatigheid en effectiviteit en is deze te vertalen naar landelijk niveau?

#### 1.5 Doelstelling procesevaluatie en actieonderzoek

Evaluëren en leren gaan hand in hand in de experimenten. Daarom is parallel aan het genoemde evaluatieonderzoek een procesevaluatie en actieonderzoek uitgevoerd. De procesevaluatie heeft een kennisdoelstelling, waar het actieonderzoek een veranderdoelstelling heeft. In de procesevaluatie onderzoeken we hoe geleerd kan worden van het uitgevoerde proces (en de waardering/ervaringen hiervan) rond de organisatie van de experimenten. Zo krijgen we inzicht in de werkzame elementen, uitdagingen en geleerde lessen van DOS. De opgedane kennis kan worden benut bij de opzet van vergelijkbare samenwerkingsrelaties in andere regio's. Het actieonderzoek is erop gericht om een leerproces (verder) op gang te brengen voor de organisaties en professionals die samenwerken in de experimenten. Het helpt om met elkaar te delen, te bespreken en vervolgens gezamenlijk te reflecteren op hoe de samenwerking verloopt en in welke mate deze bijdraagt aan de gezamenlijke ambitie van de deelnemers. Zo worden de experimenten geoptimaliseerd en beoogde voordelen voor cliënten, naasten en professionals (nog beter) gerealiseerd.

De centrale vraag voor zowel de procesevaluatie als het actieonderzoek is door ons als volgt geformuleerd: *Welke 'principes' en daaruit volgende (proces)afspraken ten*

---

*aan zien van de samenwerking tussen betrokken organisaties liggen ten grondslag aan het zo optimaal mogelijk (kunnen) uitvoeren van de domeinoverstijgende samenwerking? Wat zijn de geleerde lessen ten aanzien van het doorlopen van een (verander)proces om te komen tot een zo optimaal mogelijke samenwerking?* Hierbij keken we voor de organisaties afzonderlijk (zorgaanbieder, zorgkantoor, zorgverzekeraar, gemeente) onder andere naar belangrijke ambities, drijfveren en belangen om mee te doen aan het experiment en haalden per organisatie geleerde lessen op. Daarnaast keken we naar de dynamiek tussen de hiervoor genoemde organisaties. In welke mate is er sprake van een gezamenlijke ambitie? Hoe is deze tot stand gekomen? Welke keuzes zijn gemaakt om een proces in te richten zodat in de praktijk het experiment goed uitgevoerd kan worden? Hoe kwamen deze tot stand? Wat leren zij samen van de gemaakte keuzes in het proces en de gezamenlijke reflectie hierop?

## 1.6 Onderzoeksverantwoording op hoofdlijnen en leeswijzer

Gedurende de doorlooptijd van het evaluatieonderzoek, de procesevaluatie en het actieonderzoek (hierna: het onderzoek) is gebleken dat we de individuele onderzoeksvragen in verschillende mate kunnen beantwoorden. Over het algemeen kunnen we goede uitspraken doen over de ervaringen, effecten, effectiviteit en doelmatigheid. Voor het monitoren van de effecten was in eerste instantie het uitgangspunt om de door de organisaties geregistreerde gegevens te vergelijken met kwantitatieve data van stakeholders op populatieniveau (de controlegroep). De vergelijkbaarheid van de door de organisatie geregistreerde gegevens en de (koppeling van) gegevens op populatieniveau blijkt in de praktijk niet uitvoerbaar. Om die reden is in afstemming met de expertgroep (zie paragraaf 1.7), besloten om de monitoring vooral in te zetten op casusniveau.

Het onderzoek bestond uit de volgende onderdelen:

a. **Vergelijking beschikbare regiogegevens op metaniveau.** Met behulp van beschikbare regiogegevens vanuit de Wmo, de Zvw en de Wlz schetsen we een

eerste beeld met contextinformatie over de zorg en ondersteuning vanuit de verschillende financieringsstromen in de regio's.

- b. **Monitoren zorggebruik en ervaringen geïnccludeerde cliënten door middel van het uitwerken van 40 mini-businesscases.** We hebben er 20 uitgewerkt voor Ede, 15 voor Dongen en 5 voor Hollandscheveld. De uitwerkingen van de mini-businesscases zijn gemaakt op basis van registratiegegevens van zorgaanbieders aangevuld met informatie van de gemeenten en kwalitatieve informatie (in de vorm van casuïstiekbesprekingen) vanuit de arrangeurs.
- c. **Ophalen ervaringen cliënten en naasten (rijke verhalen).** Met behulp van interviews met cliënten en naasten, vullen we de effectmeting aan. De aanname is dat het voorkomen of uitstellen van opname voor een groot deel afhankelijk is van de mate waarin een naaste het volhoudt om voor zijn naaste te (blijven) zorgen. De kwalitatieve informatie van een aantal mini-businesscases verrijken we met verhalen die bij cliënten en naasten zijn opgehaald.
- d. **Ophalen ervaringen medewerkers over werkproces en de beoogde effecten van domeinoverstijgend samenwerken met behulp van een enquête.** Het gaat om een nulmeting in 2019 en een 1-meting in 2020. Hierin is onder andere gevraagd naar hoe medewerkers worden meegenomen in het proces omtrent domeinoverstijgend samenwerken, hoe zij de nieuwe werkwijze ervaren en in hoeverre zij inschatten dat de werkwijze (positieve) gevolgen heeft voor het leven van de cliënt.
- e. **Ophalen ervaringen bij de uitvoerende zorgaanbieders, gemeenten, verzekeraars en zorgkantoor over de werkwijze van domeinoverstijgend samenwerken in het kader van de procesevaluatie en het actieonderzoek.** Door middel van interviews met de verschillende betrokken partijen hebben we op bestuurlijk- en managementniveau het implementatie- en samenwerkingsproces binnen de experimenten geëvalueerd. Daarnaast hebben we via de casuïstiekbesprekingen (genoemd bij b) ook op uitvoeringsniveau

---

ervaringen van betrokken partijen opgehaald. Hiermee geven we inzicht in de wijze waarop dergelijke samenwerkingen tot stand komen en wat daarin goed (of minder goed) werkt.

**f. Een kennissessie tussen de verschillende regio's om van elkaar te leren.**

Met arrangeurs en projectleiders wisselden we ervaringen en kennis uit over implementatie en uitvoering van het werkproces tussen de verschillende experimenten. Hiermee hebben we een leermoment gefaciliteerd voor betrokken medewerkers en halen we kennis op over wat hierin werkt en waar uitdagingen liggen. Verschillen en overeenkomsten tussen de regio's komen hierbij aan het licht.

Met behulp van deze onderzoeksactiviteiten beantwoorden we de genoemde onderzoeksvragen. De eerste drie onderzoeksvragen over de **ervaringen** van cliënten en arrangeurs, beantwoorden we grotendeels aan de hand van de mini-businesscases, de enquête onder medewerkers en de interviews met cliënten en naasten. Deze onderzoeksvragen worden beantwoord in hoofdstuk 5. Zoals eerder toegelicht maken we geen vergelijking met een controlegroep. De eerste vraag kan dus niet beantwoord worden. De onderzoeksvragen 4 tot en met 6, over de **effecten** van domeinoverstijgend samenwerken, beantwoorden we aan de hand van de mini-businesscases in hoofdstuk 5. Het is echter niet mogelijk deze bevindingen te toetsen aan het gebruik van zorg en ondersteuning buiten het experiment, waardoor we onderzoeksvraag 5 niet volledig kunnen beantwoorden zoals initieel beoogd. De vragen over **doelmatigheid en effectiviteit** (onderzoeksvragen 7 en 8) beantwoorden we aan de hand van de bevindingen vanuit de mini-businesscases en de procesevaluatie, zoals beschreven in hoofdstuk 5 en 3. Ook bespreken we de antwoorden op deze onderzoeksvragen in de conclusie.

De centrale vraag vanuit de procesevaluatie, namelijk welke principes ten grondslag liggen aan het zo optimaal mogelijk (kunnen) uitvoeren van de experimenten en de geleerde lessen ten behoeve van een optimale samenwerking, beantwoorden we in hoofdstuk 4.

## 1.7 Expertgroep

Los van de verschillende projectgroepen die zijn ingericht per regio, is er voor de monitoring van de experimenten een expertgroep ingesteld die een aantal keer bij elkaar is geweest om op de onderzoeksopzet en bevindingen te reflecteren. De bestuurders van de verschillende zorgaanbieders betrokken bij de experimenten in de regio's zijn desgevraagd aanwezig geweest bij deze bijeenkomsten. De expertgroep bestond uit de volgende leden:

- a. Prof. dr. Katrien Luijckx - bijzonder hoogleraar ouderenzorg aan Tilburg University (Tranzo);
- b. Dr. Inge van Nistelrooij - universitair hoofddocent zorgethiek aan de Universiteit voor Humanistiek;
- c. Prof. dr. Caroline Baan - chief Science Officer bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en bijzonder hoogleraar integrale gezondheidszorg bij Tilburg University (Tranzo).

De expertgroep heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het onderzoek. Zo is mede dankzij de input van de expertgroep de methodologie aangescherpt, bijvoorbeeld met de verhalen in de mini-businesscases. Ook is met de expertgroep afgestemd om parallel aan de effectmeting de procesevaluatie uit te voeren.

## 1.8 Ondersteuning aan de experimenten

Het ministerie van VWS ondersteunt de experimenten vanuit het programma 'Waardigheid en Trots in de regio'. De ondersteuning van de experimenten in Dongen en Hollandscheveld bestond uit het inzetten van een projectleider. Voor het experiment in Ede is ondersteuning op het gebied van de monitoring ingezet. Daarnaast heeft de themacoördinator Domeinoverstijgende Samenwerking de experimenten geadviseerd en zijn landelijke bijeenkomsten georganiseerd ter ondersteuning van de uitwisseling van ervaringen en leren van elkaar.



---

## 1.9 Invloed van het coronavirus op de experimenten

Sinds maart 2020 is het coronavirus uitgebroken. Dit heeft invloed gehad op de experimenten. Met name tijdens de eerste piek is er voor cliënten veel veranderd. Structuur viel weg doordat op veel plekken de dagbesteding dicht ging; mensen zagen hun familie niet of nauwelijks en bleven uit voorzorg zoveel mogelijk binnen. Sommige cliënten in de experimenten zijn als gevolg van de coronamaatregelen opgenomen in een zorginstelling. Zien bijlage A (onderdeel A2) voor een uitgebreidere beschrijving van de invloed van het coronavirus op de experimenten.

## 2. Werkwijze en voortgang per regio

In dit hoofdstuk zetten we de stand van zaken, werkwijze en aanpak van achtereenvolgens Dongen, Ede en Hollandscheveld uiteen. We beschrijven hierbij eerst enkele contextcijfers vanuit de Wmo, de Zvw en de Wlz van de verschillende regio's, om een beeld te schetsen van de uitgangssituatie per regio.

### 2.1 Contextcijfers Dongen, Ede en Hollandscheveld

Om een beeld te schetsen van de relatieve omvang van het aantal zorggebruikers per regio geven we inzicht in enkele contextcijfers, zowel vanuit de Wmo, de Zvw en de Wlz. Om deze beter te kunnen duiden geven we tevens de inwoneraantallen per regio, evenals de inwoneraantallen voor 65 jaar en ouder, en 80 jaar en ouder.

Daarmee krijgen we ook gevoel voor de potentiële doelgroep voor domeinoverstijgende samenwerking.

In eerste instantie was het idee om met behulp van geaggregeerde zorgcijfers de uitkomsten van de experimenten te analyseren en te duiden, door deze tegen elkaar af te zetten. Eventuele verschillen tussen de contextcijfers en de uitkomsten van de ingezette zorg en ondersteuning in de experimenten zouden dan mogelijke verschuivingen kunnen laten zien. Helaas bleek het niet mogelijk om de gegevens van de geïncludeerde cliënten in de experimenten op een betrouwbare manier af te zetten tegen deze contextcijfers. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat het aantal geïncludeerde cliënten te beperkt is om algemene uitspraken te doen. Ook tussen de experimenten is het lastig een dergelijke vergelijking te maken.

In Tabel 1 hebben we de inwoneraantallen voor Dongen, Ede, Hollandscheveld, Hoogeveen en Nederland weergegeven. De inwoneraantallen van Hollandscheveld zijn samengesteld door de cijfers van het CBS voor wijken en buurten (gewogen) te

combineren<sup>3</sup>. De woonplaats Hollandscheveld valt in de gemeente Hoogeveen, waar we ter illustratie ook de inwoneraantallen van geven. De cijfers voor Dongen, Ede en Hoogeveen zijn direct afkomstig van het CBS<sup>4</sup>. We zien in Tabel 1 dat de gemeente Ede verreweg het grootste aantal inwoners heeft van de drie regio's, met 115.710 inwoners in 2019. Het heeft hiermee bijna 4,5 keer zoveel inwoners als in Dongen, waar 26.051 inwoners waren ingeschreven in 2019. Hollandscheveld heeft het kleinste aantal inwoners: 5.055 in 2019. De gemeente Hoogeveen waarbinnen Hollandscheveld valt, telde 55.662 inwoners in 2019.

Inwoner-aantallen (2019)	Totaal	Aantal 65-80 jaar	Percentage 65-80 jaar	Aantal 80 jaar en ouder	Percentage 80 jaar en ouder
<b>Dongen</b>	26.051	4.187	16,1%	1.279	4,9%
<b>Ede</b>	115.710	15.631	13,5%	5.406	4,7%
<b>Hollandscheveld</b>	5.055	-	-	-	-
<b>Hoogeveen</b>	55.662	8.748	15,7%	3.041	5,5%
<b>Nederland</b>	17.282.163	2.515.184	14,6%	798.820	4,6%

Tabel 1. Inwoneraantallen

Naast het totale inwoneraantal per regio schetsen we in Tabel 1 ook de inwoneraantallen van de doelgroepen 65+ en 80+ in het jaar 2019, om een beeld te geven van het aandeel ouderen in de regio's. Voor Hollandscheveld is hierin geen gewogen gemiddelde van gecombineerde buurten bekend. Daarom is voor de uitsplitsing naar leeftijdsgroepen gekeken naar de gemeente Hoogeveen in zijn geheel. De vermelde percentages geven aan hoe groot de doelgroep is ten opzichte van het totale inwoneraantal. Zo is te zien dat voor Dongen de doelgroep 65 tot 80 jaar 16,1% is van het totale inwoneraantal van Dongen in 2019. Het aandeel 65- tot 80-jarigen ligt hiermee in Dongen naar verhouding hoger dan in de andere regio's en hoger dan het landelijk gemiddelde van 14,6%. Tegelijkertijd zien we voor de doelgroep van mensen die 80 jaar en ouder zijn, dat deze doelgroep naar verhouding

<sup>3</sup> <https://allecijfers.nl/woonplaats/hollandscheveld/>

<sup>4</sup> <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37230ned/table?ts=1603297026367>

---

oververtegenwoordigd is in de gemeente Hoogeveen, met 5,5%. Landelijk maakt deze doelgroep namelijk 4,6% van de populatie uit.

### 2.1.1 Contextcijfers vanuit de Wmo

De gemeente Dongen, Ede en Hollandscheveld hebben gegevens aangeleverd over de uitgaven Wmo. In Ede zijn de totale uitgaven in de Wmo voor de leeftijdsgroepen 65+ en 75+ in 2019 ruim € 9,4 miljoen. In Dongen bedragen de uitgaven in de Wmo in 2019 in totaal ruim € 4,7 miljoen. In Hollandscheveld waren de uitgaven in 2017 in totaal ongeveer € 0,5 miljoen. Deze uitgaven zijn niet een-op-een met elkaar te vergelijken, omdat het verschillende jaren en doelgroepen betreft. Deze cijfers dienen puur ter illustratie om een beeld te geven van de verhoudingen tussen de regio's.

### 2.1.2 Contextcijfers vanuit de Zvw

Met behulp van openbare registratiegegevens van Vektis<sup>5</sup> schetsen we een beeld van de gemiddelde zorgkosten per verzekerde vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor de regio's Dongen, Ede en Hollandscheveld<sup>6</sup> in 2017. Dit geeft een eerste beeld van de verhoudingen tussen de regio's. De gemiddelde kosten per verzekerde voor verpleging en verzorging, inclusief de kosten voor hulpmiddelen vanuit de Zvw, zijn uit te splitsen naar de leeftijdsgroepen 65 tot 75 jaar en 75 jaar en ouder. De gemiddelde kosten per verzekerde in de leeftijdsgroep 65 tot 75 jaar liggen voor de verschillende regio's dicht bij elkaar, tussen de 425 en 445 euro per verzekerde in 2017. Dit is in lijn met het landelijk gemiddelde van dat jaar. Voor de leeftijdsgroep 75 jaar en ouder zijn de verschillen tussen de regio's groter. We zien hierbij dat de gemiddelde kosten per verzekerde in Dongen het laagst liggen, met ruim 1.700 euro net onder het landelijk gemiddelde van bijna 2.000 euro. De kosten per verzekerde in de leeftijdsgroep 75 jaar en ouder in Ede liggen net boven het landelijk gemiddelde met ongeveer 2.150

---

<sup>5</sup> <https://www.vektis.nl/open-data>

euro per verzekerde. In Hollandscheveld zijn de gemiddelde kosten per verzekerde voor mensen van 75 jaar en ouder het hoogst met ruim 3.500 euro per verzekerde.

Er is geen duidelijke verklaring voor deze verschillen. Het kan liggen aan de kleine aantallen ouderen in Hollandscheveld. Uitschieters van cliënten met relatief hoge zorgkosten kunnen het gemiddelde sterk beïnvloeden. Een andere mogelijke verklaring is praktijkvariatie, wat inhoudt dat er tussen de regio's verschillen kunnen zitten in de manier hoe de zorg op bepaalde vlakken wordt vormgegeven. Mogelijk blijven cliënten in Hollandscheveld relatief langer in de Zvw dan in andere regio's, voordat cliënten overgaan naar de Wlz. Dit zou mogelijk ook kunnen bijdragen aan hogere gemiddelde kosten in de Zvw.

### 2.1.3 Contextcijfers vanuit de Wlz

Vanuit de verschillende zorgkantoren die betrokken zijn bij de experimenten, hebben we gegevens ontvangen van het aantal cliënten dat zorg uit de Wlz ontvangt, in de vorm van een MPT, een VPT, een PGB en intramurale zorg (opname). Het gaat in alle drie de regio's om de doelgroepen 65+ en 75+. In Ede gaat het in het jaar 2019 binnen deze doelgroep om ruim 2.500 cliënten (ongeveer 2,2% van het totaal aantal inwoners) die zorg vanuit de Wlz ontvangen. Voor Dongen gaat het in datzelfde jaar om ruim 500 cliënten (ongeveer 1,9% van het totaal aantal inwoners). Voor Hollandscheveld zijn dit er ongeveer 80 (ongeveer 1,6% van het totaal aantal inwoners). Op basis van deze cijfers lijkt het erop dat in Hollandscheveld verhoudingsgewijs een kleiner aandeel ouderen zorg vanuit de Wlz ontvangt, als we deze cijfers vergelijken met de inwoneraantallen. Mogelijk draagt dit eraan bij dat de kosten in de Zvw voor Hollandscheveld gemiddeld hoger liggen, maar dit zou nader onderzoek moeten uitwijzen.

<sup>6</sup> De regio's zijn bepaald aan de hand van 3-cijferig postcodeniveau. Bij Hollandscheveld vallen echter enkele van deze postcodes ook in een aantal omliggende plaatsen.

---

## 2.2 Dongen

### 2.2.1 Community Care Dongen (CCD)

In Dongen hebben stichting Maria-Oord, de gemeente Dongen, zorgverzekeraar VGZ en zorgkantoor VGZ de handen ineengeslagen voor het experiment domeinoverstijgend samenwerken. De basis voor het experiment is het concept Community Care Dongen (CCD). Het werken volgens CCD gaat uit van een sterke wisselwerking tussen formele en informele zorg. De werkwijze wordt kleinschalig benaderd. Een belangrijk speerpunt in de werkwijze is het actief betrekken van het privé-domein van de cliënt en de lokale gemeenschap. Het experiment domeinoverstijgend samenwerken versterkt de ontwikkeling van het CCD-concept van Stichting Maria-Oord. Dit beoogt op het terrein en in de omgeving van Maria-Oord een mix van cliënten met verschillende zorgbehoeften een woning, zorg en ondersteuning te bieden. In het kader van CCD wordt in de nabije toekomst gestart met nieuwbouw van 40 appartementen.<sup>7</sup>

CCD loopt gedurende een periode van drie jaar (mei 2018 tot april 2021). Met CCD wil Maria-Oord samen met betrokken lokale partijen een gemeenschap vormen die de cohesie en het onderlinge hulpbetoon vergroot voor kwetsbare ouderen woonachtig in de gemeente Dongen. Daarbij richt CCD zich uitsluitend op de kwetsbare ouderen met ten minste cognitieve problematiek. In totaal wil Maria-Oord gedurende het experiment 80 cliënten includeren. Dit betreffen voornamelijk nieuwe cliënten die (voorafgaande aan inclusie in het experiment) nog niet in zorg zijn bij Maria-Oord.

Het doel van CCD is om aan te tonen dat het organiseren van zorg en ondersteuning vanuit één integraal perspectief bijdraagt aan het langer verantwoord thuis blijven wonen. Daarnaast moet het de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen verhogen tegen mogelijk lagere maatschappelijke kosten. Om deze doelstelling te behalen heeft Maria-Oord, na overleg met en instemming van andere betrokkenen in het

experiment, in eerste instantie twee leefcoaches aangesteld na overleg met en instemming van de andere betrokkenen in het experiment. Vanaf 2020 zijn er vier leefcoaches werkzaam bij Maria-Oord. De leefcoaches kunnen in hun spilfunctie de zorg- en welzijns-ondersteuning organiseren over de grenzen van de financieringsdomeinen heen. Zo krijgen zij vanuit de gemeente budget vanuit de Wmo om dit zelf waar nodig voor cliënten in te zetten. Het uitgangspunt is dat de Wmo-consulenten vertrouwen op het oordeel van de leefcoach en deze volgen. Daarnaast zetten de leefcoaches actief in op het coachen en het meedenken van cliënten en diens naasten. Hier krijgen zij de tijd en ruimte voor. Twee leefcoaches verlenen zelf geen zorg. Zij combineren hun taak als leefcoach met werkzaamheden vanuit het cliënt service bureau van Maria-Oord. De andere twee leefcoaches werken naast leefcoach ook als wijkverpleegkundige. De leefcoaches worden in het kader van het experiment door zorgverzekeraar VGZ vergoed. Het ging hierbij aanvankelijk om maximaal 2 uur per maand per cliënt. Na een evaluatie met het zorgkantoor in 2020 is dit opgehoogd naar maximaal 3 uur. De kosten van de inzet van wijkverpleegkundigen worden bekostigd vanuit de reguliere bekostiging wijkverpleging op basis van de Zvw.

Medewerkers van Maria-Oord hebben een specifieke scholing over domeinoverstijgende samenwerking gekregen. Samen met opleidingsinstituut BTSG zijn trainingen ontwikkeld en uitgevoerd. Aan deze scholing hebben de volgende groepen medewerkers deelgenomen: de zorg en huishoudelijke dienst (samen in een scholingsgroep), leefcoaches en aanjagers (ambassadeurs van de aanpak vanuit zorg en huishoudelijk dienst). Kerntraject is de training 'De kracht van Community Care' geweest, om zo medewerkers mee te nemen in het gedachtegoed van CCD. Het gaat hierbij om kennis, houding en vaardigheden. Belangrijke onderdelen van de training zijn: vanuit verschillende rollen ondervinden wat het betekent om onderdeel te zijn van de community, het gesprek over het welzijn van de cliënt aangaan met

---

<sup>7</sup> <https://mariaoord.nl/ccd/>

---

behelp van de positieve gezondheid<sup>8</sup> en het leren kennen en benutten van je netwerk. De inhoudelijke borging van de kennis wordt vormgegeven door vervolstrainingen, themabijeenkomsten, de inzet van een reflectietool en het inwerken van nieuwe medewerkers. De reflectietool is een instrument om samen met collega's te praten over situaties die vragen oproepen en om persoonsgerichte oplossingen meer in de praktijk te brengen. Samen leren en verbeteren is hiermee een belangrijk onderdeel van CCD.

Maria-Oord werkt met een maandelijkse projectgroep waaraan, naast de leefcoaches, medewerkers van beleidsafdelingen (kwaliteit, financieel) en de managers van de intramuraal afdeling en van de huishoudelijke dienst deelnemen. De interne communicatielijnen in Maria-Oord zijn kort. Alle leden van de projectgroep hebben toegang tot de documentatie over het project. De (externe) projectleider CCD stuurt het project aan en speelt daarmee een belangrijke rol in het experiment. Met enige regelmaat komt de begeleidingsgroep CCD bijeen, waarin de gemeente Dongen en VGZ vertegenwoordigd zijn. De betrokken partijen bespreken de voortgang van CCD, eventuele aandachtspunten en verdere zaken die afstemming behoeven.

### 2.2.2 Werkwijze CCD

De werkwijze CCD heeft als doelgroep kwetsbare ouderen met een psychogeriatrische aandoening, eventueel in combinatie met lichamelijke klachten, mobiliteitsklachten, eenzaamheid en woon- en leefomstandigheden, die zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen<sup>9</sup>. De leefcoaches includeren cliënten uit deze doelgroep, mits zij hiervoor toestemming geven, in het experiment. In veel gevallen ontvangen cliënten nog geen zorg of ondersteuning.

---

<sup>8</sup> Machteld Huber introduceerde het concept positieve gezondheid in Nederland in 2012. Huber onderscheidt zes gezondheidsdimensies om het gezondheidswelzijn te meten: lichaamsfuncties, mentale functies en- beleving, spiritueel/existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijke participatie en dagelijks

Om de geïnccludeerde cliënten gedurende het experiment te volgen en trends te kunnen ontdekken, is het van belang dat er een nulmeting plaatsvindt. Daarom registreert de leefcoach in Dongen bij inclusie van een cliënt de situatie en een aantal kenmerken zoals de datum van inclusie, de leeftijd van de cliënt, de verwijzer, de diagnose, de woonsituatie en het zorgprofiel (indien cliënt al vormen van zorg of ondersteuning ontvangt). De leefcoach bepaalt daarnaast bij een huisbezoek met het instrument 'Trazag' de kwetsbaarheid van de cliënt. Als de huisarts al een Trazag heeft afgenomen maken de leefcoaches gebruik van het informatiesysteem 'KIS' om de informatie in te zien. Op basis van de wensen en de zorgbehoefte(n) van de cliënt stelt de leefcoach vervolgens het arrangement samen en brengt alle betrokken partijen daarvan op de hoogte. Indien er naasten betrokken zijn bij de cliënt, wordt de 'EDIZ' vragenlijst afgenomen. Dit is een wetenschappelijk gevalideerd meetinstrument om de belasting van naasten in beeld te brengen.

Tijdens de uitvoering van het arrangement evalueert de leefcoach, afhankelijk van de stabiliteit van de situatie, in principe één keer per maand het arrangement en stelt deze indien nodig bij. De leefcoach ondersteunt de cliënt en diens naasten hierbij ook op emotioneel vlak, indien nodig. De leefcoach heeft hiermee een coachende rol en stimuleert de cliënt, diens naasten en de omgeving om zelf zoveel mogelijk te (blijven) doen. Het uitgangspunt van CCD is om een arrangement zo vroeg mogelijk in het traject op te stellen. Zorg is vaak pas wat later in het traject onderdeel van het arrangement. In het elektronisch cliëntendossier 'Nedap' leggen de leefcoaches de tussentijdse bevindingen vast. Bij het beëindigen van de deelname aan CCD evalueert de leefcoach samen met de cliënt en/of naasten de eventuele effecten van het experiment.

functioneren. Zie voor meer informatie:

<https://www.allesisgezondheid.nl/knowledgebase/positieve-gezondheid/>

<sup>9</sup> <https://mariaoord.nl/ccd/>.

---

### 2.2.3 Voortgang CCD

Tot aan dit moment zijn er in Dongen 74 cliënten geïncludeerd, waarvan er 8 zijn overleden en 28 zijn opgenomen in een verpleeghuis. Op dit moment zitten er 38 cliënten in de pilot.

## 2.3 Ede

### 2.3.1 *Thuis geven*

Zorgorganisatie Opella, de gemeente Ede, zorgkantoor Menzis en zorgverzekeraar Menzis gebruiken het experiment domeinoverstijgend samenwerken om een nieuwe werkwijze binnen de bestaande stelsels te realiseren. De gedragsverandering van zorgprofessionals moet hierbij worden geborgd. Opella brengt dit onder in de werkwijze *Thuis geven*. Opella wil de zorg en ondersteuning samenhangend organiseren met één klant, één plan, één arrangeur, die kan handelen over alle domeinen heen. Professionals keren daarbij terug naar de basis door oog en oor te hebben voor wat voor de cliënt echt belangrijk is en wat hem of haar voldoening geeft. Daarbij werken ze klantvolgend dwars door de domeinen van gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor heen.<sup>10</sup>

Op 1 januari 2018 is Opella gestart met *Thuis geven* voor cliënten met cognitieve problematiek en een verminderde zelfredzaamheid (ervaren geheugenklachten of dementie) die woonachtig zijn in de gemeente Ede. Voor deze doelgroep is het experiment domeinoverstijgend samenwerken in Ede opgestart met een looptijd van drie jaar (september 2018 t/m 2021). In totaal wilde Opella gedurende het experiment 300 cliënten includeren die behoren tot het experiment. Daarnaast wil Opella voor al haar klanten de zorg en ondersteuning op deze nieuwe werkwijze organiseren. De werkwijze *Thuis geven* wordt (met uitzondering van het inzetten van ondersteuning vanuit de Wmo door een arrangeur) in de hele organisatie doorgevoerd. De

effectmeting beperkt zich echter tot de specifieke doelgroep cliënten met cognitieve problemen woonachtig in de gemeente Ede waarvoor arrangeurs vanuit *Thuis geven* ondersteuning ook vanuit de Wmo kunnen inzetten.

Het doel van *Thuis geven* is het samenhangend organiseren van zorg en ondersteuning met één klant, één plan en één arrangeur (wijkverpleegkundige of casemanager dementie) die kan handelen over de domeinen heen. Zo kan de arrangeur zelf voor een cliënt een Wmo-indicatie initiëren en deze door de Wmo-consulent van de gemeente laten accorderen. Zo kan sneller zorg en ondersteuning worden ingezet en krijgt de cliënt geen extra huisbezoek. De arrangeur heeft daarbij oog voor wat echt belangrijk is voor de betreffende cliënt en wat de cliënt voldoening geeft. Deze nieuwe werkwijze vraagt om een cultuuromslag waarbij anders wordt gekeken naar de uitdagingen van het dagelijks leven. De uren die de arrangeurs besteden aan het experiment worden betaald vanuit de Zvw.

Om de nieuwe werkwijze in de praktijk te kunnen brengen en in de rol van arrangeur te kruipen, volgen wijkverpleegkundigen en casemanagers dementie gedurende acht maanden het leerpad *Thuis geven*. Het leerpad bestaat uit praktijkopdrachten en twee trainingen: *Zingeving* (vijf dagdelen) en *Arrangeur in regie* (zes dagdelen). Eind 2019 hebben 23 hbo-verpleegkundigen (inclusief drie casemanagers dementie) in de thuiszorg in Ede de trainingen *Arrangeur in regie* en *Zingeving* gevolgd. Daarnaast krijgen medewerkers in de thuiszorgteams een op het team afgestemde training.

Opella, de gemeente Ede, Menzis zorgkantoor en Menzis zorgverzekeraar komen een aantal keer per jaar bijeen in de regionale projectgroep DOS/*Thuis geven*.

### 2.3.2 *Werkwijze Thuis geven*

De werkwijze *Thuis geven* heeft als doelgroep kwetsbare ouderen met cognitieve problematiek en een verminderde zelfredzaamheid (ervaren geheugenklachten of

---

<sup>10</sup> <https://www.opella.nl/thuis-geven-met-domeinoverstijgend-werken>

---

dementie) die woonachtig zijn in de gemeente Ede. Mensen uit deze doelgroep worden, na het geven van hun toestemming, geïnccludeerd in het experiment *Thuis geven*. In de meeste gevallen ontvangen cliënten al zorg en/of ondersteuning.

De arrangeurs, die ook als wijkverpleegkundige of casemanager werken, vullen bij inclusie van een cliënt het 'nulmeting document' in om de situatie waarin de cliënt zich op dat moment bevindt, inzichtelijk te maken en te registreren. Het document bestaat uit tien stappen. Allereerst noteert de arrangeur een aantal gegevens van de cliënt, zoals de datum van de nulmeting, de woonsituatie van de cliënt en de mate van dementie (indien van toepassing). Vervolgens vult de arrangeur de kwetsbaarheidsschaal van de cliënt in door de GFI<sup>11</sup> af te nemen. Indien er een MMSE<sup>12</sup> beschikbaar is vanuit de POH of huisarts wordt deze toegevoegd. Zo niet, dan wordt alleen de GFI gebruikt. De arrangeur vulde aanvankelijk daarna de zelfredzaamheidsradar en vragenlijst Positieve Gezondheid (Machteld Huber) in, totdat gedurende het experiment bleek dat dit naar verhouding een te grote belasting was voor zowel de cliënt als de arrangeur. In paragraaf 3.2.1 gaan we hier uitgebreider op in.

Verder brengt de arrangeur eventueel samen met de cliënt het netwerk in kaart met behulp van het 'ecogram' als de arrangeur het ecogram behulpzaam acht. Op het ecogram komen alle personen voor, die een rol spelen in het leven van de cliënt (partner, (klein)kinderen, burens, vrienden, hulpverleners et cetera). De arrangeur werkt alle betrokkenen uit in het registratiesysteem Fundum. Door deze uitgebreide uitvraag krijgt de arrangeur een goed beeld van de cliënt en diens wensen en behoeften. De arrangeur kan met deze informatie aan de slag om te kijken wat de cliënt en/of diens naasten zelf kunnen doen of wat er aan informele of formele zorg gestimuleerd of ingezet kan worden om te komen tot een betere kwaliteit van leven. Tot slot vult de arrangeur het gekozen arrangement in, bekijkt welke oplossingen op

het gebied van hulpmiddelen, zorgtechnologieën en informele zorg al ingezet worden en wordt aan de cliënt gevraagd de klantervaringen in te vullen (op basis van de vragen van Zorgkaartnederland.nl en aanvankelijk ook aanvullende vragen over de financieringsdomeinen). Alle gegevens uit de nulmeting worden in een Excel-bestand vastgelegd en aangevuld na elke halfjaarlijkse vervolgmeting. Gedurende het experiment leggen de arrangeurs tussentijdse bevindingen of wijzigingen van het arrangement vast in het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD) 'Fundum'.

### 2.3.3 Voortgang Thuis geven

In Ede zijn tot nu toe in totaal 89 cliënten geïnccludeerd. Hiervan zijn er 26 opgenomen in een verpleeghuis en zijn er 6 mensen overleden. Het aantal cliënten dat nu nog in het experiment zit is 57.

## 2.4 Hollandscheveld

### 2.4.1 DOS Hollandscheveld

Op 18 december 2018 hebben de zorgaanbieder NNCZ, de Dorpscoöperatie Hollandscheveld Verbindt, de gemeente Hoogeveen, Zilveren Kruis zorgverzekeraar en Zilveren Kruis zorgkantoor en zorgaanbieders Icare, Buurtzorg en Beter Thuis Wonen, de samenwerkingsovereenkomst getekend voor een driejarig experiment domeinoverstijgend samenwerken (DOS). Met DOS Hollandscheveld wordt getracht de zorg en ondersteuning voor kwetsbare mensen in Hollandscheveld te verbeteren en duurzaam in te richten. DOS Hollandscheveld draagt bij aan de visies van Zilveren Kruis gericht op 'zorg veilig thuis' en de gemeente Hoogeveen voor het 'realiseren van een naadloos samenhangend hulpaanbod'. Het experiment DOS Hollandscheveld raakt aan het initiatief 'Zorg in de Wijk' van Zilveren Kruis dat zich

---

<sup>11</sup> Groningen Frailty Indicator.

[http://www.platformouderenzorg.nl/bestanden/s2\\_gfi\\_lijst\\_voor\\_in\\_de\\_syllabus\\_copy1.pdf](http://www.platformouderenzorg.nl/bestanden/s2_gfi_lijst_voor_in_de_syllabus_copy1.pdf)

<sup>12</sup> Mini-Mental State Examinatie.

[http://www.platformouderenzorg.nl/bestanden/MMSE\\_toelichting.pdf](http://www.platformouderenzorg.nl/bestanden/MMSE_toelichting.pdf)

---

onder andere richt op Hollandscheveld. In dit initiatief worden de eerder genoemde zorgaanbieders samen verantwoordelijk gemaakt voor de zorg en ondersteuning in een bepaalde wijk. Uniek aan het experiment in Hollandscheveld is de betrokkenheid van de dorpscoöperatie Hollandscheveld Verbindt als mede-initiatiefnemer van het experiment. De dorpscoöperatie is de ledenorganisatie die de Wmo-ondersteuning voor alle inwoners regelt in Hollandscheveld<sup>13</sup>. Zij zetten vrijwilligers in voor diensten aan inwoners die hulp nodig hebben en lid zijn van de ledenorganisatie.

DOS Hollandscheveld richt zich op alle kwetsbare inwoners die 18 jaar of ouder zijn, thuiswonend in Hollandscheveld, met een (professionele) hulpvraag aan de dorpscoöperatie of deelnemende zorgaanbieders. Met het experiment DOS Hollandscheveld willen de samenwerkingspartners aantonen dat het organiseren van zorg en ondersteuning vanuit één integraal perspectief bijdraagt aan een beter antwoord op de vraag van de kwetsbare inwoner dan vanuit het perspectief van de verschillende financieringsdomeinen. Centraal staat het betrekken van de omgeving van de cliënt en waar mogelijk het burgerinitiatief, zodat de kwetsbare inwoner langer verantwoord thuis kan blijven wonen en de kwaliteit van leven verhoogt, mogelijk tegen lagere maatschappelijke kosten.

#### 2.4.2 *Werkwijze DOS Hollandscheveld*

Vanuit de dorpscoöperatie Hollandscheveld Verbindt is in 2015 een dorpsregisseur aangesteld. De dorpsregisseur in Hollandscheveld is uitsluitend verantwoordelijk voor het regelen van de zorg- en welzijnssteuning. De dorpsregisseur is bevoegd om zelfstandig Wmo-voorzieningen voor inwoners te regelen. Er is een team van *maatwarkers*, bestaande uit de dorpsregisseur en wijkverpleegkundigen. Elke zorgaanbieder levert een maatwerker die arrangementen met informele en formele zorg kan samenstellen. Inmiddels zijn er twee maatwarkers actief per organisatie. De maatwarkers benaderen iedere hulpvraag in eerste instantie vanuit het perspectief van informele zorg. Hiervoor kunnen ze gebruik maken van de inzet van vrijwilligers

van de dorpscoöperatie Hollandscheveld Verbindt, of nodigen ze inwoners van Hollandscheveld uit om zich in te zetten voor hun dorpsgenoten. Daarnaast zijn de maatwarkers in staat om zorg (en ondersteuning) op basis van de behoefte van de cliënt snel in te zetten (zowel vanuit de Wmo, de Zvw en de Wlz) door de korte lijnen die binnen het experiment zijn georganiseerd. Administratief maakt de dorpsregisseur de inzet vanuit de Wmo in orde, de wijkverpleegkundigen doen dit voor de Zvw en de Wlz. Via de dorpsregisseur kunnen de maatwarkers van de zorgaanbieders ondersteuning vanuit de Wmo inzetten. De maatwarkers van de vier zorgaanbieders en de dorpsregisseur die als vaste partners en aanspreekpunten voor de deelnemers van het experiment fungeren, vormen een belangrijke basis van DOS Hollandscheveld. Zij zijn verantwoordelijk voor het opstellen en beheren van een integraal ondersteuningsplan van de cliënt en zijn of haar naaste(n).

#### 2.4.3 *Voortgang DOS Hollandscheveld*

Er zijn in Hollandscheveld tot nu toe 70 cliënten geïncludeerd, waarvan er 4 zijn opgenomen en 7 zijn overleden. Op dit moment zitten er 59 cliënten in het experiment.

---

<sup>13</sup> <https://www.hollandscheveldverbindt.nl/>



---

## 3. Procesevaluatie

### 3.1 Dongen

#### 3.1.1 Implementatie CCD

Kenmerkend aan de implementatie van Community Care Dongen (CCD) is de kleinschalige opzet. Stichting Maria-Oord is een kleinschalige aanbieder van zorg, verpleging en welzijn<sup>14</sup>. Maria-Oord biedt thuiszorg en verpleeghuiszorg aan cliënten in Dongen en Oosterhout. Het motto is: 'Kleinschalig Anders', waarmee het kleinschalige karakter van de visie en werkwijze wordt benadrukt. Dit wil niet zeggen dat CCD alleen in een kleinschalige organisatie kan worden uitgevoerd; wel heeft het kleinschalig werken en organiseren voor het experiment goed gewerkt. Dit kan ook binnen een grote(re) organisatie.

De bestuurder van Maria-Oord is de grondlegger van experiment CCD. Hij heeft gedurende het hele proces de rol van inspirator vervuld om zowel intern als extern mensen in deze werkwijze mee te krijgen. De bestuurder is gedurende de hele voorbereiding en de uitvoering van het experiment betrokken (geweest) en daarmee een constante factor in CCD. Daarnaast is voor de implementatie van CCD een onafhankelijk projectleider vanuit het programma Waardigheid en Trots aangesteld. Dit is een belangrijke trekkende kracht om CCD binnen Maria-Oord te implementeren en te borgen. Na afronding van het experiment eind 2020 wordt de externe projectleider opgevolgd door een interne projectleider binnen CCD.

De leefcoach is het eerste aanspreekpunt voor de cliënt en zijn of haar naaste(n) in het experiment. CCD is gestart met twee leefcoaches met een (wijk)verpleegkundige achtergrond. Gedurende het experiment is het aantal leefcoaches uitgebreid en zijn leefcoaches van andere typen zorgprofessionals (bijvoorbeeld met een welzijnsachtergrond) aangenomen. Voor de invulling van de rol van een leefcoach is

---

<sup>14</sup> <https://mariaoord.nl/>

bij aanvang van CCD een vacature uitgezet. Hierdoor hebben de leefcoaches bewust gekozen voor CCD, staan zij achter het gedachtegoed van CCD en jagen zij dit aan.

De werkwijze en het gedachtegoed van CCD is nog niet in de hele organisatie doorgevoerd. Het vraagt echt een cultuuromslag en dit kost tijd. Binnen de organisatie is een training op maat samengesteld (door BSTG) en breed gegeven aan medewerkers binnen de organisatie, ook aan de huishoudelijke dienst werkzaam bij Maria-Oord. Medewerkers geven aan dat het in gezamenlijkheid leren en verbeteren van meerwaarde is, en dat scholing hier een belangrijk onderdeel van is.

---

*“Samenwerking tussen team zorg thuis, huishoudelijke dienst en de verpleegafdeling is van belang voor CCD”*

*“CCD is een ontwikkeling waarbij je tegen mogelijkheden én onmogelijkheden aanloopt.”*

*Bron: enquête medewerkers CCD*

---

#### 3.1.2 Samenwerking CCD

De samenwerking tussen verschillende organisaties binnen de gemeente Dongen wordt aangemerkt als 'des Dongens'. Het is volgens de gemeente Dongen vanzelfsprekend dat organisaties kijken waar ze elkaar kunnen helpen. De afstand tussen Maria-Oord en de gemeente Dongen is kort (onder andere door de fysieke nabijheid). Daarnaast was er een goede voedingsbodem voor de samenwerking tussen de Gemeente Dongen en Maria-Oord. VGZ (zorgkantoor en zorgverzekeraar) is nauw betrokken bij CCD. In 2021 bekijkt VGZ of CCD een Zinnige Zorg project kan worden.

Zorgverzekeraar VGZ, het zorgkantoor en de gemeente Dongen zijn vroegtijdig betrokken bij het experiment. De eerste contacten zijn in 2015 al gelegd. Dit heeft gezorgd voor betrokkenheid van en handelingsperspectief voor deze partijen. Uitdaging voor de samenwerking tussen deze partijen is dat er op bestuurlijk niveau veel commitment is, maar dit niet altijd doorwerkt in het middenmanagement en de uitvoering. Niet alle uitvoerende medewerkers van de gemeente Dongen waren bijvoorbeeld op de hoogte (van de doelstelling en werkwijze) van CCD, waardoor er niet altijd snel geschakeld kon worden en leefcoaches van Maria-Oord bij de gemeente Dongen vastliepen.

#### Werkzame elementen

- Overzichtelijk (in verband met kleinschalige opzet).
- Bestuurder als inspirator.
- Intrinsieke motivatie leefcoaches (in verband met werving CCD).
- Breder gedragen gedachtegoed (in verband met training voor meerdere betrokken professionals).
- Bekendheid CCD bij burgers (verhaal blijven vertellen).
- Onafhankelijk projectleider (trekkende kracht).

#### Uitdagingen

- Verbinding leggen tussen bestuurlijk en uitvoerend niveau bij de betrokken organisaties.

## 3.2 Ede

### 3.2.1 Implementatie *Thuis geven*

Opella is gestart met de implementatie van *Thuis geven* als nieuwe werkwijze bij dertien Thuiszorgteams in gemeente Ede. Opella heeft afspraken gemaakt met gemeente Ede over de doorzettingsmacht van arrangeurs. Arrangeurs in werkgebied

Ede zijn getraind op indiceren vanuit de Wmo. Het streven van Opella is om *Thuis geven* als nieuwe werkwijze door middel van een programma-aanpak breed uit te rollen binnen de organisatie. Binnen deze werkwijze loopt het experiment domeinoverstijgend samenwerken dat zich specifiek richt op mensen met cognitieve problemen en waarbij arrangeurs in overleg met de gemeente Ede vanuit de Wmo kunnen indiceren. Voor het experiment domeinoverstijgend samenwerken binnen Opella is een belangrijk voordeel dat Opella zowel voor de Wmo, Zww als Wlz zorg/ondersteuning levert. Opella kan binnen de eigen organisatie domeinoverstijgend werken en door de korte lijnen tussen professionals heel snel schakelen tussen de verschillende diensten die Opella aanbiedt.

Bij aanvang lag de verantwoordelijkheid voor de implementatie van deze nieuwe werkwijze bij een van de bestuurders van Opella. Daarna is er een projectleider uit de eigen organisatie aangesteld. Deze projectleider had naast de verantwoordelijkheid voor de implementatie van *Thuis geven* ook nog reguliere werkzaamheden. Het aantal geïnccludeerde cliënten is lager dan de door Opella vooraf geformuleerde ambitie. Een mogelijke oorzaak hiervan betreft de beperkte invloed van de projectleider op organisatie brede ontwikkelingen. Daarnaast was er ook sprake van wisseling van personen. De projectleider is gedurende de looptijd vervangen en de bestuurder is vertrokken. Ook bracht het experiment domeinoverstijgend samenwerken extra regellast met zich mee, wat medewerkers er mogelijk van weerhield om cliënten te includeren. Dit gaat onder andere om de toestemming die gevraagd moet worden aan de cliënt om deel te nemen aan het onderzoek gekoppeld aan het experiment en de registratie van (extra) gegevens ten behoeve van de monitoring. Gedurende de looptijd van het experiment is de registratielast afgenomen door het kritisch heroverwegen van de vragenlijst. Zo wordt de uitgebreide scorelijst voor de Positieve Gezondheid niet meer gebruikt en wordt er meer vastgelegd in het elektronisch cliëntendossier (ECD). Dit geeft minder papierwerk en borgt de opgehaalde informatie op een centrale plek.

De leergang *Thuis geven* voor arrangeurs liep eveneens vertraging op. Medewerkers gaven geen prioriteit aan deze trainingen wegens hoge werkdruk en de werkwijze

---

was relatief onbekend. Hierdoor zagen ze de voordelen niet in van het experiment en wisten ze niet goed hoe ze cliënten moesten vragen om deel te nemen aan het experiment. Voor medewerkers was niet altijd duidelijk hoe *Thuis geven* zich verhoudt tot andere ontwikkelingen binnen de organisatie en wat het experiment domeinoverstijgend samenwerken precies inhoudt. Met de organisatie van de Opella experience (met een inspirerende gastspreker) is binnen de organisatie meer bekendheid gegeven aan *Thuis geven*. Daarnaast is met een bijeenkomst over de meerkosten Wmo meer bewustzijn gecreëerd over de financiële meerwaarde van deze manier van werken. Verder zijn de arrangeurs getraind, deden zij aan intervisie en casuïstiekbesprekingen. Tot slot zijn de projectleider en de ondersteuner vanuit Waardigheid en Trots langsgeslagen bij de teams van de gemeente om de werkwijze beter te laten verlopen en de arrangeurs te ondersteunen.

---

*“Wat Thuis geven betekent is voor mij wel duidelijk. Wel merk ik nog steeds dat binnen de organisatie iets abstracts gedacht wordt bij de term Thuis geven. Voor mij, en volgens mij ook voor Opella, is Thuis geven een manier van werken, een bepaalde houding, en valt Thuis geven meer onder de organisatiecultuur dan onder een abstracte noemer.”*

*Bron: enquête medewerkers Thuis geven*

---

### 3.2.2 Samenwerking Thuis geven

Opella, gemeente Ede, Menzis Zorgkantoor en Menzis Zorgverzekeraar komen een aantal keer per jaar bijeen in de regionale projectgroep DOS/*Thuis geven*. De betrokken partijen werken ook in andere projecten samen en kennen elkaar goed. Door eerdere projecten zoals regelarm werken is een goede voedingsbodem gelegd voor samenwerking tussen de gemeente Ede, Menzis en Opella. Partijen weten elkaar te vinden en de lijntjes zijn kort. Uitdagingen zijn de wisseling van verantwoordelijke personen en elkaar echt proberen te begrijpen. Ondanks dat de

betrokkenen regelmatig bij elkaar komen en naar elkaar luisteren, is het soms lastig om te begrijpen in welk krachtenveld andere organisaties zich bevinden.

#### Werkzame elementen:

- Opella levert zorg en ondersteuning op basis van de Wmo, de Zvw en de Wlz. Daarmee is Opella niet afhankelijk van andere partijen en kan daarmee ook binnen de organisatie domeinoverstijgend samenwerken.
- Via een programma-aanpak (planmatig) realiseren van de bredere uitrol (schip van de wal krijgen).
- Opella Experience in teken van Thuis geven + inspiratie via verschillende communicatiebronnen; zorgt voor draagvlak bij personeel. (Dit was breder dan het experiment, maar heeft hierbij wel geholpen).

#### Uitdagingen:

- De motivatie behouden in en na de lange aanloop (voordat daadwerkelijk gestart kon worden).
- Regellast nul- en 1-meting (dit is gedurende het experiment verminderd).
- Interne projectleider die door andere werkzaamheden ook andere verplichtingen heeft.
- Commitment van een brede groep professionals in de uitvoering (in verband met brede uitrol).

---

### 3.3 Hollandscheveld

#### 3.3.1 Implementatie DOS Hollandscheveld

In tegenstelling tot de experimenten in Dongen en Ede kent DOS Hollandscheveld een brede doelgroep. Toeleiding vindt plaats via de reguliere 'toegangspoorten' naar de Zvw en Wmo, dat betekent dat zowel de huisarts, wijkverpleegkundigen als medewerkers van de dorpscoöperatie en de welzijnsorganisatie (kwetsbare) mensen zich kunnen aanmelden voor het experiment. Na de voordracht vindt intake plaats door de maatwerker van de deelnemende organisatie waar de inwoner zich meldt.

Een ander belangrijk kenmerk van DOS Hollandscheveld is dat het mede is geïnitieerd vanuit de dorpscoöperatie Hollandscheveld Verbindt. Een groot deel van de inwoners van Hollandscheveld is aangesloten bij de dorpscoöperatie, waardoor er in beginsel sprake is van betrokkenheid bij DOS onder inwoners van Hollandscheveld. Door de actieve rol van de dorpscoöperatie is er nauwe samenwerking ontstaan tussen informele en formele zorg. De dorpsregisseur is een bekend gezicht en vervult een belangrijke 'spin in het web'-rol tussen de gemeenschap en de formele zorg.

De externe projectleider vormt het bestuurlijk aanspreekpunt en is verantwoordelijk voor de dagelijkse uitvoering van het experiment. NNCZ is een van de grondleggers van DOS Hollandscheveld en door de betrokkenheid van de bestuurder een belangrijke aanjager van het gedachtegoed. Op bestuurlijk niveau hebben de bestuurders van de verschillende deelnemende professionele zorgaanbieders zich later (in augustus 2018) aangesloten bij het experiment. Deze zorgaanbieders zijn aangesloten omdat ze ook gecontracteerd waren in het kader van Zorg in de Wijk. Zorg in de Wijk heeft als doel om samenwerking tussen verschillende partijen te verbeteren. Zorg in de Wijk is wat meer naar de achtergrond verdwenen vanwege DOS. Door de verschillende instapmomenten van betrokken zorgaanbieders, begonnen ze (zeker in de beginfase) niet allemaal op gelijke vlieghoogte en verschilt de mate van betrokkenheid bij (het gedachtegoed van) DOS Hollandscheveld.

De rol van de maatwerker is bij de start van het experiment voorbehouden aan verpleegkundigen (Hbo'er/niveau 5/6) of een hbo-hulpverlener (de dorpsregisseur) in dienst van een van de deelnemende organisaties. Zo nodig zoekt de maatwerker daarbij actief de samenwerking met andere partijen om de zorg zo goed mogelijk te organiseren. De deelnemende professionele zorgaanbieders verschillen in de wijze waarop ze het gedachtegoed van DOS uitdragen en doorgevoerd hebben binnen hun organisatie. Dit heeft effect op de (ervaren) ruimte van maatwerkers om tijd vrij te maken en een bijdrage te leveren aan DOS Hollandscheveld.

De casuïstiekbesprekingen met maatwerkers hebben een positief effect gehad op het uniformeren van de werkwijze en het bespreekbaar maken van belemmeringen waar maatwerkers in hun dagelijkse werk (binnen hun organisatie) tegenaan lopen. Daarnaast zijn op een bepaald moment leden van de projectgroep aangesloten bij de casuïstiekbesprekingen om een gevoel te krijgen bij de werkwijze en de voortgang. Dit heeft geresulteerd in kortere lijnen tussen de maatwerkers en de projectgroep en bijgedragen aan (het versnellen van) de implementatie van DOS Hollandscheveld.

#### 3.3.2 Samenwerking DOS Hollandscheveld

De visie voor DOS Hollandscheveld is opgezet door de bestuurder van NNCZ en bestuursleden van de dorpscoöperatie. Door het uitdragen van de visie met betrekking tot domeinoverstijgend samenwerken vanuit de dorpscoöperatie wordt CCD ondersteund door de gemeenschap. Het idee vanuit DOS Hollandscheveld is om er samen met cliënten en naasten voor te zorgen dat er een gedragen plan voor zorg en ondersteuning komt in de thuissituatie. Hierin komen ook de taken van naasten en vrijwilligers te staan. Er moet één loket zijn waar inwoners terecht kunnen met één maatwerker. Daarnaast worden inwoners gestimuleerd zelf en met elkaar hulpvragen op te lossen. De dorpscoöperatie, gemeente Hoogeveen en de overige deelnemende professionele zorgaanbieders zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het organiseren van het samenspel tussen de maatwerkers en de gemeentelijke dienstverlening vanuit de Wmo.

---

De deelnemende zorgaanbieders, gemeente Hoogeveen, zorgkantoor en zorgverzekeraar Zilveren Kruis en de projectleider vormen gezamenlijk een stuurgroep. Elke partij heeft een vaste vertegenwoordiger. De stuurgroep komt ongeveer maandelijks bijeen om de voortgang van het experiment te bespreken en eventuele knelpunten te benoemen en op te lossen. De bijeenkomsten van de stuurgroep worden voorbereid en (meestal) geleid door de projectleider.

Werkzame elementen:

- Doorzettingsvermogen bestuurder NNCZ.
- Commitment van de dorpscoöperatie.
- Onafhankelijk projectleider (trekkracht).
- Visie gedragen door gemeenschap.

Uitdagingen:

- Commitment op bestuurlijk en uitvoeringsniveau.
- Betrokkenheid van en samenwerking tussen meerdere zorgaanbieders die DOS op eigen manier implementeren/uitvoeren.

---

## 4. Wat werkt veranderkundig?

De centrale vraag voor zowel de procesevaluatie als het actieonderzoek is door ons als volgt geformuleerd: *Welke 'principes' en daaruit volgende (proces)afspraken ten aanzien van de samenwerking tussen betrokken organisaties liggen ten grondslag aan het zo optimaal mogelijk (kunnen) uitvoeren van de experimenten domeinoverstijgende samenwerking? Wat zijn de geleerde lessen ten aanzien van het doorlopen van een (verander)proces om te komen tot een zo optimaal mogelijke samenwerking?*

We onderscheiden het bestuurlijke niveau en de samenwerkende professionals in de uitvoeringspraktijk. Ook reflecteren we op de (benodigde) interactie tussen de niveaus (binnen en tussen organisaties).

### 4.1 De essentie van de verandering

Het gaat in deze experimenten niet simpelweg om het aanpassen van enkele werkprocessen, maar om een transformatie (in de manier van kijken, denken en doen) van betrokken partijen. Complexer problematiek van dementerende ouderen houdt zich niet aan de grenzen van de zorgstelsels. Om deze problematiek hanteerbaar te maken is ook een werkwijze nodig die de grenzen van de verschillende domeinen overstijgt. Dit vraagt om het voelen van en willen werken aan de gezamenlijke opgave die dit met zich meebrengt, waarin de cliënt echt centraal staat. Dat is eenvoudiger gezegd dan gedaan. De stelsel hebben ieder hun eigen regels, werkwijze, betrokken partijen, expertise, et cetera. En deze zijn vaak sterk 'doorgeorganiseerd' in (aansturing van) de uitvoering bij zorgorganisaties. Daarom vraagt domeinoverstijgend samenwerken om een transformatie en niet alleen om het optimaliseren van (bestaande) processen.

In de experimenten kunnen de rol en doorzettingsmacht van de leefcoach, arrangeur of maatwarker het verschil maken. Ze krijgen de ruimte en de tijd om (aan de voorkant) te investeren in het gesprek met de cliënt en diens naaste(n) over wat er

nodig is op korte termijn en op het moment in de toekomst dat zich bepaalde situaties voordoen. Daarin wordt breed gekeken naar zorg én ondersteuning, formeel en informeel. Met deze belangrijke verschillen zijn we er echter nog niet. Door anders te kijken, te denken en te doen, leren de leefcoach, arrangeur of maatwarker ook andere keuzes te maken ten aanzien van het betrekken van het netwerk, de inzet van zorg en ondersteuning, et cetera, en deze ook snel te organiseren, ongeacht vanuit welk domein dit moet komen.

We zien in de experimenten het introduceren van deze rol en doorzettingsmacht juist ook andere positieve effecten van de werkwijze 'triggeren'. Deze zouden in sommige gevallen ook zonder domeinoverstijgend werken en door andere functionarissen bereikt kunnen worden. Maar als één ding blijkt uit de experimenten is dat de kracht zit in de samenhang tussen wat er formeel anders is en de cultuuromslag die met de inzet van de leefcoach, arrangeur of maatwarker wordt bereikt in het benaderen van (de problematiek van) de cliënt. Dit komt wat ons betreft overtuigend naar voren in de kwalitatieve effecten zoals beschreven in hoofdstuk 5 van deze rapportage.

### 4.2 Werkende principes

#### 4.2.1 Commitment en doorzettingsvermogen op bestuurlijk niveau

De drie experimenten laten zien dat bestuurlijk commitment en een gedragen visie door alle betrokken partijen op bestuurlijk niveau belangrijke voorwaarden zijn om domeinoverstijgend samen te werken. Bij de themagroep Domeinoverstijgende bekostiging van Waardigheid en Trots (waar de experimenten Domeinoverstijgend samenwerken uit zijn ontstaan), waren aanvankelijk meer zorgaanbieders / regio's aangesloten. Uiteindelijk zijn na een lange aanloop samenwerkingsovereenkomsten gesloten tussen zorgaanbieders, gemeenten en het zorgkantoor/de zorgverzekeraar in Ede, Dongen en Hollandscheveld. Aan het zetten van deze handtekeningen ging een jarenlange voorbereiding vooraf waarin partijen veelvuldig met elkaar om tafel hebben gezeten. De beoogde transformatie vraagt van alle partijen commitment. Hierbij is gebleken dat het van belang is dat het juiste mandaat aan tafel zit. In de

---

experimenten in Dongen en Ede zijn de betrokken organisaties meestal vroegtijdig aangehaakt. Deze partijen zijn over het algemeen meer betrokken dan organisaties die later aangehaakt zijn. Door vroegtijdig met alle partijen om tafel te gaan, kunnen eventuele risico's in kaart worden gebracht en kunnen afspraken worden gemaakt over bekostiging en andere belangrijke zaken. In Hollandscheveld is gebleken dat het niet tijdig aanhaken van de benodigde betrokken partijen voor veel vertraging kan zorgen. Het experiment in Hollandscheveld is een jaar later gestart dan de experimenten in Dongen en Ede.

Reflectie hierop leert dat ieder experiment is ontstaan uit inspiratie van een visionaire bestuurder van een zorgorganisatie die hard heeft gewerkt om het experiment met een *coalition of the willing* te starten. Deze betrokkenen zijn er samen in blijven geloven en door blijven zetten. Daarbij helpt het als betrokken organisaties elkaar kennen en goede ervaringen hebben met eerdere samenwerkingen (goede voedingsbodem voor samenwerking). Er is immers vertrouwen nodig om de grenzen van de domeinen meer los te laten en hiermee eigen werkprocessen deels uit handen te geven aan de betreffende arrangeur, leefcoach of maatwerker. In alle experimenten was er sprake van frequente onderlinge afstemming over voortgang tussen de verschillende betrokken partijen. Het initiatief hiervoor komt bij de verschillende experimenten vanuit de projectleider.

Daarnaast blijkt de betrokkenheid van de zorgaanbieders, gemeente en zorgkantoor en zorgverzekeraar persoonsafhankelijk. De betrokken personen geloven over het algemeen in de werkwijze en willen van de experimenten domeinoverstijgend samenwerken een succes maken. Dit is een belangrijke voorwaarde om te komen tot een samenwerkingsovereenkomst en regionale samenwerking.

#### 4.2.2 *Uitvoeringspraktijk: het tussen de oren en in de vingers krijgen van de nieuwe werkwijze*

Bestuurlijk commitment alleen is niet voldoende om de werkwijze van domeinoverstijgend samenwerken te implementeren. Uit de experimenten is gebleken

dat naast goede afspraken met betrekking tot samenwerking, 'het tussen de oren en in de vingers krijgen' van deze nieuwe werkwijze een belangrijke succesfactor is. Het gaat om een interne gedragsverandering bij de verschillende typen professionals bij een zorgorganisatie om anders te kijken naar wat cliënten nodig hebben en hoe de zorg en ondersteuning (formeel en informeel) in samenwerking met anderen (professionals en mantelzorgers) ingevuld kan worden. Dit is een andere manier van werken. Hiervoor is het van belang om professionals mee te nemen in het gedachtegoed, namelijk dat het vraagt om durf en lef om anders te kunnen én willen kijken.

Daarnaast is het aan de organisaties om professionals de handvatten te bieden om anders te kunnen handelen. Uit de procesevaluatie blijkt dat de volgende elementen een positief effect hebben op domeinoverstijgende samenwerking:

- a. Een (externe) projectleider die voldoende tijd heeft en toegewijd is om de werkwijze binnen de organisatie te implementeren en daarmee de randvoorwaarden voor professionals om anders te werken creëert;
- b. Het opleiden van professionals en andere medewerkers binnen de organisatie zodat het gedachtegoed van DOS breed gedragen wordt;
- c. Klein beginnen met professionals die het gedachtegoed snappen en uitdragen (naar andere professionals);
- d. Professionals ervaringen en goede voorbeelden uit laten wisselen in casuïstiekbesprekingen, waardoor ze elkaar inspireren en verder helpen;
- e. Professionals faciliteren en rugdekking geven waardoor ze voldoende vertrouwen hebben om ook daadwerkelijk 'andere' keuzes te maken.

---

## 4.3 Uitdagingen domeinoverstijgend samenwerken

### 4.3.1 Bestuurlijk niveau

Een werkend principe van de experimenten domeinoverstijgend samenwerken is een bestuurder (meestal vanuit de zorgaanbieders) die fungeert als inspirator en de andere organisaties meeneemt in het gedachtegoed. Hier schuilt ook meteen het nadeel in dat DOS op sommige momenten als een project van de zorgaanbieder werd ervaren. De gemeenten en zorgkantoren/zorgverzekeraars werden op bepaalde momenten bijgepraat. Het risico is dat domeinoverstijgend samenwerken niet altijd wordt ervaren als een gezamenlijke opgave, omdat het grootste deel van de uitvoering wordt gedaan door de zorgorganisatie. Het is belangrijk dat de zorgorganisatie de andere betrokken organisaties deelgenoot blijft maken van wat er goed gaat en wat er lastig is in domeinoverstijgend samenwerken. Telkens als dit wel (weer) gebeurde, waren andere partijen weer betrokken bij de gezamenlijke opgave. Daarnaast onderschrijven de verschillende betrokken partijen de visie en hebben ze de samenwerkingsovereenkomst getekend, maar dat wil niet altijd zeggen dat ze ook dezelfde beelden hebben bij de wijze waarop de afspraken vertaald worden naar de praktijk. Verschillende betrokken partijen hebben hun eigen perspectief en doelstelling ten aanzien van domeinoverstijgend samenwerken. Daarnaast hebben de betrokken partijen ook te maken met eigen uitdagingen, zoals financiële tekorten in het sociaal domein of een tekort aan zorgpersoneel.

### 4.3.2 Uitvoeringspraktijk

De uitdagingen ten aanzien van de uitvoeringspraktijk hebben betrekking op het creëren van draagvlak voor het gedachtegoed van domeinoverstijgend samenwerken binnen de betrokken organisaties (commitment in de uitvoering) en bij burgers. Dit geldt voor alle betrokkenen. Niet alleen de zorgaanbieder moet het gedachtegoed implementeren; dit geldt ook voor de gemeente, de verzekeraar of het zorgkantoor waarvan de professionals afhankelijk zijn voor het uitvoeren van deze werkwijze.

De uitdaging zit met name in het combineren en verbinden van informele en formele zorg en ondersteuning, en in het integraal organiseren van hulp bij het huishouden of thuiszorg (vanuit de Wmo), de wijkverpleging (vanuit de Zvw) en de dagbesteding. Dit vraagt om een investering in de samenwerking tussen leefcoach, arrangeur of maatwerker met andere professionals bij andere organisaties. Het beter worden in deze afstemming is de uitdaging.

Uit de experimenten bleek dat bestuurlijk commitment nog geen garantie is voor medewerking vanuit de verschillende organisaties. Een voorbeeld hiervan is dat Wmo-consulenten kritisch zijn op de geïndiceerde zorg voor een arrangement in het kader van domeinoverstijgend samenwerken. Dit komt omdat zij in hun reguliere werkproces bepaalde kaders meekrijgen (bijvoorbeeld een maximaal aantal dagdelen dagbesteding in de Wmo; als dat wordt overschreden, dan moet iemand naar de Wlz), terwijl domeinoverstijgend samenwerken juist gericht is op het zo lang mogelijk gelukkig thuis laten wonen van ouderen. Als dit gedachtegoed niet goed overgebracht is, zorgt dat voor frictie tussen de arrangeurs en Wmo-consulenten van de gemeenten.

Ook voor bijvoorbeeld zorgkantoren is het lastig gebleken om het gedachtegoed breed binnen de organisatie te 'verkopen'. De lange doorlooptijd en het feit dat dit wisselingen in betrokken medewerkers tot gevolg kan hebben, maakt deze opgave nog uitdagender. Successen vanuit de experimenten helpen om dit alsnog te doen.



---

## 5. Evaluatie van de kwalitatieve en kwantitatieve effecten

Dit hoofdstuk beschrijft de kwalitatieve en kwantitatieve effecten van domeinoverstijgend samenwerken over de experimenten heen. De kwalitatieve effecten beschrijven we op basis van de gesprekken met cliënten en naasten, de verhalen van arrangeurs bij de mini-businesscases en de medewerkertevredenheid onderzoeken. De kwantitatieve effecten zijn gebaseerd op de financiële gegevens en situatiebeschrijvingen van cliënten uit de mini-businesscases.

### 5.1 Kwalitatieve effecten

Met de kwalitatieve analyse geven we antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

1. Ervaren de deelnemers in het experiment meer grip op hun dagelijkse leven, meer regie en minder regellast?
2. Wat is de ervaring van de arrangeur met name op het vlak van de directe inzet van ondersteuning en zorg op alle domeinen? Hierbij besteden we aandacht aan zowel formele als informele zorg.

We baseren ons bij de beantwoording van deze onderzoeksvragen op de gesprekken met cliënten en naasten, de verhalen van arrangeurs bij de mini-businesscases en de medewerkertevredenheid onderzoeken. Door analyse van informatie uit deze bronnen, kunnen we opmaken of de werkwijze domeinoverstijgend samenwerken leidt tot de verwachte effecten zoals beschreven in de onderzoeksvragen. Gedurende het onderzoek zijn bovendien aanvullende effecten gevonden als gevolg van de werkwijze domeinoverstijgend samenwerken. Alle gevonden effecten van domeinoverstijgend samenwerken zijn gebundeld in een kwalitatief ordeningsschema.

Dit schema is retrospectief van aard; een aantal effecten was niet voorzien. In de tekst geven we duiding bij de gevonden effecten vanuit het perspectief van de cliënt en naasten en vanuit het perspectief van de arrangeur.

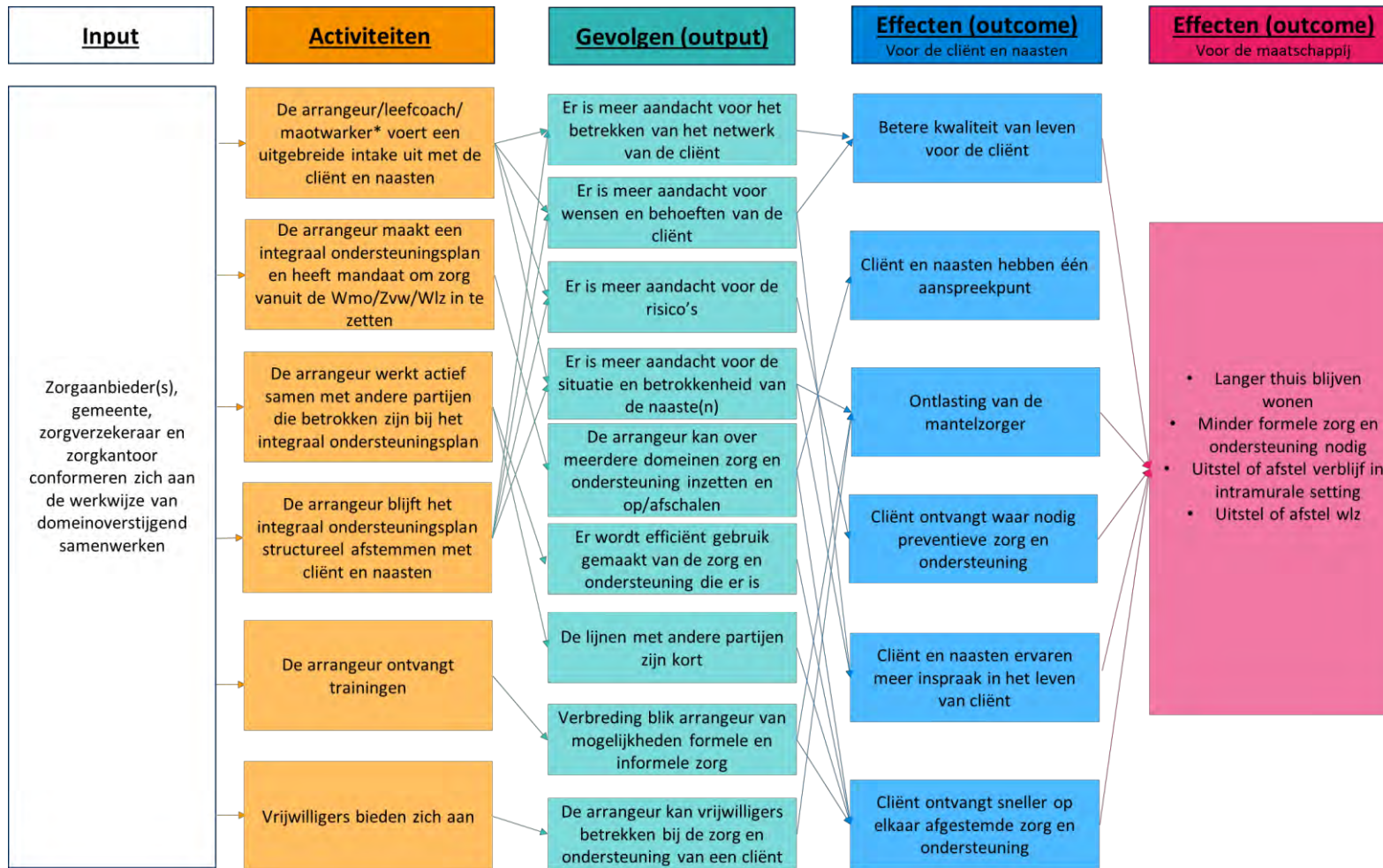
#### 5.1.1 Kwalitatief ordeningsschema in retrospectief

In Figuur 1 is het ordeningsschema weergegeven met de kwalitatieve effecten als gevolg van de werkwijze domeinoverstijgend samenwerken. Het gaat om de kwalitatieve effecten over de experimenten heen.

De kwalitatieve effecten voor de cliënt en/of naaste zijn in het ordeningsschema blauw gekleurd. De kwalitatieve effecten voor de maatschappij zijn roze gekleurd. Deze kwalitatieve effecten noemen we ook wel de *outcome*: dat wat ertoe doet voor de cliënt, naaste(n) en maatschappij. Om tot deze outcome te komen, kijken wij naar welke input, activiteiten en gevolgen aan de kwalitatieve effecten ten grondslag liggen. In het schema is te zien dat de input bij alle gevonden verbanden hetzelfde is, namelijk het door zorgaanbieder(s), gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor conformeren aan de werkwijze van domeinoverstijgend werken. De activiteiten en gevolgen die vervolgens leiden tot een kwalitatief effect zijn daarentegen zeer uiteenlopend en kunnen op meerdere wijzen met elkaar in verband staan. De activiteiten en gevolgen zijn respectievelijk oranje en groen gekleurd in het schema.

De mate waarin de activiteiten, gevolgen en effecten uit het kwalitatieve ordeningsschema zich voordoen in de praktijk verschilt per experiment. Zo wordt er bij het experiment in Hollandscheveld over het algemeen meer gebruik gemaakt van vrijwilligers (informele zorg) en ontvangen arrangeurs bij de experimenten in Ede en Dongen bijvoorbeeld vaker trainingen. Bovendien gaan de beschreven activiteiten, gevolgen en effecten niet voor alle geïnccludeerde cliënten en naasten op.

## Relatie tussen input, output en outcome domeinoverstijgend samenwerken



\* Voor de leesbaarheid van het stuk hanteren we hierna de term arrangeur als we spreken over deze rol voor Dongen, Ede en Hollandscheveld samen.

Figuur 1. Het ordeningsschema met kwalitatieve effecten (retrospectief)

---

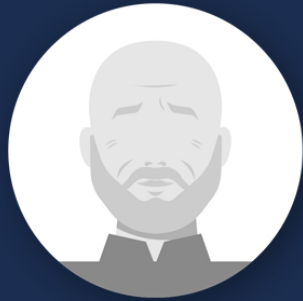
Zo is er niet bij elke cliënt sprake van een mantelzorger die ontlast kan worden. En er is niet bij alle cliënten sprake van uitstel van zorg vanuit de Wlz, omdat zij bij inclusie al een MPT of VPT hadden. Daarnaast is het vooral de combinatie van deze verschillende effecten die de meerwaarde van domeinoverstijgend samenwerken laat zien. In de volgende paragraaf geven we duiding bij de gevonden kwalitatieve effecten vanuit het perspectief van de arrangeur.

### 5.1.2 *Rijke verhalen van de cliënt en naasten*

Zoveel cliënten en naasten, zoveel belevingen. Iedere cliënt of naaste heeft zijn of haar eigen unieke ervaring met de (in)formele zorg en ondersteuning. Desalniettemin zijn er cliënten en naasten met vergelijkbare reizen. Door verschillende cliënten en naasten te spreken ontstijgen we deze unieke ervaring en krijgen we zicht op de rode draden in de ervaringen van cliënten en naasten. Deze rode draden zijn geen gemiddelde, maar het zijn vaak genoemde of opvallende zaken die typerend zijn voor de cliënten en naasten die deelnemen aan de experimenten. Deze rode draden zijn verwerkt in twee persona's<sup>15</sup>. Wij hebben ervoor gekozen persona's te maken van een alleenstaande cliënt (meneer Van der Laan) en een echtpaar (meneer en mevrouw De Bruin). De persona's beschrijven het fictieve verhaal van twee cliënten met hun naasten over de toeleiding naar en ervaringen met het experiment DOS. Per persona komen verschillende activiteiten, gevolgen en effecten voor cliënten, naasten en maatschappij uit het kwalitatieve ordeningsschema samen. We hebben gemerkt dat het combineren van het spreken van cliënten en naasten en de verhalen van arrangeurs voor een cliënt veel meer aspecten van de kwaliteit van leven voor de cliënt, en de geboden zorg en ondersteuning naar boven komen.

---

<sup>15</sup> Een persona is een fictieve karakterisering van een specifieke groep cliënten of naasten.



## Meneer Van der Laan (83)

*Dit is meneer Van der Laan (83). Jaren werkte hij als chef-kok in het meest populaire restaurant uit het dorp. Het restaurant was zijn thuisbasis en eten koken zijn passie. Ook toen meneer Van der Laan met pensioen ging bleef hij maar al te graag koken. Zijn vrouw was er dol op en genoot met volle teugen van zijn specialiteiten. Ook wandelden ze vaak samen en gingen elke dag minstens een keer naar het park. Na het overlijden van zijn vrouw vorig jaar komt meneer Van der Laan steeds minder vaak in de keuken.*

**Zelfredzaamheid:** *Beperkt*

**Woonsituatie:** *Alleenstaand*

**Betrokkenheid netwerk:** *Hoog*

## Casus

### Aanleiding voor inclusie

Met het verlies van zijn vrouw, leken ook zijn liefde voor koken en eetlust af te nemen. Zijn dochter kwam er tijdens bezoeken achter dat haar vader zelfs regelmatig maaltijden oversloeg. Meneer Van der Laan heeft diabetes en dit had effect op zijn bloedsuikers. Ze merkte verder op dat haar vader de naam van haar zoon vergat, zijn medicijnen niet meer altijd op de het juiste tijdstip nam en vond ze laatst zijn portemonnee in de koelkast. Op andere momenten was meneer juist erg opgewekt en helder van geest. De pieken en dalen wisselden elkaar steeds vaker af. Zijn dochter zat met haar handen in het haar en ging samen met haar vader naar de huisarts. Meneer Van der Laan bleek dementie te hebben. De huisarts verwees hen door naar de thuiszorgorganisatie en de arrangeur nam contact op met meneer Van der Laan en zijn dochter.

### Ondersteuningsarrangement en effecten DOS

Samen gingen ze in gesprek en besloten ze dat hij niet meer genoeg had aan de huishoudelijke hulp die hij sinds het overlijden van zijn vrouw in dienst had genomen. In overleg met de betrokken huisarts, ingeschakelde wijkverpleegkundige en particuliere huishoudelijke hulp maakte de arrangeur samen met dochter een plan voor een nieuw en uitgebreider ondersteuningsarrangement. Naast het opstarten van wijkverpleging voor de zorg rondom zijn diabetes en twee dagdelen dagbesteding was de inzet van burens en bekenden uit de wijk een belangrijke toevoeging. Na alle heerlijke gerechten die hij in het verleden voor hen maakte, brengen zij nu maar al te graag maaltijden bij hem langs. De ene dienst is de andere waard. Ook is afgesproken dat de overbuurman iedere zaterdagavond een biertje komt drinken en checkt hij elke dag even of de gordijnen open zijn. Hij heeft de sleutel zodat hij in geval van nood altijd naar binnen kan. Een andere geruststelling voor dochter is de GPS-tracker die ze in overleg met de arrangeur aanschafte. Meneer Van der Laan loopt nog steeds iedere ochtend een klein rondje door het park. Ondanks de sociale controle uit de buurt was dochter erg bang dat hij op die momenten zou verdwalen. Ze belde daarom regelmatig om te controleren of hij weer thuis gekomen was. Met de GPS-tracker hoeft dit niet meer en kan meneer Van der Laan in geval van nood op de SOS knop drukken. Dochter en overbuurman krijgen dan direct een seintje. Naast dat de arrangeur goede adviezen geeft is zij inmiddels een belangrijke steun en toeverlaat voor dochter en neemt ze veel regellast weg. Waar dochter eerst nog bijna elke dag langskwam om te checken of het goed ging met haar vader en zelf regelmatig schakelde met de huisarts en huishoudelijke hulp is dat nu eigenlijk niet meer nodig. De arrangeur is haar aanspreekpunt en wanneer nodig roept zij iedereen om tafel. Nu komt ze nog steeds vaak op bezoek bij haar vader. Niet meer vanuit het gevoel om het in de gaten te houden, maar om gezellig samen de dag door te nemen.



## Mevrouw De Bruin (78)

*Dit is mevrouw De Bruin (78). Samen met haar man schreef ze ruim honderd kinderboeken. Het schrijven is voor het echtpaar ontspanning, samen kunnen ze volledig opgaan in een andere wereld. Mevrouw en meneer De Bruin hebben drie reislustige kinderen die als belangrijke inspiratiebronnen dienden voor de vele verhalen. Inmiddels wonen beide zonen en dochter verspreid over de wereld, maar het contact is nooit afgenomen. Iedere week is er bel- of skypecontact en vorig jaar nog bezocht het echtpaar hun dochter in Australië.*

**Zelfredzaamheid:** *Bepakt*

**Woonsituatie:** *Samenwonend*

**Betrokkenheid netwerk:** *Bepakt*

## Casus

### Aanleiding voor inclusie

Waar mevrouw De Bruin vorig jaar nog zonder problemen het vliegtuig instapte, vielen sinds dit jaar een aantal veranderingen op. Zo begint mevrouw in de auto of op de fiets steeds vaker te twijfelen over verkeersregels, is ze langzamer gaan lopen en kan ze zich moeilijker concentreren tijdens het schrijven van een verhaal of het lezen van een boek. Meneer De Bruin merkt op dat zijn vrouw aanhankelijker begint te worden en dat hij het spannend vindt om haar alleen thuis te laten. Het echtpaar besluit de veranderingen te delen met de huisarts, waarna een test bij mevrouw wordt afgenomen om haar fysieke en psychosociale kwetsbaarheid in kaart te brengen. De uitslag van de test geeft de huisarts aanleiding om mevrouw aan een arrangeur te koppelen.

### Ondersteuningsarrangement en effecten DOS

Het eerste gesprek met de arrangeur is ter kennismaking. Er wordt uitgebreid stilgestaan bij de hobby's, wensen en behoeften van het echtpaar. Mevrouw De Bruin vertelt enthousiast over haar wekelijkse bezoek aan de plaatselijke leesclub, terwijl meneer De Bruin enigszins teleurgesteld laat weten dat hij door de achteruitgang van zijn vrouw minder vaak een bakkie koffie (of borreltje) drinkt met zijn vrienden van de golfclub. Gezamenlijk spreken meneer en mevrouw De Bruin de wens uit zo lang mogelijk samen thuis te willen blijven wonen. Op basis van de situatie besluit de arrangeur dat er niet direct formele zorg en ondersteuning voor mevrouw nodig is. Toch stelt de arrangeur voor om mevrouw De Bruin voor een dag per week naar de dagbesteding te laten gaan. Enerzijds omdat mevrouw opfleurt van sociale contacten, maar ook vooral zodat meneer een moment heeft om weer eens een bezoek te kunnen brengen aan de golfclub. Daarnaast volgt er samen met de arrangeur een gesprek met een aantal leden van de plaatselijke leesclub om te overleggen hoe mevrouw ondanks haar achteruitgang kan blijven deelnemen. Tweemaandelijks is er een skype-gesprek met het echtpaar, (een deel van) de kinderen en begeleidster van de dagbesteding. De laatste keer kwam het huishouden ter sprake. Taken zoals stofzuigen en strijken zijn te intensief voor mevrouw geworden en meneer weet niet goed wat hij er mee moet. Het huishouden wordt hierdoor steeds meer verwaarloosd. Door het overleg met de arrangeur, stond er al een week later een huishoudelijke hulp voor de deur. Niet om alle huishoudelijke taken direct over te nemen, maar juist om mevrouw te helpen de kleine karweitjes zelf te blijven doen én een oogje in het zeil te kunnen houden. Mevrouw vergeet namelijk steeds vaker de was te doen en schone kleren aan te trekken, iets waar meneer niet altijd oplettend op is. Als dat te vaak gaat gebeuren en ook het douchen minder wordt, kan er thuiszorg nodig zijn. Dergelijke zaken die in de nabije toekomst kunnen gaan spelen benoemt de arrangeur regelmatig. Zo is ook gesproken over de mogelijkheid om bij verdere achteruitgang van mevrouw samen te verhuizen naar een aanleunwoning. Meneer en mevrouw De Bruin blijven in dat geval zelfstandig wonen, maar in nabijheid van de zorg en service van het verpleeghuis. En mocht mevrouw op termijn toch moeten worden opgenomen, dan zijn ze allebei gewend aan de locatie en kan meneer mevrouw gemakkelijk opzoeken. Meneer en mevrouw De Bruin voelen zich enorm gesteund door de arrangeur en zijn blij dat er met ze wordt mee gedacht op deze manier.

---

We sluiten deze paragraaf af met het beschrijven van de meest voorkomende effecten uit het kwalitatieve ordeningsschema vanuit het perspectief van cliënten en naasten: het ontlasten van de mantelzorger, cliënten en naasten hebben één aanspreekpunt, en een betere kwaliteit van leven voor cliënten en naasten. Deze effecten zijn op zichzelf los van elkaar niet per se uniek voor domeinoverstijgende samenwerking. Aspecten van de werkwijze en de effecten kunnen ook door anderen en met andere manieren van werken bereikt worden. De kracht van domeinoverstijgend samenwerken zit met name in de samenhang. Juist door meer tijd en ruimte voor de arrangeur om naar de behoeften van de cliënt en diens naaste(n) te kijken en de doorzettingsmacht van de arrangeur hebben een 'meervoudig effect', ook op aspecten die hier niet direct van afhankelijk zijn. Dit laat de meerwaarde van domeinoverstijgend samenwerken zien. De effecten duiden we dit keer met non-fictie verhalen van cliënten en naasten die betrokken zijn in de experimenten domeinoverstijgend samenwerken. De verhalen zijn omwille van de privacy van cliënten en naasten geanonimiseerd.

### **Betere kwaliteit van leven voor cliënten**

In de gesprekken met cliënten en naasten horen we regelmatig terug dat de werkwijze domeinoverstijgend samenwerken bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven voor de cliënt. Een goede kwaliteit van leven is voor iedereen anders. Het is een subjectief begrip aangezien het gaat over de beleving van ieders eigen geluk en functioneren. Een betere kwaliteit van leven komt daarom op verschillende manieren tot uiting. Bijvoorbeeld doordat er meer structuur in het leven van de cliënt is aangebracht. Denk daarbij aan een vast dagritme, een vrijwilliger die een aantal avonden in de week mee-eet of een huishoudelijke hulp die met de cliënt meekijkt welke afspraken en gebeurtenissen er op de kalender staan. Andere cliënten zijn juist meer geholpen met ondersteuning van de arrangeur bij een betere en warmere relatie met hun dierbaren, zoals (klein)kinderen of burens. Uit verschillende verhalen blijkt dat cliënten hun dierbaren niet tot last willen zijn tijdens het dementieproces; met als resultaat dat zij hen gedeeltelijk of soms helemaal uit het oog verliezen. Een gesprek waarbij de arrangeur met iedereen om de tafel gaat zitten kan erg waardevol zijn om deze relaties te herstellen. Dergelijke gesprekken dragen naar verwachting ook bij

aan meer inspraak en een grotere regierol vanuit de cliënt en diens naasten. We horen van naasten en cliënten terug dat het wordt gewaardeerd dat er de tijd wordt genomen voor afstemming en gesprekken, waarbij er mét de cliënt wordt gepraat en niet over de cliënt.

Ook worden er regelmatig gesprekken gevoerd om te kijken hoe het gaat en wat mogelijke scenario's voor de toekomst zijn. De tijd die arrangeurs eraan geven om hier expliciet bij stil te staan en door te luisteren naar de wensen en de behoeften van de cliënt, voelen cliënten en naasten zich gehoord en ervaren zij regie. Andere voorbeelden van belangrijke aspecten voor een goede kwaliteit van leven zijn: de bejegening naar de cliënt door de arrangeur en andere professionals en aandacht voor (oude) hobby's en persoonlijke voorkeuren zoals lievelingsgerechten of favoriete spellen. In het volgende voorbeeld vertelt de naaste van een cliënt haar verhaal over de bijdrage van de werkwijze domeinoverstijgend samenwerken voor de kwaliteit van het leven van haar partner.

---

*Lydia, vrouw van Piet, vertelt over de kwaliteit van leven van haar man*

*“Mijn dochter nam contact op met het experiment omdat zij zag dat het bij ons thuis niet meer ging. Mijn man stond wel drie keer per nacht aan mijn bed, draaide iedere dag steeds meer om mij heen en ik ben zelf ook al 82. Na een gesprek met de arrangeur bleek mijn man dementie te hebben. Mijn man is politieagent geweest. Hij is gewend om op deze manier wat te kunnen betekenen voor anderen. Daarom vind ik het zo triest wat er van hem overblijft door deze ziekte. Maar hij is met het experiment geweldig opgevangen. Vooral de dagbesteding heeft voor mijn man het verschil gemaakt. Hij had best wel in de gaten dat er iets mis was, daarom wilde hij in het begin niet gaan. De arrangeur heeft dat weten om te draaien door hem te vragen zijn grote hobby beeldhouwen op te pakken bij de dagbesteding. Hij vond het geweldig en dacht anderen daarin les te kunnen geven. Dat hebben we zo gelaten en heeft uiteindelijk geweldig uitpakkt. Hij heeft het reuze naar zijn zin op de dagbesteding. Het gevoel dat hij geen deelnemer, maar begeleider is voor hem van grote meerwaarde. Hij kan zich daar nu ook van betekenis voelen.*

*Bron: interview met een naaste die betrokken is bij het experiment in Dongen*

---

### **Cliënt en naasten hebben één aanspreekpunt**

Cliënten en naasten geven aan dat het heel fijn is om één aanspreekpunt te hebben. Wat cliënten en naasten hierin onder andere waarderen is het gevoel dat er echt naar hen geluisterd wordt en dat er met hen meegedacht wordt. Doordat de arrangeur het eerste aanspreekpunt is en het arrangement samenstelt, hebben cliënten en naasten het gevoel dat ze wat meer los kunnen laten. Zij hoeven bijvoorbeeld niet zelf nog te schakelen met de gemeente of andere professionals, omdat de arrangeur dit doet. Dit geeft tegelijkertijd ontlasting, zoals toegelicht in voorgaande tekst over ontlasting van de mantelzorger. De arrangeur biedt naast het regelen van de zorg en het uit handen nemen van de praktische regellast, ook een luisterend oor. Cliënten en naasten begeven zich soms in stressvolle situaties, waarbij de zorg veel van hen vraagt of het

proces van dementie bij een naaste zorgt voor frustratie en onbegrip. Ook dan zijn de arrangeurs er voor de cliënten en naaste(n) en geven waar nodig advies of uitleg over het dementieproces. Daarnaast denken zij met de cliënt en de naaste(n) vooruit over risico's op de langere termijn voor het thuis blijven wonen. Dit zijn niet altijd makkelijke gesprekken, maar dit helpt de cliënt en diens naasten vaak wel. Op deze manier bereiden zij zowel de cliënt als de naaste(n) voor op mogelijke scenario's voor de toekomst. Een eventuele opname kan dan soepeler verlopen. Het volgende voorbeeld illustreert de waarde van de arrangeur voor een naaste van een cliënt, wiens partner inmiddels is opgenomen in een zorginstelling.

---

*Petrus, man van Betty, vertelt over de waarde van de arrangeur voor hem*

*“Mijn vrouw heeft Alzheimer. Het ging eigenlijk steeds slechter thuis, ik moest de hele dag op haar letten. Voorheen ging zij nog naar de dagbesteding, dat was erg fijn. Op die momenten had ik even rust. Ook kwam de wijkverpleging voor haar, want ik kon haar zelf niet meer volledig verzorgen. Maar op een gegeven moment ging het niet meer. Overdag moest ik opletten of ze niet de straat op liep, of dat ze zou vallen. Ze stond midden in de nacht meerdere keren naast mijn bed. Ik ben zelf ook al 80, ik was op. Mijn kinderen zeiden: nu is het genoeg. De arrangeur heeft gedurende het proces met alles geholpen. Ze was een geweldige steun, ook richting mijn vrouw. De gesprekken die we hadden hebben me erg geholpen. Er zijn dingen die je niet allemaal aan je kinderen vertelt. Je wilt ze niet ongerust maken. Het is dan fijn dat je toch even je hart kunt luchten. Ik vond het vreselijk om mijn vrouw te laten opnemen. Ik voelde me ontzettend schuldig. Maar de arrangeur hielp me hierbij en overtuigde me ervan dat het echt nodig was. Met die steun ben ik echt reuze gelukkig. De stilte nu zonder mijn vrouw valt me zwaar. Ook in deze periode zou ik eigenlijk graag de steun van de arrangeur nog hebben.*

*Bron: interview met een naaste die betrokken is bij het experiment in Dongen*

---

---

### **Ontlasting van de mantelzorger**

In de gesprekken met cliënten en/of naasten en gesprekken over cliënten horen we terug dat de mantelzorger als gevolg van de werkwijze domeinoverstijgend samenwerken wordt ontlast. Een belangrijke aanleiding hiervoor is het door de arrangeur betrekken van het netwerk van de cliënt. Denk daarbij aan familie, maar ook aan vrienden of kennissen uit de buurt. Daarnaast zet de arrangeur soms een vrijwilliger in, of hogen ze bijvoorbeeld (tijdelijk) de huishoudelijke hulp wat op om de mantelzorger te kunnen ontlasten. Het ontlasten van de mantelzorger kan op verschillende manieren. Dit kan bijvoorbeeld door een wandeling te maken met de cliënt of de boodschappen te doen, waardoor de mantelzorger even tijd voor zichzelf heeft. Ontlasting kan ook geboden worden vanuit de arrangeur zelf, die een luisterend oor biedt en aandacht heeft voor de zorgen en vragen van de mantelzorger. Arrangeurs ontlasten mantelzorgers tevens door tijdelijk administratieve taken over te nemen, of door het feit dat de arrangeur kan indiceren voor de Wmo en de familie dit niet hoeft te regelen. Mantelzorgers geven aan het als prettig te ervaren dat ze iemand hebben om op terug te vallen. In het voorbeeld lichten we het perspectief vanuit een naaste toe.

---

*Annemarie, dochter van Henk, vertelt over hoe de arrangeur haar ontlast*

*“Henk zit al sinds februari 2019 in het experiment. Hij wil graag zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Hij heeft de diagnose dementie en woont alleen. Zijn vrouw, mijn moeder, is eerder al opgenomen. Henk heeft steeds meer zorg en ondersteuning nodig, bijvoorbeeld hulp met douchen en hulp bij het huishouden. Ik neem zelf alle administratieve taken op me, regel kleding, doe de bankzaken, ik haal nieuwe spullen als er iets stuk gaat, ik doe de boodschappen, noem het maar op. Voordat mijn vader meedeed aan het experiment regelde ik daarnaast ook nog alle zorgtaken. Dit hoeft nu niet meer, de zorg is al gegarandeerd. Dit geeft mij een betere balans. Het zorgt ervoor dat ik naast mantelzorger, ook weer af en toe dochter kan zijn. Dan kunnen we ook eens samen op de bank televisie kijken. Weet je wat het mooiste is? Stel dat ik nu weg zou vallen, dat ik bijvoorbeeld corona zou krijgen, dan weet ik zeker dat het goed komt. De arrangeur zou dan mijn rol overnemen, daar ben ik gerust op. Zij houdt dat allemaal in de gaten en vraagt ook hoe het met mij gaat. Dat vind ik super.”*

*Bron: interview met een naaste die betrokken is bij het experiment in Ede*

---

### **5.1.3 Conclusie over de meerwaarde van DOS voor cliënten**

Onze conclusie is dat cliënten en naasten de werkwijze DOS als positief ervaren. Zo geven naasten aan dat zij zich dankzij de arrangeur ontlast voelen, omdat ze erop kunnen vertrouwen dat de zorg geregeld wordt. Cliënten en naasten geven daarnaast aan dat zij zich gehoord voelen door de arrangeur en dat het fijn is dat zij de arrangeur als aanspreekpunt hebben. Dit is tegelijkertijd overzichtelijk, wat ook voor een verlichting zorgt, naast de steun die de arrangeur biedt. Het langer thuis kunnen wonen in combinatie met deze positieve ervaringen met de arrangeur en de werkwijze



---

van DOS dragen naar verwachting van naasten en arrangeurs bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Cliënten zelf kunnen dit niet altijd duidelijk aangeven, gezien de kwetsbare situatie waar zij zich in bevinden.

#### 5.1.4 Rijke verhalen van de arrangeurs

In deze paragraaf beschrijven we de meest voorkomende gevolgen uit het kwalitatieve ordeningsschema vanuit het perspectief van de arrangeur. Hierbij gaan we voornamelijk in op de activiteiten die tot deze gevolgen leiden en de ervaring van arrangeurs daarbij.

##### **Er is meer zicht op risico's, wensen en behoeften cliënten en naasten**

In zowel de casuïstiekbesprekingen als de enquêtes onder medewerkers geven arrangeurs aan dat er door domeinoverstijgend samenwerken meer bewustwording ontstaat, vooral met betrekking tot de wensen van de cliënt. Bij de inclusie worden risico's en wensen van de cliënt en zijn of haar omgeving beter in beeld gebracht door het afnemen van de nulmeting. Door hier het gesprek over te voeren worden deze risico's en wensen van cliënten beter inzichtelijk en kan op basis hiervan naar mogelijkheden worden gekeken voor het opstellen van een integraal ondersteuningsaanbod.

In het gesprek over wensen en behoeften, wordt ook ingegaan op mogelijke scenario's voor als de situatie verandert. De arrangeur faciliteert dit gesprek, waardoor cliënten en naasten hierover gestimuleerd worden om hierover met elkaar van gedachten te wisselen. Het gesprek over de toekomst blijkt heel waardevol en komt (zo is de ervaring) niet vanzelf tot stand. Zo kan er bijvoorbeeld gesproken worden over op welke wijze cliënten zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, welk verpleeghuis eventueel hun voorkeur heeft als het thuis echt niet meer gaat en wat te doen als de partner of naaste wegvalt. Door de scenario's in een vroegtijdig stadium te bespreken kan waar nodig preventief zorg ingezet worden om crisissituaties te voorkomen. Dat dit ook daadwerkelijk in de praktijk gebeurt, blijkt uit

de enquêtes onder de medewerkers. Circa de helft geeft hierin aan door DOS waar nodig sneller preventieve zorg/ondersteuning in te zetten.

---

*Een voorbeeld van een situatie waarin de man afhankelijk is van de zorg en ondersteuning van zijn vrouw. De vrouw is ziek en gezien het ziektebeeld is de verwachting dat zij op korte termijn overlijdt. Door bespreekbaar te maken wat de man wil als zijn vrouw komt te overlijden, kan hier op geanticipeerd worden. Zo is besloten om huishoudelijke hulp in te zetten, zodat de man alvast kan wennen aan een nieuw gezicht. Daarnaast wordt na het overlijden van de vrouw direct zorg en ondersteuning ingezet, waarmee kan worden voorkomen dat de man na de dood van zijn vrouw wordt opgenomen in een verpleeghuis.*

---

##### **Er is meer aandacht voor het betrekken van het netwerk van de cliënt**

Door domeinoverstijgend samenwerken zijn arrangeurs zich bewuster van het netwerk van de cliënt. Door naasten (zoals kinderen) te betrekken bij de gesprekken en actief naar het netwerk te vragen (bijvoorbeeld met behulp van het ecogram), wordt de omgeving van de cliënt meer betrokken bij de zorg en ondersteuning en kan formele zorg (deels) overbodig gemaakt worden. Vaak blijkt er meer mogelijk dan in eerste instantie door de cliënt wordt aangegeven, waardoor er in het integraal ondersteuningsplan meer wordt ingezet op het activeren en betrekken van het netwerk. Een voordeel is dat de cliënt hierdoor nog contacten onderhoudt en niet vereenzaamt, doordat mensen uit het netwerk af en toe langskomen en/of iets leuks gaan doen met de cliënt. Voorwaarde is wel dat er een beschikbaar netwerk om de cliënt heen is waar een beroep op kan worden gedaan. Hier kunnen allerlei factoren (waaronder demografisch en geografisch) van invloed op zijn.

---

*Een voorbeeld waarin is ingezet op de bewustwording van het netwerk ten behoeve van ondersteuning van de man en diens partner. Door gesprekken te voeren met de familie zijn zij bewuster geworden van de situatie van de cliënt en komen zij nu vaker om een rondje te lopen. Dit is zowel fijn voor de cliënt zelf als dat dit wat rust geeft voor de naasten.*

---

Een effect is dat, als een naaste bij de cliënt betrokken is, de naaste kan worden ontlast. Dit komt in de volgende paragraaf ook terug vanuit de ervaringen van cliënten en naasten. Door het netwerk te stimuleren af en toe een handje te helpen of langs te gaan, kan de naaste op deze momenten tot rust komen. Deze aandacht voor de naasten is heel belangrijk, omdat uit de praktijk blijkt dat de mate waarin een naaste de zorg voor de cliënt vol kan houden een belangrijke factor is in het uitstellen of voorkomen van opname in een verpleeghuis.

---

*Een voorbeeld waarbij het netwerk goed in kaart is gebracht en de kinderen zijn betrokken in het gesprek over de ondersteuning die nodig is om de cliënt thuis te laten wonen. De kinderen hebben een drukke baan en hebben zelf jonge kinderen, waardoor de cliënt hen niet wil belasten en nooit om hulp vroeg. Na een gesprek met de arrangeur bleek dat de kinderen wel degelijk bereid waren om hun bijdrage te leveren. Zo doet een van de kinderen wekelijks boodschappen en bellen ze iedere dag om een praatje te maken en te checken of alles goed gaat.*

---

#### ***Er is meer en betere afstemming tussen professionals betrokken bij de cliënt***

Door het opstellen van een integraal ondersteuningsplan krijgt de arrangeur zicht op de verschillende professionals die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning van de cliënt. Door de regierol van de arrangeur wordt bewuster afstemming gezocht tussen de professionals om de cliënt heen. Arrangeurs ervaren vaker dat ze door deze wijze

van domeinoverstijgend samenwerken makkelijker contact leggen met andere professionals (zoals de huisarts of een psycholoog), of andere professionals juist met de arrangeur. Hierdoor wordt de zorg en ondersteuning rondom de cliënt beter op elkaar afgestemd, en wordt efficiënt gebruik gemaakt van de professionals die bij een cliënt thuis komen door hen meerdere taken uit te laten voeren. Ook is er één duidelijk aanspreekpunt. Overigens is de afstemming met andere professionals ook afhankelijk van de context waarin wordt samengewerkt. Zo maakt het verschil of er in een regio maar een aantal huisartsen werkzaam is of dat medewerkers met veel verschillende huisartsen te maken hebben. De lijntjes zijn in het eerste geval vaak korter waardoor onderlinge afstemming ook sneller en gemakkelijker gaat.

---

*Een voorbeeld van meer en betere afstemming is het signaleren van valgevaar bij een vrouw. Door de korte lijntjes tussen de professionals is hier snel actie op ondernomen om valpreventie in te zetten.*

---

---

*Voorbeeld van het efficiënt gebruik maken van professionals is een huishoudelijke hulp die oogje in het zeil houdt als de man gaat douchen. De man kan dit nog zelf, maar moet hiertoe aangespoord worden. De huishoudelijke hulp neemt deze taak een aantal keer per week op zich en zorgt dat de man schone kleding aantrekt. Hierdoor hoeft geen persoonlijke verzorging te worden ingezet.*

---

#### ***Arrangeur kan snel op elkaar afgestemde zorg en ondersteuning inzetten***

Door domeinoverstijgend samenwerken kan snel een integraal en passend aanbod van zorg en ondersteuning worden ingezet, doordat de arrangeur dit over de domeinen heen kan regelen. Het snel kunnen schakelen met de andere professionals speelt hierbij ook een rol. De arrangeur kan voorzieningen uit de Wmo aanvragen, waardoor deze sneller ingezet kunnen worden dan bij een reguliere aanvraag. Dankzij domeinoverstijgend samenwerken zijn arrangeurs zich daarnaast ook bewuster van

---

een groter palet aan mogelijkheden en hebben ze mandaat om tijdig en los in te zetten wat nodig is, zodat cliënten langer thuis kunnen blijven wonen en opname in een verpleeghuis mogelijk uitgesteld kan worden of kan worden voorkomen.

---

*Een voorbeeld waar snel ondersteuning is ingezet, betreft een situatie waarin de partner dreigde om te vallen. De arrangeur heeft het aantal dagdelen dagbesteding toen uitgebreid, waardoor de naaste tot rust kon komen en een opname in het verpleeghuis voor dat moment is voorkomen.*

---

#### **Lastig inschatten wat DOS anders maakt dan voorheen**

Naast de positieve ervaringen die we zojuist noemden, vroegen sommige arrangeurs vanuit Ede zich in eerste instantie af wat domeinoverstijgend samenwerken anders maakt van de reguliere werkwijze. Zij geven bijvoorbeeld aan dat zij voorheen ook met een breed blikveld naar de cliënt keken, het netwerk betrokken en schakelden met professionals. In zowel de casuïstiekgesprekken over de mini-businesscases als de enquêtes onder de medewerkers geven zij dan ook soms aan dat er nu niet per se iets anders is gedaan en dat daarmee ook niet direct een verschil merkbaar is in de ingezette zorg of ondersteuning.<sup>16</sup> Wel nuanceren veel arrangeurs deze kanttekening en wordt aangegeven dat zij gedurende de looptijd van het experiment wel duidelijker de meerwaarde zijn gaan zien. Zij geven aan dat er met DOS wel meer ruimte ontstaat om dieper het gesprek in te gaan met cliënten en naasten, wat ten goede komt aan de bejegening richting de cliënt en naar verwachting bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de cliënt. De toegevoegde waarde zit in het vroegtijdig en preventief opereren van de arrangeurs.

#### **5.1.5 Conclusie over de meerwaarde van DOS voor medewerkers**

We concluderen dat arrangeurs over het algemeen een positief beeld hebben van de effecten van domeinoverstijgend samenwerken. Het geeft meer inzicht in de wensen en behoeften van de cliënt, evenals meer inzicht in mogelijke risico's voor de toekomst. Daarnaast is er meer aandacht voor het betrekken van het netwerk, wat zowel de mantelzorger kan ontlasten als ervoor kan zorgen dat er minder zorginzet nodig is. Verder kan de arrangeur snel schakelen met andere professionals en snel de juiste op elkaar afgestemde zorg en ondersteuning inzetten. Vanuit Ede vroegen sommige arrangeurs zich in eerste instantie af in hoeverre deze aspecten van de werkwijze niet al werden uitgevoerd.

In deze paragraaf hebben we gezien dat vanuit kwalitatief oogpunt de werkwijze van domeinoverstijgend samenwerken enerzijds zorgt voor een betere kwaliteit van leven voor de cliënt en naasten. Anderzijds biedt deze manier van werken professionals handvatten om betere zorg en ondersteuning te kunnen leveren. In de volgende paragraaf gaan we in op de kwantitatieve effecten en kijken we naar de gevolgen van de werkwijze op financieel gebied.

---

<sup>16</sup> Dit is deels ook wel begrijpelijk. Medewerkers willen geen beeld schetsen dat de invulling van hun werk eerder niet goed was.

---

## 5.2 Kwantitatieve effecten

Met de kwantitatieve analyse geven we antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

1. In welke mate wordt voor de deelnemers in het experiment het gebruik van Wlz-zorg uitgesteld of mogelijk zelfs voorkomen?
2. Wat zijn de verschuivingen tussen de verschillende financieringsdomeinen Zvw, Wmo en Wlz?

We baseren ons bij de beantwoording van deze onderzoeksvragen op de gegevens van 40 geïncludeerde cliënten. Deze cliënten zijn geïncludeerd in de verschillende experimenten en geselecteerd voor een analyse in de vorm van een mini-businesscase. Dit betekent dat wij geen uitspraken doen over het totaal aantal cliënten dat gedurende de looptijd van de experimenten geïncludeerd is (geweest). In de volgende paragraaf beschrijven wij de situatie en context waarin de 40 cliënten zich gedurende de looptijd van de experimenten bevonden. Vervolgens gaan we in paragraaf 5.2.2. in op de ondersteuningsarrangementen die de cliënten gedurende de experimenten ontvingen en de kosten die daaraan verbonden zijn met en zonder DOS. In paragraaf 5.2.3 geven we ten slotte antwoord op de twee onderzoeksvragen door de ondersteuningsarrangementen met en zonder de werkwijze van domeinoverstijgend samenwerken met elkaar te vergelijken.

### 5.2.1 Situatie en context

De 40 cliënten hebben gemiddeld 12 maanden deelgenomen aan een van de experimenten. Op het moment van inclusie waren 19 cliënten samenwonend met partner of kinderen. De overige 21 cliënten waren alleenstaand. 19 cliënten hadden bij de start van het experiment een goed sociaal netwerk. De andere 21 cliënten hadden een beperkt netwerk. Van de 40 cliënten kregen 14 cliënten 24 uur per dag

ondersteuning van een mantelzorger. Op het moment dat de meting beëindigd werd (in oktober 2020) namen nog 18 van de 40 cliënten deel aan de experimenten. De overige 22 cliënten zijn uitgestroomd, wegens opname in een zorginstelling (17 cliënten) of overlijden (5 cliënten).

### 5.2.2 Ondersteuningsarrangement met en zonder DOS

Binnen het ondersteuningsarrangement van cliënten onderscheiden we drie verschillende financieringsdomeinen, namelijk de Wmo, de Zvw en de Wlz. We kijken eerst naar de ondersteuningsarrangementen die de arrangeurs gedurende de looptijd van de experimenten hebben samengesteld in overleg met de cliënten. We noemen dit de *ondersteuningsarrangementen met DOS*. Cliënten kunnen gedurende het experiment (volgtijdelijk) zorg en ondersteuning ontvangen vanuit meerdere financieringsdomeinen. Zo kan wijkverpleging vanuit de Zvw bij het verkrijgen van een Wlz-indicatie overgaan in een MPT. Voor alle 40 uitgewerkte mini-businesscases is er een *ondersteuningsarrangement met DOS*. Voor 25 (van de 40) cliënten is een scenario uitgewerkt om ondersteuningsarrangement met DOS tegen af te zetten. We noemen dit het *ondersteuningsarrangement zonder DOS*.

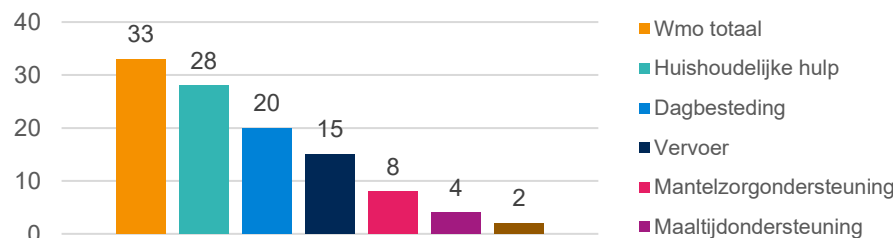
We bespreken eerst enkele overkoepelende gegevens van de 40 mini-businesscases. Daarna maken we specifiek onderscheid tussen de cliënten waarvoor geen alternatief scenario aannemelijk was en de cliënten voor wie wel een alternatief scenario aan ingezette zorg en ondersteuning is opgesteld.

In Tabel 2 is een overzicht opgenomen van de 40 uitgewerkte mini-businesscases en de zorg en ondersteuning die cliënten (hebben) ontvangen in het kader van domeinoverstijgend samenwerken. Tabel 2 is als volgt opgebouwd. Alle 40 mini-businesscases staan onder elkaar, waarbij voor de eerste 15 mini-businesscases geen scenario (*ondersteuningsarrangement zonder DOS*) is opgesteld en voor de onderste 25 wel.

MBC's	Maanden in pilot	Totaal Wmo	Totaal Zw	MPT	VPT	Totaal kosten	Scenario: Wmo totaal	Scenario: Zw totaal	Scenario: Opname	Opname in maanden	Scenario: Totaal kosten	Meerkosten Wmo	Meerkosten Zw	Mogelijke besparing totaal	
	1	7	€ 1.393	€ 1.406	€ 16.742	€ 0	€ 19.541								
	2	15	€ 7.939	€ 15.300	€ 0	€ 0	€ 23.239								
	3	19	€ 0	€ 11.953	€ 0	€ 0	€ 11.953								
	4	16	€ 16.487	€ 18.032	€ 0	€ 0	€ 34.519								
	5	4	€ 0	€ 0	€ 14.772	€ 0	€ 14.772								
	6	4	€ 0	€ 0	€ 16.742	€ 0	€ 16.742								
	7	10	€ 3.726	€ 10.246	€ 0	€ 0	€ 13.972								
	8	9	€ 4.691	€ 19.137	€ 0	€ 0	€ 23.827								
	9	20	€ 21.040	€ 21.277	€ 0	€ 0	€ 42.316								
	10	7	€ 6.607	€ 9.107	€ 0	€ 0	€ 15.714								
	11	8	€ 16.522	€ 12.662	€ 0	€ 0	€ 29.184								
	12	4	€ 0	€ 1.091	€ 0	€ 0	€ 1.091								
	13	8	€ 8.080	€ 5.090	€ 11.182	€ 0	€ 24.353								
	14	8	€ 4.425	€ 20.180	€ 0	€ 0	€ 24.605								
	15	4	€ 0	€ 0	€ 22.670	€ 0	€ 22.670								
<b>Gemiddeld 1-15</b>	<b>10</b>	<b>€ 6.061</b>	<b>€ 9.699</b>	<b>€ 5.474</b>	<b>€ 0</b>	<b>€ 21.233</b>									
	16	8	€ 9.002	€ 4.622	€ 4.924	€ 0	€ 18.548	€ 9.002	€ 4.622	€ 6.781	1	€ 20.406	€ 0	€ 0	€ 1.857
	17	23	€ 29.186	€ 14.088	€ 0	€ 0	€ 43.274	€ 21.816	€ 10.530	€ 43.509	6	€ 75.855	€ 7.370	€ 3.558	€ 32.581
	18	15	€ 4.593	€ 25.136	€ 985	€ 0	€ 30.713	€ 3.086	€ 16.888	€ 28.810	5	€ 48.784	€ 1.507	€ 8.248	€ 18.071
	19	9	€ 0	€ 19.313	€ 0	€ 0	€ 19.313	€ 0	€ 6.438	€ 45.759	6	€ 52.197	€ 0	€ 12.875	€ 32.884
	20	7	€ 2.001	€ 11.011	€ 0	€ 0	€ 13.012	€ 69	€ 279	€ 37.887	6	€ 38.235	€ 1.932	€ 10.733	€ 25.223
	21	20	€ 13.622	€ 11.652	€ 0	€ 0	€ 25.273	€ 11.258	€ 9.688	€ 26.005	3	€ 46.951	€ 2.363	€ 1.964	€ 21.678
	22	16	€ 14.214	€ 9.881	€ 8.863	€ 0	€ 32.959	€ 8.315	€ 6.056	€ 58.012	8	€ 72.383	€ 5.900	€ 3.825	€ 39.423
	23	11	€ 8.249	€ 3.745	€ 0	€ 0	€ 11.995	€ 2.987	€ 1.355	€ 52.511	7	€ 56.852	€ 5.263	€ 2.391	€ 44.857
	24	9	€ 1.028	€ 1.321	€ 36.438	€ 0	€ 38.786	€ 1.028	€ 1.321	€ 64.263	8	€ 66.611	€ 0	€ 0	€ 27.825
	25	3	€ 828	€ 3.244	€ 0	€ 0	€ 4.072	€ 331	€ 1.298	€ 16.253	2	€ 17.882	€ 497	€ 1.947	€ 13.810
	26	15	€ 37.280	€ 4.131	€ 0	€ 0	€ 41.411	€ 15.109	€ 310	€ 67.594	9	€ 83.013	€ 22.171	€ 3.821	€ 41.602
	27	12	€ 3.015	€ 7.271	€ 0	€ 55.292	€ 65.578	€ 3.015	€ 7.271	€ 71.737	9	€ 82.024	€ 0	€ 0	€ 16.445
	28	7	€ 777	€ 9.398	€ 0	€ 0	€ 10.175	€ 111	€ 516	€ 43.509	6	€ 44.136	€ 666	€ 8.882	€ 33.961
	29	14	€ 14.726	€ 25.242	€ 0	€ 0	€ 39.967	€ 0	€ 0	€ 112.656	14	€ 112.656	€ 14.726	€ 25.242	€ 72.689
	30	15	€ 0	€ 1.549	€ 0	€ 82.058	€ 83.608	€ 0	€ 0	€ 120.167	15	€ 120.167	€ 0	€ 1.549	€ 36.559
	31	21	€ 14.845	€ 11.904	€ 0	€ 25.949	€ 52.699	€ 4.327	€ 930	€ 90.643	12	€ 95.899	€ 10.518	€ 10.975	€ 43.201
	32	16	€ 13.426	€ 36.619	€ 0	€ 0	€ 50.045	€ 6.984	€ 23.312	€ 46.875	6	€ 77.172	€ 6.442	€ 13.307	€ 27.127
	33	20	€ 7.661	€ 24.890	€ 0	€ 0	€ 32.551	€ 4.527	€ 14.666	€ 64.745	8	€ 83.938	€ 3.134	€ 10.225	€ 51.386
	34	19	€ 3.801	€ 1.962	€ 0	€ 53.695	€ 59.459	€ 3.801	€ 1.033	€ 69.666	9	€ 74.500	€ 0	€ 930	€ 15.041
	35	26	€ 16.932	€ 2.685	€ 0	€ 0	€ 19.617	€ 983	€ 207	€ 188.019	24	€ 189.209	€ 15.948	€ 2.479	€ 169.592
	36	25	€ 4.954	€ 3.460	€ 0	€ 0	€ 8.414	€ 1.099	€ 1.652	€ 77.694	10	€ 80.445	€ 3.855	€ 1.807	€ 72.031
	37	16	€ 15.738	€ 15.905	€ 0	€ 0	€ 31.644	€ 0	€ 0	€ 125.346	16	€ 125.346	€ 15.738	€ 15.905	€ 93.703
	38	16	€ 3.328	€ 22.102	€ 0	€ 41.519	€ 66.948	€ 3.161	€ 11.919	€ 58.012	7	€ 73.091	€ 166	€ 10.183	€ 6.143
	39	5	€ 3.309	€ 981	€ 0	€ 0	€ 4.290	€ 333	€ 310	€ 16.575	2	€ 17.217	€ 2.976	€ 671	€ 12.927
	40	5	€ 4.438	€ 11.878	€ 0	€ 0	€ 16.316	€ 200	€ 2.376	€ 24.125	4	€ 26.700	€ 4.238	€ 9.502	€ 10.384
<b>Gemiddeld 16-40</b>	<b>14</b>	<b>€ 9.078</b>	<b>€ 11.360</b>	<b>€ 2.048</b>	<b>€ 10.341</b>	<b>€ 32.827</b>	<b>€ 4.062</b>	<b>€ 4.919</b>	<b>€ 62.286</b>	<b>8</b>	<b>€ 71.267</b>	<b>€ 5.016</b>	<b>€ 6.441</b>	<b>€ 38.440</b>	
<b>Gemiddeld 1-40</b>	<b>12</b>	<b>€ 7.947</b>	<b>€ 10.737</b>	<b>€ 3.333</b>	<b>€ 6.463</b>	<b>€ 28.302</b>									

Tabel 2. Overzicht van de 40 mini-businesscases en de ondersteuningsarrangementen met DOS en indien van toepassing zonder DOS

Per mini-businesscase is aangegeven hoe lang de betreffende cliënt heeft deelgenomen aan het experiment en wat de kosten vanuit de verschillende financieringsstromen Wmo, Zvw en Wlz waren voor deze cliënt gedurende deze periode. Als cliënten zowel vanuit de Wmo en/of de Zvw en vanuit de Wlz zorg en ondersteuning hebben ontvangen, betekent dit dat zij gedurende het experiment een Wlz-indicatie hebben gekregen. In totaal maakten 33 van de 40 cliënten gebruik van één of meer voorzieningen uit de Wmo. De meest gebruikte vormen van ondersteuning uit de Wmo zijn huishoudelijke hulp (ingezet bij 28 cliënten) en dagbesteding (ingezet bij 20 cliënten). Dit is terug te zien in Figuur 2. Cliënten kunnen gelijktijdig gebruik maken van meerdere voorzieningen in de Wmo. Vanuit de Zvw ontvangen 37 van de 40 cliënten wijkverpleging. Bij één cliënt is naast wijkverpleging ook sociale alarmering ingezet. Bij één cliënt is naast de wijkverpleging ook eerstelijnsverblijf (ELV) ingezet. Van de 40 cliënten ontvangen 14 cliënten op enig moment in het experiment zorg en ondersteuning vanuit de Wlz in de vorm van een volledig pakket thuis (VPT, 5 cliënten) of een modulair pakket thuis (MPT, 9 cliënten).



Figuur 2. Het aantal cliënten (van de 40 mini-businesscases) dat één of meer voorzieningen vanuit de Wmo ontvangt

Op de onderste rij van tabel 2 staan de gemiddelde kosten per cliënt voor de betreffende financieringsstroom, gedurende de looptijd van het experiment. Zo zijn de gemiddelde uitgaven per cliënt vanuit de Wmo bijvoorbeeld € 7.947, bekeken voor alle 40 mini-businesscases. Vanuit de Zvw is dit bedrag gemiddeld € 10.737 per cliënt. De gemiddelde kosten per cliënt vanuit de verschillende financieringsstromen bij elkaar (Wmo, Zvw en Wlz) bedragen € 28.479 voor de ingezette *ondersteuningsarrangementen DOS*.

De ondersteuningsarrangementen die de cliënten gedurende de looptijd van het experiment ontvangen, zetten we voor 25 mini-businesscases af tegen de zorg en ondersteuning die deze cliënten naar verwachting ontvangen zouden hebben wanneer zij niet hadden deelgenomen aan het experiment (het *ondersteuningsarrangement zonder DOS*). Het ondersteuningsarrangement zonder DOS is tot stand gekomen op basis van een inschatting van de betrokken arrangeurs over de verwachte situatie zonder DOS.

Niet voor alle cliënten is een *ondersteuningsarrangement zonder DOS* geconstrueerd. De reden hiervoor is dat op het moment van uitvragen de desbetreffende cliënt naar inschatting van de arrangeur hetzelfde ondersteuningsarrangement zou ontvangen met en zonder DOS. Voor deze cliënten zien we op de meetmomenten tijdens het experiment dus geen verschil in de financiële situatie met en zonder DOS. De verwachting is dat dit verschil bij deze cliënten nog wel optreedt in een later stadium. Door domeinoverstijgend werken vroegtijdig in te zetten, kan er juist voor deze groep cliënten een preventief effect optreden. Hiermee kan op langere termijn opname worden voorkomen of uitgesteld. Het is echter te vroeg om daar (in deze 15 gevallen) een zinnige inschatting van te maken. De financiële effecten zijn volgens deze denklijn nu nog niet zichtbaar, maar leveren mogelijk later alsnog een besparing op. Deze zijn dus nog niet te kwantificeren op dit moment. Over het algemeen zien we bij deze cliënten al wel in kwalitatieve zin een verschil in de situatie met en zonder DOS. Bijvoorbeeld wanneer de mantelzorger wordt ontlast door het inzetten van vrijwilligers of het netwerk. Of wanneer cliënten en naasten een betere kwaliteit van leven ervaren door de tijd en aandacht die arrangeurs besteden aan wensen en behoeften.

---

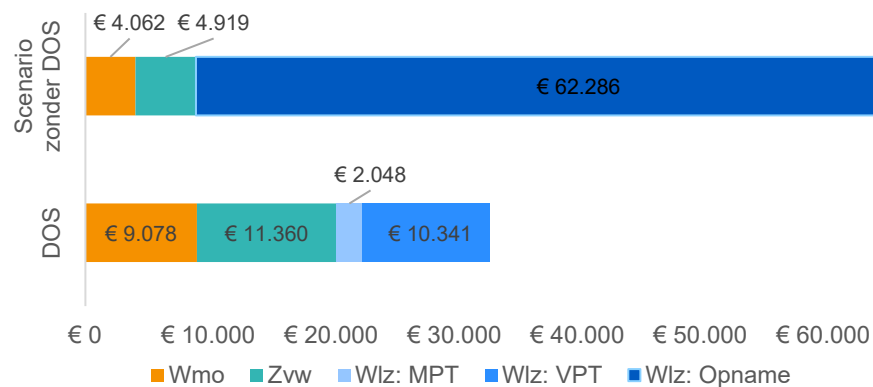
Het onderscheid tussen cliënten waarbij wel of niet een *ondersteuningsarrangement zonder DOS* is vastgesteld hebben wij aangebracht in de tabel. Zo zijn voor de eerste 15 mini-businesscases **geen** ondersteuningsarrangementen zonder DOS vastgesteld. Ten opzichte van de 40 mini-businesscases zien we dat bij deze 15 mini-businesscases dat cliënten korter deelnemer zijn in het experiment (namelijk 10 maanden in plaats van 12 maanden). Daarnaast liggen de gemiddelde uitgaven vanuit alle verschillende financieringsstromen (Wmo, Zvw en Wlz) lager dan voor het totaal aan 40 mini-businesscases. Dit lijkt aannemelijk gezien deze cliënten gemiddeld korter aan het experiment hebben deelgenomen en er daardoor wellicht minder lang kosten zijn gemaakt dan voor de cliënten die langer aan het experiment hebben deelgenomen.

In totaal hebben wij voor 25 cliënten een *ondersteuningsarrangement zonder DOS* weergegeven. In al deze gevallen schatten de arrangeurs in dat er zonder DOS op een bepaald moment sprake geweest zou zijn van opname in een verpleeghuis, dat met DOS is uitgesteld of voorkomen. Om hoeveel maanden het per cliënt gaat (berekend vanaf de geschatte opnamedatum tot aan het laatste meetmoment) is opgenomen in de tabel. Vanaf het ingeschatte moment van opname in het scenario zonder DOS stopt de zorg en ondersteuning vanuit de andere financieringsdomeinen (de Wmo en de Zvw). Vanaf dat moment worden er in het scenario kosten berekend voor elke dag dat iemand opgenomen zou zijn (met het bijbehorende zorgzwaartepakket), maar niet meer voor de zorg en ondersteuning vanuit de andere domeinen (Wmo en Zvw). Deze kosten lopen door tot en met de peildatum, de datum van de laatste meting. Dit kan de einddatum van de effectmeting zijn (halverwege oktober 2020), of al eerder, bijvoorbeeld als de cliënt is opgenomen of overleden. In de *scenario's zonder DOS* zijn in veel gevallen de verwachte uitgaven in de Wmo en de Zvw lager dan in het *arrangement met DOS*.

In drie gevallen (mini-businesscases 29, 30 en 37) was de situatie tijdens inclusie zo ernstig dat er ingeschat is dat er zonder DOS per direct sprake geweest zou zijn van een opname. In de andere 22 mini-businesscases met een opnamescenario zou de opname op een later moment hebben plaatsgevonden, variërend van binnen enkele

maanden tot over meer dan een jaar later. Als verklaring voor de scenario's met opname noemen de arrangeurs verschillende redenen, zoals dat cliënten en naasten dankzij de gesprekken die vanuit DOS met hen gevoerd worden, meer vertrouwen krijgen in het eigen kunnen en/of in dat van het netwerk. Daarnaast wordt met DOS de mantelzorger ontlast, bijvoorbeeld door het (tijdelijk) ophogen van zorg en ondersteuning, maar ook door het voeren van gesprekken en het bieden van een luisterend oor. Een andere reden voor een scenario met opname zonder DOS is dat nu de benodigde zorg sneller ingezet kon worden. In 9 van de 25 mini-businesscases is het scenario van een opname (voorlopig) uitgesteld, mede dankzij de inzet van zorg vanuit een MPT of een VPT.

Het verschil tussen de kosten die naar verwachting meer zijn gemaakt in het *ondersteuningsarrangement met DOS* ten opzichte van de kosten die in de *scenario's zonder DOS* zouden zijn gemaakt, zijn weergegeven in de kolommen 'Meerkosten Wmo' en 'Meerkosten Zvw'. Dit betreffen de kosten vanuit de Wmo en de Zvw die naar verwachting nu meer of langer zijn gemaakt vanuit de Wmo en de Zvw, ten opzichte van het scenario waarin een cliënt op een bepaald moment was opgenomen. Daar tegenover staat een verwachte kostenbesparing vanuit de Wlz, omdat een opname zorgt voor hogere kosten in de Wlz. Deze besparingen per cliënt zijn berekend door het totaal aan gemaakte kosten in het *ondersteuningsarrangement met DOS* af te trekken van de kosten die zouden zijn gemaakt in het *scenario zonder DOS*. In Figuur 4 zijn de (ingeschatte) gemiddelde uitgaven per cliënt schematisch weergegeven, op basis van de 25 cliënten waarvoor we ook een *ondersteuningsarrangement zonder DOS* geconstrueerd hebben.



Figuur 3. Gemiddelde uitgaven per financieringsstroom, zowel in de huidige situatie met DOS als in het mogelijke scenario zonder DOS (N=25)

In totaal worden in het *ondersteuningsarrangement met DOS* in de 25 mini-businesscases gemiddeld per cliënt in totaal ongeveer € 5.000<sup>17</sup> meer kosten gemaakt in de Wmo gemaakt gedurende de looptijd van het experiment. Dit zijn zowel eventuele hogere kosten dan voorheen, maar ook kosten die worden gemaakt in de Wmo, omdat een Wlz-indicatie wordt uitgesteld. Voor de Zvw komen de verwachte hogere kosten in de 25 mini-businesscases uit op ongeveer € 6.400 gemiddeld per cliënt. Als we de verwachte, hogere kosten in de Wmo en Zvw afzetten tegen de verwachte besparing in de Wlz komen we in totaal uit op een verwachte besparing van ongeveer € 38.400 gemiddeld per cliënt.

De gemeente Dongen en de gemeente Ede hebben eerder zelf ook een berekening meerkosten gemaakt en komen uit op meerkosten in de Wmo tussen de € 3.800 en € 6.800 (afgerond) per cliënt. Het proces dat deze gemeenten hebben doorlopen om de meerkosten vast te stellen, biedt interessante inzichten in het proces en de rekenregels die gehanteerd kunnen worden voor de compensatie van gemaakte

<sup>17</sup> We kiezen ervoor om (vanaf hier) af te ronden op honderdtallen, om schijnnaauwkeurigheid in de analyses en conclusies te voorkomen.

kosten als zorgorganisaties, gemeenten en zorgkantoren domeinoverstijgend samenwerken willen introduceren. De meerkosten voor cliënten die vanaf het moment van 'inclusie' in aanmerking komen voor een Wlz-indicatie worden volledig meegerekend en de meerkosten voor cliënten waarvoor dat moment naar verwachting later in de tijd zou liggen, wordt over het geheel van deze cliënten een percentage ingeschat. Deze rekenregel kan helpen om op een eenvoudige manier de meerkosten vast te stellen en zo (aan de voorkant) tot overeenstemming te komen over compensatie van (een deel van) de kosten. Voor een daadwerkelijke compensatie en of verrekening van de kosten, is echter meer onderbouwing en analyse nodig.

### 5.2.3 Uitstel Wlz-zorg en verschuivingen in de financiering als gevolg van DOS

Door het gebruik van Wlz-zorg bij de ondersteuningsarrangementen met en zonder DOS te vergelijken kunnen we antwoord geven op de eerste **onderzoeksvraag**: *In welke mate wordt voor de deelnemers in het experiment het gebruik van Wlz-zorg uitgesteld of mogelijk zelfs voorkomen?*

Zoals in hoofdstuk 1 geformuleerd, onderscheiden we in het experiment verschillende doelgroepen, namelijk:

- a. Cliënten die nog niet in aanmerking komen voor een aanvraag vanuit de Wlz;
- b. Cliënten waarbij op moment van inclusie logischerwijs een Wlz-indicatieaanvraag gedaan zou zijn, maar waarbij nu gekeken wordt naar de mogelijkheden langer thuis te blijven wonen. Hierin onderscheiden we:
  - i. Cliënten die zonder inzet van de Wlz thuis kunnen blijven wonen;
  - ii. Cliënten die door middel van de leveringsvorm MPT of een VPT in het kader van de Wlz thuis kunnen blijven wonen.



---

De eerste doelgroep betreft cliënten die nog niet in aanmerking komen voor een aanvraag vanuit de Wlz. Op basis van de 40 mini-businesscases zien wij dat er 10 cliënten zijn die gedurende het experiment geen VPT of MPT ontvangen en voor wie **geen aannemelijk scenario zonder DOS** is geconstrueerd. Dit zijn dus de cliënten die nog niet in aanmerking komen voor een Wlz-indicatie. Voor deze doelgroep zien we (nog) geen financiële effecten, maar mogelijk zijn deze er wel op langere termijn. In kwalitatieve zin zien we wel effecten in de vorm van een betere kwaliteit van leven (zoals vermeld in paragraaf 5.1). Deze doelgroep was in eerste instantie niet beoogd voor inclusie in de experimenten, maar op basis van voortschrijdend inzicht is er wel voor gekozen voor deze cliënten domeinoverstijgend samenwerken toe te passen vanuit preventie. In het kader van deze evaluatie is niet onderzocht wat de kwantitatieve effecten zijn in termen van de (naar verwachting (iets) hogere) kosten in de Wmo en de Zvw als gevolg van deze preventieve benadering.

De tweede doelgroep betreft de cliënten waarbij op het moment van inclusie logischerwijs een Wlz-aanvraag gedaan zou zijn, maar waarbij nu is gekeken naar mogelijkheden om langer thuis te blijven wonen. Dit is wat lastiger kwantitatief vast te stellen, omdat er meerdere factoren mee kunnen spelen in de overweging om een Wlz-aanvraag te doen en sommige arrangeurs aangeven dat ze eerder ook keken naar mogelijkheden om iemand zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Het is dan ook niet met zekerheid vast te stellen welke cliënten bij aanvang wel in aanmerking zouden komen voor een Wlz-indicatie en welke cliënten niet. Desondanks kunnen we op basis van de mini-businesscases met bijbehorende scenario's wel een inschatting geven voor hoeveel cliënten een Wlz-aanvraag is uitgesteld. We schatten in dat het hierbij ten minste gaat om 16 cliënten, namelijk die cliënten waarbij opname een aannemelijk scenario is, maar er geen VPT of MPT is ingezet. Zij kunnen daarmee zonder inzet van zorg vanuit de Wlz thuis blijven wonen.

Bij 9 mini-businesscases met ook een aannemelijk scenario van opname is er wel MPT of VPT ingezet. Dit betreffen dus cliënten die mede dankzij deze

leveringsvormen thuis kunnen blijven wonen. Ook in deze gevallen is er sprake van een gunstig effect.

Concluderend stellen we dat er voor de eerste 15 mini-businesscases in tabel 2 zonder alternatief scenario, (nog) niet cijfermatig vast te stellen is of en in welke mate zorg vanuit de Wlz is uitgesteld of voorkomen. De verwachting is wel dat dit effect aannemelijk is op langere termijn. In ieder geval zijn er wel kwalitatieve effecten waar te nemen bij deze cliënten. In een meerderheid van de mini-businesscases (25 van de 40 = 62,5%) met een *scenario zonder DOS* schatten de arrangeurs in dat er sprake geweest zou zijn van een opname in een zorginstelling. Daarmee is voor deze 25 cliënten opname in een zorginstelling voorkomen of uitgesteld, met een gemiddelde duur van 8 maanden. In 16 van de 25 mini-businesscases met een scenario zonder DOS kunnen we zelfs concluderen dat het geheel aan Wlz-zorg is uitgesteld, omdat zowel de opname is uitgesteld én dat er geen zorg is ingezet vanuit een MPT of een VPT. Dit heeft, naast de positieve kwalitatieve effecten, dus ook positieve financiële effecten.

Door de uitgaven in de Wmo, Zvw en Wlz te vergelijken bij de ondersteuningsarrangementen met en zonder DOS, kunnen we antwoord geven op de tweede onderzoeksvraag: *Wat zijn de verschuivingen tussen de verschillende financieringsdomeinen Zvw, Wmo en Wlz?*

We concluderen dat er, naast de positieve, kwalitatieve effecten in termen van kwaliteit van leven van cliënten en naasten, ook sprake is van lagere kosten van zorg en ondersteuning. Daarbij tekenen we aan dat er ook in gevallen waarin we in het kader van dit onderzoek geen alternatief scenario hebben geconstrueerd, gunstige effecten wel denkbaar zijn; deze zijn echter niet gekwantificeerd.

## 6. Conclusies

Het doel van het evaluatieonderzoek is om de ervaringen van betrokkenen, effecten, doelmatigheid en effectiviteit in kaart te brengen. In dit hoofdstuk beantwoorden we de onderzoeksvragen in de vorm van onze conclusies. Deze zijn gebaseerd op de bevindingen zoals in voorgaande hoofdstukken weergegeven.

Het doel van de procesevaluatie en het actieonderzoek was om te onderzoeken welke principes en procesafspraken ten grondslag liggen aan het zo optimaal mogelijk kunnen uitvoeren van de experimenten domeinoverstijgende samenwerking en welke lessen er getrokken kunnen worden uit het veranderproces. Deze zijn beschreven in de hoofdstukken 3 en 4 van deze rapportage en vatten we in dit hoofdstuk samen.

### 6.1 Ervaringen

De eerste onderzoeksvragen hebben betrekking op de ervaringen van cliënten, naasten en arrangeurs, namelijk:

2. Ervaren de deelnemers in het experiment meer grip op hun dagelijkse leven, meer regie en minder regellast?
3. Wat is de ervaring van de arrangeur met name op het vlak van de directe inzet van ondersteuning en zorg op alle domeinen? Hierbij besteden we aandacht aan zowel formele als informele zorg?

We baseren ons bij de beantwoording van deze onderzoeksvragen op de verhalen van arrangeurs bij de mini-businesscases, de gesprekken met cliënten en naasten en de medewerkertevredenheid onderzoeken.

### *Domeinoverstijgend samenwerken draagt bij aan de kwaliteit van leven van cliënten en hun naasten*

Cliënten en naasten ervaren de werkwijze domeinoverstijgend samenwerken als positief. Een nuance hierbij is dat het ziektebeeld van cliënten gepaard gaat met het verliezen van grip op zichzelf en het leven en zij niet altijd een duidelijke referentie hebben om de ervaring tegen af te zetten. Tegelijkertijd worden juist een aantal beoogde effecten benoemd. Zo geven naasten aan dat zij zich dankzij de arrangeur ontlast voelen, omdat ze erop kunnen vertrouwen dat de zorg geregeld wordt. Ook is het hebben van één aanspreekpunt fijn en overzichtelijk. Daarnaast voert de arrangeur (waar mogelijk) het gesprek mét de cliënt in plaats van over de cliënt, waardoor zij zelf de regie houden. Ook draagt het beter in beeld brengen van de wensen en behoeften van de cliënt naar verwachting positief bij aan de kwaliteit van leven. Dit alles gecombineerd met het feit dat het op deze manier mogelijk is om langer thuis kunnen wonen, maakt dat we de onderzoeksvraag gericht op cliënten (en naasten) positief kunnen beantwoorden.

### *Domeinoverstijgend samenwerken heeft daarnaast een positief effect op de tevredenheid van medewerkers*

Arrangeurs hebben over het algemeen een positief beeld van de werkwijze domeinoverstijgend samenwerken. Zij ervaren dat ze een beter beeld krijgen van de cliënt, waardoor ze beter kunnen inspelen op wensen en behoeften. Daarnaast hebben ze beter zicht op risico's in de toekomst. Wel vroegen sommige arrangeurs vanuit Ede zich af in hoeverre deze aspecten van de werkwijze anders zijn dan voorheen, maar zijn ook zij overwegend positief. Ten slotte verschilt de mate van tevredenheid over hoe medewerkers zijn betrokken in het proces. We kunnen de onderzoeksvraag gericht op medewerkers hiermee voorzichtig positief beantwoorden.

## 6.2 Effecten

De volgende onderzoeksvragen gaan over de effecten van DOS, namelijk:

4. In welke mate wordt voor de deelnemers in het experiment het gebruik van Wlz-zorg uitgesteld of mogelijk zelfs voorkomen?
6. Wat zijn de verschuivingen tussen de verschillende financieringsdomeinen Zvw, Wmo en Wlz?

### *Domeinoverstijgend samenwerken leidt tot meer kosten in de Wmo en de Zvw*

Uit de 40 mini-businesscases concluderen we dat met de werkwijze van domeinoverstijgend samenwerken meer kosten worden gemaakt in de Wmo en de Zvw. Deze kosten worden deels veroorzaakt door hogere kosten gekoppeld aan het *ondersteuningsarrangement met DOS*, maar vooral doordat de kosten langer doorlopen in de Wmo en de Zvw. Dit is nodig om ervoor te zorgen dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen.

Tegelijkertijd voorkomt de inzet vanuit deze domeinen (Wmo en Zvw) hogere zorgkosten van opname in een zorginstelling, of wordt dit in ieder geval met gemiddeld 8 maanden uitgesteld. Zie ook de conclusie over doelmatigheid en effectiviteit voor een inschatting van deze kosten.

In enkele mini-businesscases zien we dat de inzet van Wlz-zorg thuis (in de vorm van een MPT of VPT) ook kan leiden tot uitstel van opname in een zorginstelling. Dat is gunstig voor de kosten gemaakt in het kader van de Wlz.

### *Domeinoverstijgend samenwerken leidt tot uitstel van opname*

Of de werkwijze domeinoverstijgend samenwerken leidt tot uitstel van de Wlz in zijn geheel (dus inclusief uitstel van de thuis ingezette vormen van zorg met een MPT of VPT) is op basis van dit onderzoek niet vast te stellen. In de mini-businesscases zien we dat MPT of VPT eraan bij kunnen dragen dat iemand nog niet opgenomen hoeft te worden. In hoeverre MPT en VPT mogelijk uitgesteld kunnen worden, is niet eenduidig vast te stellen op basis van dit onderzoek.

## 6.3 Doelmatigheid en effectiviteit

De laatste vragen vanuit het evaluatieonderzoek, met betrekking tot de doelmatigheid en effectiviteit van de werkwijze zijn:

7. Leidt de door de partijen gehanteerde werkwijze tot uitstel in gebruik van zorg in de Wlz?
8. Leidt een meer integrale benadering van kwetsbare ouderen op regionaal niveau, ongeacht het financieringsdomein, tot een grotere maatschappelijke doelmatigheid en effectiviteit en is deze te vertalen naar landelijk niveau?

De onderzoeksvraag vanuit de procesevaluatie sluit hierbij aan. Deze luidt als volgt:

Welke 'principes' en daaruit volgende (proces)afspraken ten aanzien van de samenwerking tussen betrokken organisaties liggen ten grondslag aan het zo optimaal mogelijk (kunnen) uitvoeren van de experimenten domeinoverstijgende samenwerking? Wat zijn de geleerde lessen ten aanzien van het doorlopen van een (verander)proces om te komen tot een zo optimaal mogelijke samenwerking?

### ***Domeinoverstijgend samenwerken leidt tot een grotere maatschappelijke doelmatigheid en effectiviteit***

We concluderen dat domeinoverstijgend samenwerken bijdraagt aan een grotere maatschappelijke doelmatigheid en effectiviteit. Om preciezer te zijn: domeinoverstijgend samenwerken leidt tot een grotere maatschappelijke effectiviteit (kwaliteit) en vervolgens ook tot een grotere maatschappelijke doelmatigheid. In die volgorde.

Vanuit kwalitatief oogpunt draagt het bij aan het langer thuis kunnen wonen van ouderen. Dit is vaak de wens van de cliënt en draagt daarmee bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Daarnaast levert het positieve ervaringen op bij medewerkers. Een positieve bijkomstigheid is dat het ook in termen van doelmatigheid gunstige effecten heeft.

Onze conclusie op basis van de mini-businesscases is dat domeinoverstijgend samenwerken leidt tot hogere kosten in de Wmo (gemiddeld € 5.000 per cliënt) en de Zvw (gemiddeld € 6.400 per cliënt), doordat er langer gebruik wordt gemaakt van deze vormen van zorg. Daartegenover staat dat dit kosten bespaart in de Wlz. Een indicatieve schatting, op basis van de informatie uit de onderzochte mini-businesscases, is een verschil van € 38.400. Dit is op basis van de 25 mini-businesscases waarvoor een alternatief scenario zonder DOS in kaart is gebracht. Voor 15 mini-businesscases is geen alternatief scenario in kaart gebracht. Voor deze groep cliënten wordt mogelijk op de langere termijn ook zorg vanuit de Wlz uitgesteld, maar dit is op dit moment nog niet zichtbaar.

### ***Domeinoverstijgend samenwerken vraagt om een lange adem en gaat niet vanzelf***

Uit de procesevaluatie blijkt dat domeinoverstijgend samenwerken geen simpele taak is die eenvoudig geïmplementeerd kan worden. Er zijn verschillende uitdagingen die het proces mogelijk kunnen belemmeren. Zo is het niet eenvoudig om met alle betrokken partijen, met verschillende belangen, goed af te stemmen en te zorgen voor een

eenduidige visie. Dit vraagt soms een lange aanlooptijd. Er dient afstemming plaats te vinden op meerdere niveaus. Het is belangrijk dat partijen elkaar leren vertrouwen en daar is tijd voor nodig en de bereidheid om echt te gaan samenwerken. De gezamenlijke ambitie om op deze manier bij te dragen aan maatschappelijke effectiviteit en doelmatigheid is een belangrijke drijfveer.

### ***Domeinoverstijgend samenwerken kan met de juiste randvoorwaarden ook naar andere contexten vertaald worden***

Zorgaanbieders, gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars zijn (logischerwijs) gewend geraakt om te werken in hun eigen domein en hoe het daarin werkt. Zoals vermeld in de inleiding is het voor bepaalde cliënten met een 'ziekte-carrière' met toenemende complexiteit nodig om domeinoverstijgend te gaan samenwerken. Dit is echter niet zomaar gedaan. Het kost bereidheid en inspanning om elkaar te leren kennen, en over en weer elkaars werelden te leren kennen en begrijpen. Dan kan domeinoverstijgend samenwerken een succes worden.

Uit de geleerde lessen blijkt dat een aantal randvoorwaarden van belang is voor het goed werken van de experimenten. Zo blijkt dat ieder experiment is ontstaan uit samenwerkingen vanuit partijen, en meer specifiek bepaalde personen, die erin (blijven) geloven, doorzetten en volhouden. Daarbij helpt het als betrokken organisaties elkaar kennen en goede ervaringen hebben met eerdere samenwerkingen (goede voedingsbodem voor samenwerking). Er is commitment nodig vanuit zowel het bestuur als vanuit de uitvoering. Een betrokken (onafhankelijk) projectleider kan hierbij helpen.

Gezien het feit dat domeinoverstijgend samenwerken ook betekent dat de zorgaanbieder, in aanvulling op de indicatiestelling voor de Zvw, het mandaat krijgt om te indiceren voor de Wmo, is het belangrijk dat de gemeente de zorgaanbieder hierin vertrouwt.

Ook moeten zowel de gemeente als de zorgaanbieder(s) erop vertrouwen dat zij ook baat hebben bij deze werkwijze, ondanks dat de financiële baten vooral in de Wlz terecht komen. Een aanbeveling hierbij is een compensatie vanuit de Wlz naar de Wmo (en idealiter ook de Zvw), waarbij de eventueel meer gemaakte kosten vanuit deze domeinen gecompenseerd worden. Hier moeten partijen in de regio samenwerkingsafspraken over maken. In de experimenten is een proces met rekenregels ontwikkeld om invulling te geven aan de berekening van de meerkosten. Dit zou ook in andere contexten gebruikt kunnen worden om voorlopige afspraken te maken over de compensatie van gemaakte (meer)kosten.

## A. Onderzoeksverantwoording

In deze bijlage geven we weer welke onderzoeksmethoden zijn toegepast in de uitvoering van het evaluatieonderzoek, de procesevaluatie en het actieonderzoek (hierna: het onderzoek). We beschrijven in de eerste paragraaf de aanpassingen in de onderzoeksopzet die gedurende de looptijd van het onderzoek gedaan zijn. In de tweede paragraaf gaan we in op de invloed die de uitbraak van het coronavirus heeft gehad op de experimenten. In de daarop volgende paragrafen zijn de gehanteerde methoden terug te vinden aan de hand van de verschillende onderdelen uit het onderzoek.

### A1 Aanpassingen opzet evaluatie

Voor het monitoren van effecten was in eerste instantie het uitgangspunt om de door de organisaties geregistreerde gegevens te vergelijken met kwantitatieve data van stakeholders op populatieniveau (de controlegroep). De vergelijkbaarheid van de door de organisatie geregistreerde gegevens en de (koppeling van) gegevens op populatieniveau blijkt in de praktijk ingewikkeld. Om die reden is in afstemming met de expertgroep geconcludeerd dat de monitoring op casusniveau extra van belang is. In de expertgroep is besproken dat het wenselijk is om ervaringen van cliënten zoveel mogelijk bij de primaire bron op te halen. De expertgroep heeft daarnaast geadviseerd om apart ook de ervaring van naasten en andere betrokken professionals te monitoren. Het naast elkaar zetten van de ervaringen van de cliënt(en) en hun naasten, kan de effectmeting verrijken. Zeker omdat de aanname is dat het voorkomen of uitstellen van opname voor een groot deel afhankelijk is van de mate waarin een naaste het volhoudt om voor de cliënt te (blijven) zorgen. De expertgroep heeft ten slotte geadviseerd om in aanvulling op de monitoring een (kwalitatieve) procesevaluatie uit te voeren door middel van actieonderzoek. De procesevaluatie is een waardevolle toevoeging omdat in het proces om het experiment uit te voeren belangrijke stappen worden gezet. Domeinoverstijgend samenwerken vraagt om een transformatie en is een groot leerproces. Deze ervaringen zijn van belang om nog beter inzicht te krijgen in de werkzame principes en mechanismen

en de benodigde randvoorwaarden, mogelijk verschillend per regio. Dit inzicht kan helpen de werkwijze naar andere regio's over te dragen en daar te laten werken.

### A2 Invloed uitbraak coronavirus op de experimenten

Sinds maart 2020 is het coronavirus uitgebroken. Dit heeft invloed gehad op de experimenten. Met name tijdens de eerste piek is er voor cliënten veel veranderd. Structuur viel weg doordat op veel plekken de dagbesteding dicht ging, mensen zagen hun familie niet of nauwelijks en bleven uit voorzorg zoveel mogelijk binnen. Menselijk contact werd daardoor tot het minimum beperkt. Het zorgpersoneel vanuit de thuiszorg en de huishoudelijke hulp kwamen grotendeels nog wel bij mensen thuis, maar niet zo vaak als voorheen. Arrangeurs gingen zo goed als mogelijk door vanuit het gedachtegoed van de experimenten, maar ook zij werden beperkt doordat bijvoorbeeld huisbezoeken fysiek geen doorgang konden vinden. De maatregelen belemmerde de arrangeurs in het snelle schakelen met zowel cliënten en naasten als andere professionals. Ook werd het observeren en opvangen van alarmerende signalen van cliënten en hun naasten bemoeilijkt. Arrangeurs zochten naar alternatieven door cliënten en hun naasten vaker te bellen en zorgpersoneel te vragen een kopje koffie te drinken met de cliënt. In Dongen brachten leefcoaches cliënten in contact met het initiatief *EET met je hart*. De stichting *Met je hart* roept inwoners in Dongen op om één euro te doneren wanneer zij eten (kopen) in restaurants of foodwinkels die zich hebben verbonden aan de EET met je hart campagne. Ouderen kunnen zich bij de stichting aanmelden waarna vrijwilligers contact met ze opnemen en maaltijden of andere lekkernijen langsbrengen. Corona heeft het bijdragen aan een goede kwaliteit van leven voor cliënten en naasten desondanks belemmerd. Cliënten voelden zich eenzamer en van mantelzorgers werd meer gevraagd doordat bijvoorbeeld de dagbesteding weg viel. Sommige cliënten in de experimenten zijn als gevolg van de coronamaatregelen opgenomen.

### **A3 Vergelijking beschikbare regiogegevens op metaniveau**

Met behulp van openbare data van Vektis, CBS en beschikbare regiogegevens vanuit de Wmo, de Zvw en de Wlz is een beeld geschetst met contextinformatie over de zorg en ondersteuning vanuit de verschillende financieringsstromen in de regio's. De gegevens vanuit de Wmo, Zvw en Wlz zijn afkomstig van respectievelijk gemeenten, Vektis en zorgkantoren uit de drie deelnemende regio's. VGZ, Menzis en Zilveren Kruis zijn de betrokken zorgverzekeraars en zorgkantoren uit de drie regio's. Zoals toegelicht in paragraaf 2.1 bleek het niet mogelijk de contextcijfers af te zetten tegen de bevindingen vanuit de experimenten. Deze contextcijfers dienen dan ook vooral ter illustratie.

### **A4 Monitoren zorggebruik en ervaringen geïnccludeerde cliënten door middel van 40 mini-businesscases**

Voor het monitoren van effecten zijn in totaal 40 mini-businesscases<sup>18</sup> uitgewerkt, waarvan 20 met cliënten die geïnccludeerd waren in Ede, 15 in Dongen en 5 in Hollandscheveld. De kwantitatieve uitwerkingen van de mini-businesscases zijn gemaakt op basis van registratiegegevens van zorgaanbieders aangevuld met informatie van de gemeenten. In bijlage B is het format voor de kwantitatieve uitwerking van de mini-businesscases opgenomen. De kwalitatieve informatie over de cliënten is opgehaald in gesprekken met de arrangeurs. Ook voor de kwalitatieve uitwerking van de mini-businesscases is gebruik gemaakt van een vast format (bijlage C). Belangrijke aspecten van het format zijn: de huidige situatie waarin de cliënt zich bevindt, de behoefte van de cliënt, het arrangement dat is samengesteld, een vooruitblik naar mogelijke scenario's en eventuele acties die arrangeurs preventief inzetten om langer thuis wonen mogelijk te maken.

---

<sup>18</sup> Een mini-businesscase bevat een verhaal over een geïnccludeerde cliënt en de invulling met het gekozen arrangement in het kader van DOS, die wordt afgezet tegen een aannemelijke invulling van de zorg en ondersteuning zonder DOS.

Voor het vaststellen van de mini-businesscases en het beoordelen van de doelmatigheid en effectiviteit van het experiment is het belangrijk om te bepalen welke effecten (zowel kwantitatief als kwalitatief) redelijkerwijs toe te wijzen zijn aan het experiment. Een dergelijk onderscheid is een inschatting, omdat van cliënten nooit met zekerheid gesteld kan worden wat er zonder domeinoverstijgend samenwerken anders was gebeurd. Daarnaast is het nodig om de mini-businesscases af te bakenen, zeker in termen van de kosten die we wel en niet meenemen. Zo is de keuze gemaakt om kosten voor de medisch specialistische zorg niet mee te nemen in de effectmeting. Aangezien een doel van de experimenten is om opname in een verpleeghuis te voorkomen, vormt dit de focus voor de uitwerking van mini-businesscases. Waar mogelijk worden ook kosten die naar verwachting in de Zvw zijn uitgespaard (zoals bezoek aan de spoedeisende hulp of kortdurend verblijf) wel meegenomen in de mini-businesscase (met een daarbij passende bandbreedte). Daarnaast zijn ook de kosten van hulpmiddelen en woningaanpassingen vanuit de Wmo en de inzet van gedragswetenschappers niet meegenomen in de effectmeting. Deze kosten zijn niet meegenomen vanwege de uiteenlopende of onbekende tarieven die hiervoor gelden of omdat er onvoldoende zicht was op de daadwerkelijk gemaakte kosten of uren. Ten slotte zijn alle inkomensafhankelijke kosten buiten beschouwing gelaten. Hierbij gaat het om de eigen bijdrage die geldt binnen de Wmo, Zvw en Wlz, kosten die particulier worden gemaakt (zoals voor particuliere huishoudelijke hulp) of de maatschappelijke kosten die verbonden zijn aan de inzet van vrijwilligers. Voor de tarieven van de zorg en ondersteuning uit de Wmo, Zvw en Wlz zijn we bovendien afhankelijk van wat er per regio aangeleverd is door de desbetreffende betrokken partijen. Dit betekent dat we voor de verschillende experimenten met verschillende tarieven rekenen. De zojuist genoemde aspecten maken dat we niet pretenderen dat de cijfers een volledig compleet beeld geven van alle gemaakte uitgaven. Wel geven ze bij benadering een goed beeld van de ingezette zorg en ondersteuning.

In de volgende sub-paragrafen beschrijven we de werkwijze omtrent het selecteren en uitwerken van de mini-businesscases per experiment.

#### *Thuis geven*

Om tot een selectie van mini-businesscases te komen uit het totaal aantal geïncludeerde cliënten is in Ede allereerst gekeken naar de scores uit de zelfredzaamheidsradar<sup>19</sup>. De zelfredzaamheidsradar wordt tijdens de nulmeting door de cliënt en de arrangeur samen ingevuld en geeft op basis van een score tussen 1 en 5 een weergave van de zelfredzaamheid van de cliënt, op 15 domeinen (continentie, aankleden, mobiliteit, leervermogen, et cetera). Om te zorgen voor een goede afspiegeling is ervoor gekozen om cliënten te selecteren die verschillend scoren op deze zelfredzaamheidsradar. Zo worden niet alleen cliënten geselecteerd waarbij op het moment van inclusie logischerwijs een Wlz-indicatieaanvraag gedaan zou zijn, maar wordt hierin gezocht naar variatie.

Voor een representatieve selectie van cliënten is naast de scores op de zelfredzaamheidsradar rekening gehouden met een gelijkwaardige verdeling van cliënten over de volgende indicatoren:

1. Moment van inclusie cliënt;
2. Betrokken arrangeur;
3. Zorggebruik: Wmo, Zvw en/of Wlz (VPT of MPT).

Voor het financieel monitoren van de geleverde zorg en ondersteuning en de gemaakte kosten van alle geïncludeerde cliënten, stuurt Opella elk kwartaal een overzicht van de omvang van de in Fundum geregistreerde producten en diensten per cliënt gedurende de looptijd van het experiment. Het gaat daarbij om de zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en de Wmo. De kosten uit de Wmo zijn ter check ook gevraagd aan een medewerker Wmo van de gemeente Ede. Hiermee is ontbrekende informatie aangevuld. Voor de kwalitatieve uitwerking van de mini-businesscases hebben casuïstiekbesprekingen met

---

<sup>19</sup> <https://www.zelfredzaamheidsradar.nl/>

arrangeurs plaatsgevonden en zijn er met de betreffende arrangeurs een-op-een-gesprekken gevoerd.

#### *Community Care Dongen*

In Dongen is voor de selectie van de 15 mini-businesscases meer pragmatisch gekeken naar de informatie die beschikbaar was over de cliënten en is gekeken naar een verscheidenheid in uitgangssituaties. Hierbij is rekening gehouden met de volgende indicatoren:

1. Moment van inclusie cliënt;
2. Betrokken leefcoach;
3. Zorggebruik: Wmo, Zvw en/of Wlz (VPT of MPT).

Voor het financieel monitoren van de geleverde zorg en ondersteuning en de gemaakte kosten van alle geïncludeerde cliënten, stuurt de projectleider van CCD een overzicht van de omvang van de in Nedap geregistreerde producten en diensten per cliënt gedurende de looptijd van het experiment. Bij de uitwerking van de mini-businesscases op cliëntniveau worden de kwantitatieve gegevens uit Nedap gebruikt voor de financiële vertaling van de effecten. De mini-businesscases worden aangevuld met rijke verhalen uit de casuïstiekbesprekingen of één-op-één-gesprekken met de leefcoach(es).

#### *DOS Hollandscheveld*

In Hollandscheveld is de selectie van de 5 mini-businesscases willekeurig tot stand gekomen. Reden hiervoor is dat op het moment van selectie het aantal geïncludeerde cliënten dat voldeed aan de doelgroep van het experiment laag was. Er is daarom pragmatisch gekeken welke betrokken maotwarkers bij deze cliënten tijd beschikbaar hadden om de casussen te bespreken.



Voor het financieel monitoren van de geleverde zorg en ondersteuning hebben de maatwerkers de in de eigen systemen geregistreerde producten en diensten per cliënt aangeleverd gedurende de looptijd van het experiment. Het gaat daarbij om de zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en een deel van de Wmo. De overige kosten uit de Wmo zijn in kaart gebracht door middel van de informatie die de dorpsregisseur verstrekt.

De resultaten van de mini-businesscases zijn verwerkt in het hoofdstuk 5.

#### **A5 Ophalen ervaringen cliënten en naasten (rijke verhalen)**

Met behulp van interviews met cliënten en naasten verrijken we de monitoring van de kwalitatieve effecten als gevolg van de werkwijze domeinoverstijgend samenwerken. Het primaire doel van domeinoverstijgend samenwerken is verbetering van de kwaliteit van leven van cliënten en naasten door ondersteuning te bieden in de 'regie op het eigen leven' en door de inzet van informele zorg. In de gesprekken met cliënten en naasten staan we daarom stil bij de wensen, behoeften en ervaringen van zowel de cliënt als de naaste(n). Hier zijn we dieper op ingegaan door onder andere te vragen of er een wens is om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, welke aspecten belangrijk zijn in de zorg en ondersteuning, hoe de ondersteuning van de arrangeur ervaren wordt en of regie over het eigen leven ervaren wordt.

In totaal zijn er 7 interviews uitgevoerd met cliënten en naasten, waarvan 3 in Dongen, 3 in Ede en 1 in Hollandscheveld. Bij 3 interviews, in elke regio 1, geldt dat het interview is afgenomen met een cliënt of naaste waar ook een mini-businesscase voor uitgewerkt is. De cliënten en naasten die we in de overige 4 interviews spraken zijn in overleg met de betrokken arrangeur geselecteerd. Bij al deze cliënten en naasten was volgens de

---

<sup>20</sup> Bij de 1-meting zijn een aantal vragen verwijderd en toegevoegd. We hebben daarom niet voor alle vragen respons uit de nul- en 1-meting.

arrangeur een duidelijk kwalitatief effect van domeinoverstijgende samenwerking zichtbaar.

De resultaten van de interviews met cliënten en naasten zijn verwerkt in hoofdstuk 5.

#### **A6 Medewerkertevredenheid**

Voor het ophalen van ervaringen van professionals is bij aanvang en gedurende de experimenten in Ede en Dongen een medewerkertevredenheid-enquête uitgezet. Hierin wordt onder andere gevraagd naar hoe medewerkers zijn meegenomen in het proces omtrent domeinoverstijgend samenwerken, hoe zij de nieuwe werkwijze ervaren en in hoeverre zij denken dat dit bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de cliënt. De uitvraag bestond voor allebei de experimenten uit vragen rond de volgende thema's<sup>20</sup>:

1. Algemeen domeinoverstijgend samenwerken;
2. Proces domeinoverstijgend samenwerken;
3. Veranderingen voor het eigen werk;
4. Veranderingen voor cliënten;
5. Effecten domeinoverstijgend samenwerken.

In Hollandscheveld is geen medewerkertevredenheid-enquête afgenomen. Reden hiervoor is het relatief late moment waarop gestart werd met het daadwerkelijk includeren van cliënten. Het moment viel tevens samen met de corona-uitbraak in maart 2020.

##### *Dongen*

In Dongen is in maart-mei 2019 de medewerkertevredenheid-enquête uitgezet in het kader van CCD. Bij deze nulmeting vulden 30 van de toen 36 betrokken medewerkers de

enquête in. Dit waren zowel leefcoaches als professionals vanuit de verzorging en de huishoudelijke dienst. De bruikbare respons was daarmee hoog; 83%. In juli-september 2020<sup>21</sup> is de 1-meting uitgevoerd. Op het moment van de 1-meting waren er 52 medewerkers betrokken bij CCD. 40 medewerkers vulden de vragenlijst in. De bruikbare respons was daarmee goed; 77%.

#### *Ede*

In Ede is in mei-juni 2019 een medewerkertevredenheid-enquête afgenomen in het kader van *Thuis geven*. Bij deze nulmeting hebben 11 van de toen 15 betrokken medewerkers de enquête ingevuld. Dit waren zowel wijkverpleegkundigen als casemanagers dementie. De bruikbare respons was daarmee goed; 73%. In juli-september 2020<sup>22</sup> is de 1-meting uitgevoerd. Bij de 1-meting vulden 6 van de op dat moment 22 medewerkers de enquête in. De bruikbare respons was daarmee relatief laag; 27%.

De resultaten van de medewerkertevredenheid-enquêtes zijn verwerkt in het gehele rapport.

#### **A7 Ophalen ervaringen bij stakeholders over de werkwijze van domeinoverstijgend samenwerken**

In het kader van de procesevaluatie en het actieonderzoek is door middel van interviews met de verschillende betrokken partijen op bestuurlijk- en managementniveau het implementatie- en samenwerkingsproces binnen de experimenten geëvalueerd. De interviews hadden zowel een kennis- als een veranderdoelstelling. Enerzijds waren ze bedoeld om zicht te krijgen op de samenwerking en de gemaakte keuzes in de aanloop, opstartfase en de periode van de uitvoering van de experimenten. Anderzijds om het leerproces (verder) tot stand te brengen voor de betrokken organisaties. Dit is gedaan door de rode draden in de werkzame elementen en uitdagingen uit de interviews terug te

---

<sup>21</sup> De 1-meting is in 2020 later uitgevoerd in verband met de corona-uitbraak in maart 2020.

koppelen binnen de regio's. Vervolgens zijn de rode draden ook tussen de experimenten gedeeld in een landelijke bijeenkomst.

Daarnaast hebben we via casuïstiekbesprekingen in Ede en Dongen en interviews in Hollandscheveld met arrangeurs op uitvoeringsniveau ervaringen van de betrokken partijen opgehaald. Hiermee kregen we inzicht in de wijze waarop samenwerkingen op uitvoeringsniveau tot stand zijn gekomen, wat daarin goed (of minder goed) werkt en wat de ervaringen van de arrangeurs zijn over de wijze van implementatie van de experimenten.

De resultaten van de interviews op bestuurs- en uitvoeringsniveau zijn verwerkt in hoofdstuk 3 en 4.

#### **A8 Een kennissessie op uitvoeringsniveau om tussen de verschillende regio's van elkaar te leren**

Met arrangeurs en (onafhankelijk) projectleiders wisselden we op 16 november 2020 tijdens een digitale bijeenkomst ervaringen en kennis uit over implementatie en uitvoering van het werkproces tussen de verschillende experimenten. De volgende vragen stonden centraal in de digitale bijeenkomst:

1. Rol van de leefcoach/arrangeur/maatwerker en de verschillen en overeenkomsten tussen de regio's;
2. Wat doen professionals met DOS 'anders' en wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen de regio's;
3. Wat heeft geholpen om volgens DOS te werken en waar loopt men nog tegenaan (en is daarvoor nodig)?

<sup>22</sup> De 1-meting is in 2020 later uitgevoerd in verband met de corona uitbraak in maart 2020.

Met de digitale kennissessie hebben we een leermoment gefaciliteerd voor de betrokken medewerkers en haalden we zelf kennis op over wat werkt en waar de uitdagingen liggen voor de werkwijze van domeinoverstijgend samenwerken. Verschillen en overeenkomsten tussen de regio's kwamen hierbij aan het licht. De resultaten van de digitale kennissessie zijn verwerkt in hoofdstuk 3 en 4.

## B. Format kwantitatieve uitwerking mini-businesscase

Mini-businesscase X <sup>23</sup>											
Peildatum											
Inclusie											
<i>Informele zorg en ondersteuning</i>		<b>CCD</b>				<b>Kosten</b>	<b>Scenario:</b>				<b>Kosten</b>
Mantelzorg	uur/week	sinds	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur/week	0 weken	€ 0,00	tot	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur/week	0 weken	€ 0,00
<i>Formele zorg en ondersteuning</i>											
<u>WMO</u>											
Huishoudelijke hulp (thuiszorg)	uur/week	tot	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur/week	0 weken	€ 0,00	tot	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur/week	0 weken	€ 0,00
Individuele begeleiding	uur/week										
Dagbesteding groep	dagdelen/week										
Mantelzorgondersteuning	uur/week	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur/week	0 weken	€ 0,00	tot	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur/week	0 weken	€ 0,00	
Regiotaxi	km/dag										
Vervoer dagactiviteit	dagen/week										
<u>ZVW</u>											
Inzet leefcoaches	uur/maand	sinds	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur/maand	0 maanden	€ 0,00	tot	<input type="text"/>	<input type="text"/> uur/maand	0 maanden	€ 0,00
Sociale alarmering	per maand										
Persoonlijke verzorging	uur/week										
Wijkverpleging	uur/week										
<u>WLZ</u>											
VPT vv-5 NIET toegelaten voor behandeling	per dag	sinds	<input type="text"/>		0 dagen	€ 0,00					
zzp vv-5 toegelaten voor behandeling	per dag				0 dagen	€ 0,00	sinds	<input type="text"/>		0 dagen	€ 0,00
<b>TOTALE KOSTEN</b>						<b>€ 0,00</b>					<b>€ 0,00</b>

<sup>23</sup> In het format staan voorbeelden van producten en diensten in de Wmo, Zvw en Wlz. Per cliënt zijn alleen de daadwerkelijk gebruikte producten en diensten meegenomen.

## C. Format kwalitatieve uitwerking mini-businesscase

Peildatum:

Moment van inclusie:

Wat was de aanleiding voor inclusie?

Wat voor formele en informele zorg en ondersteuning ontving de cliënt vóór inclusie, zowel vanuit de Zvw, Wmo en de Wlz?

Wat is de woonsituatie van de cliënt?

Hoe ziet het sociale netwerk van de cliënt eruit?

Wat voor formele zorg en ondersteuning (inclusief hulpmiddelen en woningaanpassingen) ontvangt de cliënt, zowel vanuit de Zvw, Wmo en de Wlz? Wat voor afwegingen worden hierin gemaakt?

Wat voor informele zorg en ondersteuning ontvangt de cliënt (bijv. mantelzorg)?

Wat is/zijn de wensen/behoefte van de cliënt?

Wat wordt er nu anders gedaan met CCD/Thuis geven/DOS Hollandscheveld?

Wat was waarschijnlijk het gevolg geweest zonder CCD/Thuis geven/DOS Hollandscheveld?

Hoe is de kwaliteit van leven van de cliënt eventueel veranderd door CCD/Thuis geven/DOS Hollandscheveld?

Wat voor scenario's kunnen met de informatie van nu worden voorzien in de toekomst? Zijn er belemmeringen voor het langer thuis wonen van de cliënt?