



maatschappelijke Business Case (mBC)

Meta mBC eerste Tranche

versie: 1.0

datum: 08-06-2010

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Wat is het Transitieprogramma voor de Langdurige Zorg (TPLZ)?	3
1.1.1	Maatschappelijke problemen	5
1.1.2	Omschrijving analysekader TPLZ	7
2	Cliëntperspectief	9
2.1	Preventie en herdefiniëring zorgvraag	10
2.1.1	ACT jeugd	10
2.1.2	Thuis met Dementie	11
2.2	Sociaal maatschappelijke steunsystemen	11
2.2.1	STEM: Sterven op je eigen manier	11
2.2.2	Ontmoetingscentrum Prinsenhof	12
2.3	Efficiënte bedrijfsvoering	12
2.3.1	Buurtzorg Nederland	13
2.3.2	MAAT: Wijs in de Wijk	13
2.3.3	Duurzaam Beter (F-ACT)	14
2.3.4	Casemanager Dementie	15
2.4	Zorg en ondersteuning op afstand	15
2.4.1	Woonservice Gemeente Geldrop-Mierlo	15
2.4.2	Omkeer 2.0	16
3	Het Businessmodel	17
3.1	Businessmodel nader verklaard	17
3.2	Wat: Waardepropositie	19
3.3	Wie: Cliëntsegmenten	20
3.4	Wie: Distributiekanaal	21
3.5	Wie: Klantrelatie	22
3.6	Hoe: Kerncapaciteiten	22
3.7	Hoe: Kernactiviteiten	23
3.8	Hoe: Partnernetwerk	24
3.9	Businessmodel-innovatie in langdurende zorg	26
4	Maatschappelijke Businesscase	27
4.1	Organisatorische case	27
4.2	Maatschappelijke case	28
4.2.1	Kwalitatieve effecten	28
4.2.2	Kwantitatieve effecten	30
4.2.3	Terug naar de projecten	31
4.2.4	De mBC van het Transitieprogramma	33
4.2.5	Conclusie	34

1 Inleiding

In de periode oktober 2008 tot maart 2009 zijn maatschappelijke businesscases (mBC's) opgesteld voor de experimenten in de eerste tranche van het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg (TPLZ). Deze mBC's beschrijven vanuit een vijftal perspectieven onder andere de meerwaarde voor de cliënt en het economische en maatschappelijke rendement dat voortkomt uit deze afzonderlijke experimenten. Naar aanleiding van de bespreking van de mBC's heeft de Werkgroep Innovatie tijdens de werkgroepvergadering van 8 april 2009 het programmateam verzocht een overkoepelende mBC te vervaardigen van de eerste tranche als geheel.

Dit document beschrijft de overkoepelende 'maatschappelijke Business Case' van het transitieprogramma gebaseerd op de experimenten uit de eerste tranche, genaamd de 'Meta mBC'. Deze meta-mBC dient de verbinding te leggen tussen de uitkomsten van de mBC's op experimentniveau, alle geleerde lessen, de gecreëerde waarde en andere concrete resultaten.

Het heeft, samen met het Evaluatiedocument van het Transitieprogramma (2010), tot doel om gefaseerd vanuit verschillende perspectieven een totaalbeeld van het transitieprogramma te geven. Voor het transitieprogramma geeft dit beeld voor inzicht in het eigen organisatieconcept en in de geleerde lessen voor het beleid, het systeem en de financiering van de langdurige zorg. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) kan de meta-mBC gebruiken als evaluatie-instrument voor het transitieprogramma en als inspiratiedocument voor de inrichting van toekomstige innovatieprogramma's.

1.1 *Wat is het Transitieprogramma voor de Langdurige Zorg (TPLZ)?*

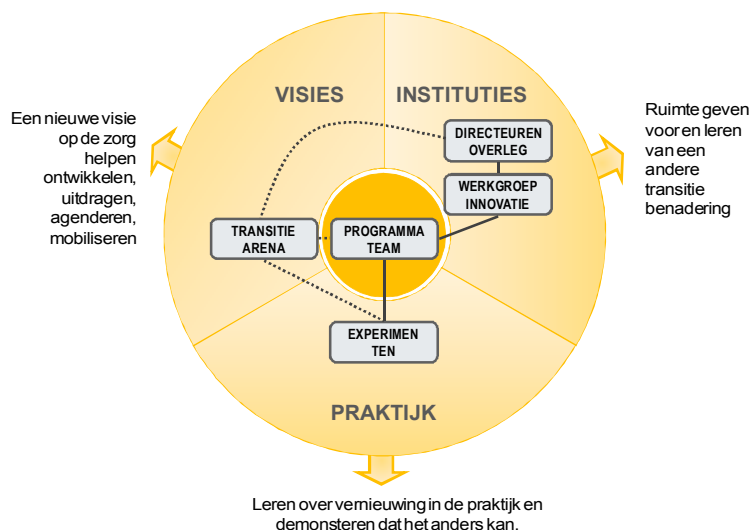
Het Transitieprogramma voor de Langdurige Zorg (TPLZ) stelt de zorgsector in staat om op een vernieuwende, 'andere' wijze te gaan werken. Alleen met radicale vernieuwingen komen wij erachter hoe wij het zorgsysteem beter kunnen richten op gezondheidszorg die hoge kwaliteit duurzaam combineert met aanvaardbare kosten. Oplossingsrichtingen binnen domeinen als cultuur, structuur en werkwijze worden in het transitieprogramma verkend. Bestaande paden worden door de zogenaamde 'transitie-experimenten' verlaten. Het denken over nieuwe richtingen is gevoed door concrete praktijkervaringen die zijn opgedaan.

In totaal doen zesentwintig experimenten mee aan het Transitieprogramma. De kernwoorden van de experimenten zijn: vernieuwend, proactief, bezielend, lerend, oplossingsgericht, zinvol, praktisch en het willen roeien tegen de stroom in. Dit is precies wat het transitieprogramma kenmerkt. Ruimte voor innovatie en nieuwe initiatieven die een werkelijke bijdrage leveren aan duurzame zorg. In 2007 is de eerste tranche, bestaande uit tien experimenten¹, gestart. Daar gaat deze mBC over. In 2008 zijn andere 16 projecten in de tweede tranche gestart.

¹ Formeel is er begonnen met 12 experimenten. Eén van de experimenten, het 'Netwerk Zorg Op Afstand', is niet een inhoudelijk experiment, maar een kennisplatform. Dit heeft later een aparte status gekregen. Meavita was nummer twaalf, destijds een onderdeel van dit platform en voortijdig beëindigd.

De **kern** van het Transitieprogramma bestaat uit het ontwikkelen en uitvoeren van transitie-experimenten bij voorlopers en innoverende partijen, op een zodanige manier dat de hele care sector hiervan kan leren innoveren. Het Transitieprogramma is geformaliseerd langs een aantal structuren:

- Het **programmamateam**, bestaande uit Ernst & Young, CC Zorgadviseurs (tot 2010), DRIFT/Erasmus Universiteit Rotterdam en adviseurs uit de brancheorganisaties, is verantwoordelijk voor de landelijke ondersteuning van het programma. Doordat drie verschillende bureaus door VWS zijn ingeschakeld, zijn drie verschillende visies vertegenwoordigd binnen het programmamateam. Dit is te beschouwen als een radicale organisatie-innovatie.
- De **Werkgroep Innovatie** bestaat uit het ministerie van VWS, GGZ Nederland, Actiz, BTN, VGN, en sinds november 2007 ook LOC-LPR en ZN. In de Werkgroep Innovatie is het gehele veld in de langdurende zorg vertegenwoordigd. Het **directeurenoverleg** AWBZ stuurt de Werkgroep aan.



- Voor de **selectie van de experimenten** is aansluiting gezocht met de vier sectoren binnen de langdurende zorg: thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en ouderenzorg. De experimenten zijn door het programmamateam geselecteerd op basis van criteria. De projecten, die deelnemen aan het transitieprogramma, heten experimenten, omdat het daadwerkelijk experimenteren centraal staat binnen het programma. Door te experimenteren is vast te stellen wat de werkelijke impact is van een innovatie. *Al lerende doen en al doende lerend* is de werkwijze.
- Op landelijk niveau is er een **Transitie-arena**: een geselecteerde groep vernieuwingsgezinde spelers. Zij werken aan een toekomstvisie op duurzame zorg die door de leden van de Arena wordt uitgedragen. De Arena verrijkt het Transitieprogramma en beleidsmakers met nieuwe inzichten, ideeën en voorstellen.

In de evaluatie van het Transitieprogramma (2010) is deze werkwijze meer gedetailleerd beschreven en geëvalueerd.

1.1.1 Maatschappelijke problemen

De langdurende zorg staat voor flinke uitdagingen, in het gedachtegoed van het Transitieprogramma vaak omschreven als maatschappelijk persistente problemen. De experimenten uit de eerste tranche proberen allen op hun eigen manier delen van de oplossing aan te dragen. Om de tien experimenten te introduceren zijn in de navolgende alinea's een aantal maatschappelijk persistente problemen met één of meerdere projectvoorbeelden toegelicht:

1. Stijgende zorgvraag en stijgende zorgkosten

Omkeer 2.0: In en rond Leeuwarden werken zorgaanbieders, verzekeraars, gemeente, scholen en ICT-partners samen om een complete wijk en een nabije plattelandsomgeving zo plezierig en 'warm' mogelijk te maken. Hoe meer sociale cohesie, hoe minder persoonlijke problemen, hoe minder vraag naar duurbetaalde zorg. Omkeer 2.0 beoogt een betere sociale structuur en een vorm van onafhankelijke en adequate vraagverheldering tot stand te brengen met behulp van de 'omtinker' en digitale diensten. De omtinker is een onafhankelijke, objectieve makelaar die naast de burger staat en hem mogelijk maakt zijn leven, zijn dagpad zo in te richten als hij dat wenst; een professioneel maatje.

2. Dubbele vergrijzing en stijgende zorgkosten

'Thuis met Dementie' en 'Casemanager Dementie': Eén van de consequenties van de vergrijzing van onze samenleving is dat we te maken krijgen met steeds meer ouderen met dementie. 'Thuis met dementie' in Almere biedt dementerenden en hun familie een TomTom+ in de vorm van de persoonlijk begeleider: iemand die niet alleen de weg wijst en de zorg coördineert, maar ook tips geeft en een arm om je heen slaat. Casemanager Dementie in Eindhoven zet zorgtrajectbegeleiders in die gedurende het hele ziekteproces klaarstaan voor advies, begeleiding en informatie. De kwaliteit van leven voor zowel de dementerende als de mantelzorger neemt door deze experimenten toe. De mensen met dementie kunnen langer in hun eigen vertrouwde omgeving blijven en door vroegtijdige opsporing is opname uit te stellen en crisisopvang te voorkomen.

3. Investeren in effectieve preventie

ACT jeugd: In Rotterdam spoort een zorgteam op straat postcode-loze jongeren met psychische problemen op, om ze 24 uur per dag te begeleiden. Dergelijk vroegtijdig, proactief en multidisciplinair optreden van zorgaanbieders kan bij deze jongeren de menselijke ellende en de nog hogere financiële kosten van criminaliteit, prostitutie of TBS voorkomen.

4. Leefbaarheid en sociale samenhang

Ontmoetingscentrum Prinsenhof: Ontmoetingscentrum Prinsenhof gaat over relaties tussen individuele bewoners en publiek-private organisaties. In Prinsenhof wordt het begrip 'Civil Society' geoperationaliseerd. Uniek is dat bewoners zichzelf georganiseerd hebben en het hele reilen en zeilen binnen het ontmoetingscentrum op zich nemen. Zij organiseren zelf activiteiten gericht op zorg, welzijn en preventie. Prinsenhof heeft tot doel de sociale

samenhang in de wijk te ontwikkelen en te verstevigen om eenzaamheidsproblematiek, sociaal isolement en achteruitgang in gezondheid tegen te gaan.

5. Het buiten beeld raken van de mens als persoon in zorgprocessen

Buurtzorg: Buurtzorg geeft de zorg voor individuele cliënten inhoud door eigen mogelijkheden, de mantelzorg, het zorgnetwerk en oplossingen in de buurt optimaal te gebruiken. In deze netwerken werkt Buurtzorg nauw samen met huisartsen, ziekenhuizen en informele zorgverleners. Dit leidt tot effectieve én efficiënte oplossingen. Deze werkwijze vraagt een andere inzet van de cliënt en haar omgeving, vraagt om ruimte en regie voor professionals en een andere benadering van het management en de ICT.

6. Professionaliteit in de knel

STEM: In Zuid-Holland haalt een netwerk van palliatieve zorg het sterfproces uit de taboesfeer. Zorg voor stervenden is geen geïntegreerd onderdeel in onze zorgverlening. We doen wat nodig of gebruikelijk is, net wat gewenst is. Doel is door open dialoog de zorgverlening en ondersteuning te verbeteren voor mensen in hun laatste levensfase.

7. Informatiedoolhof

Wijs in de Wijk: in dit experiment willen vijftien wonen-, zorg- en welzijnsorganisaties leren hoe zij samen vernieuwend aanbod kunnen organiseren. Zij werken aan technische (ICT) en menselijke (geïntegreerde teams) infrastructuren waarlangs zij alle wonen-, welzijn-, zorg-, buurt-, service- en gemakdiensten kunnen leveren. Langs deze structuren kunnen de organisaties concurreren en samenwerken, net zoals op het spoor, het stroomnet of de autoboulevard. Bij het leveren van diensten aan cliënten is het aangrijpingspunt 'de vraag achter de vraag'. Een voorbeeld is het deelproject 'ondersteuningsteams' waarin vijf welzijnsorganisaties zich richten op de verborgen vraag van burgers, die hun vraag niet kunnen/willen/durven stellen.

8. De wens zorg dichtbij huis te organiseren

Woonservicegemeente (Zuidzorg): Gemeenten in Zuid-Oost Brabant willen de mogelijkheid voor haar bewoners tot langer en veiliger in de eigen woning verblijven middels ICT faciliteren. Een WoonServiceGemeente is een lokaal interactief platform voor persoonlijke publieke diensten. Het lokale platform heeft tot doel burgers pro-actief en preventief te ondersteunen in hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Het bevordert en versterkt het informele netwerk rondom de burger en geeft tegelijk direct toegang aan formele hulp- en dienstverleners voor het bieden van zorg.

Duurzaam Beter: De F-ACT (Functional Assertive Community Treatment) aanpak van Duurzaam Beter biedt langdurig zorgafhankelijke (LZA) psychiatrische patiënten behandeling in de eigen omgeving buiten het ziekenhuis. Daardoor kunnen ook ernstig ontregelde chronische psychiatrische patiënten met steun van multidisciplinaire FACT wijkteams zelfstandig in de wijk blijven wonen en weer naar werk toegeleid worden.

1.1.2 Omschrijving analysekader TPLZ

Het doel van het transitieprogramma is het in gang zetten en versnellen van een beweging in de langdurige zorg, met projecten en systeemspelers die het zoeken, het experimenteren en het leren in de sector bevorderen.

Het analysekader is opgebouwd door het verbinden van een viertal aspecten: 1) de vier thema's binnen het programma, 2) de doelen in de langdurende zorg, 3) de focus van projecten en 4) innovatieve businessmodellen gericht op duurzaamheid.

1) de vier thema's

Het transitieprogramma heeft vooraf vier thema's gedefinieerd waar de transitie-experimenten zich op moeten richten:

1. **Preventie en herdefiniëring van de zorgvraag.** Experimenten die tot doel hebben: systeemvernieuwingen te realiseren gericht op het vóórtijdig voorkomen en minder snel verergeren van een ziekte dan wel het optimaliseren van zelfredzaamheid en levenskwaliteit.
2. **Sociale en maatschappelijke steunsystemen.** Experimenten die tot doel hebben: het vergroten en ondersteunen van een georganiseerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen die de cliënt ondersteunt in zijn poging optimaal in de samenleving te participeren.
3. **Efficiënte bedrijfsvoering.** Experimenten die tot doel hebben: het vanuit de keten en (nieuwe) samenwerkingsverbanden optimaliseren van zowel de samenhangende primaire processen ten behoeve van de eindgebruiker als de (keten)sturing en het (nieuwe) bedrijfsmodel.
4. **Zorg en ondersteuning op afstand.** Experimenten die tot doel hebben: radicale vernieuwingen te realiseren op het gebied van woonhuisautomatisering, telehuiszorg en persoonvolgsystemen en andere informatie- en communicatietechnologie die het leven veraangenamen, het inroepen van hulp en verzorging vergemakkelijken en/of een efficiënte inzet van personeel in de zorg mogelijk maken.

2) doelen langdurende zorg

Op hoofdlijnen zijn er voor de langdurige **zorg** in alle eenvoud drie kernwaarden waar de overheid op stuurt: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Of in één zin: Toegang tot betaalbare zorg van goede kwaliteit.

3) focus projecten

Voor projecten (gezamenlijk het transitieprogramma) zijn er drie kernstrategieën voor het creëren van waarde Treacy en Wiersema, 1983). *Customer intimacy* (klant als belangrijkste waarde), *product innovation* (de dienst als belangrijkste waarde) en *operationale excellence* (het proces als belangrijkste waarde). Elk project in het transitieprogramma kan op een andere manier waarde creëren.

ZORG	BETAALBAARHEID	TOEGANKELIJKHEID	KWALITEIT
PROJECT	OPERATIONAL EXCELLENCE	PRODUCT INNOVATION	CUSTOMER INTIMACY
BUSINESSMODEL	HOE	WAT	WIE
Preventie en herdefiniëring van de zorgvraag			
Ontwikkeling sociale & maatschappelijke steunsystemen			
Efficiënte bedrijfsvoering			
Zorg en ondersteuning op afstand			

4) innovatieve businessmodellen

Een businessmodel beschrijft hoe een organisatie waarde creëert. Hiervoor zijn in hoofdstuk drie een negental beschrijvende bouwblokken benoemd. In alle eenvoud beschrijven die het antwoord op de volgende vraag: WAT lever ik, aan WIE en HOE organiseer ik dat?

Bovenstaand is de relatie tussen de vier aspecten weergegeven. Wat de langdurende zorg en de projecten verbindt zijn de thema's die visie en richting geven en de modellen die beschrijven hoe ze die visie omzetten in het leveren van zorg. De thema's preventie en steunsystemen hebben een nadruk op de *wie*-kant van het businessmodel en de kwaliteit van zorg. De twee thema's bedrijfsvoering en zorg op afstand zeggen vooral iets over *hoe* we de zorg leveren en betaalbaar houden. Ten slotte hebben alle thema's een raakvlak met nieuwe diensten: *wat* levert de organisatie en hoe houden we gezamenlijk de zorg duurzaam, houdbaar en toegankelijk.

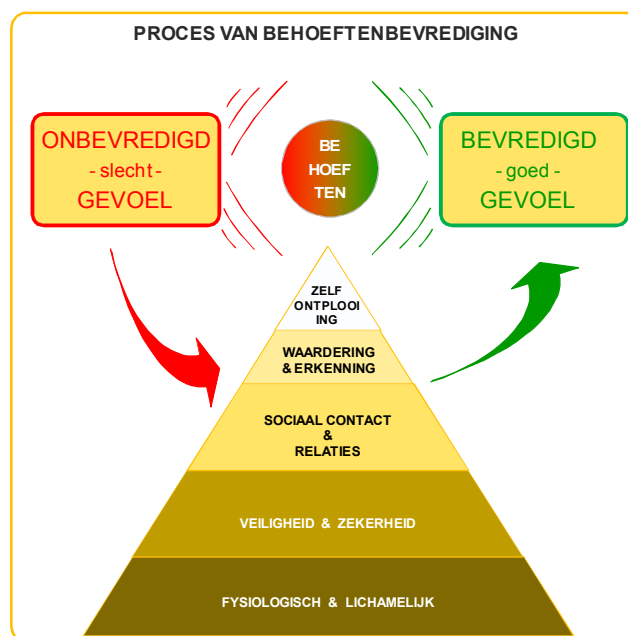
In dit document is dit analysekader als rode draad gebruikt. Op verschillende plaatsen zijn er onderdelen uitgelicht. In de conclusie staan we nogmaals stil bij het kader met het oog op de geleerde lessen.

Leeswijzer

De projecten uit het transitieprogramma zijn het onderwerp van deze meta-mBC. De mBC is in drie delen opgedeeld: het Cliëntperspectief in hoofdstuk één dat de projecten vanuit de ogen van de cliënt bekijkt. In het tweede hoofdstuk zijn de lessen verzameld over de businessmodellen van de afzonderlijke projecten. In het derde hoofdstuk combineren wij het organisationele en maatschappelijke perspectief op de projecten en het programma.

2 Cliëntperspectief

Het cliëntperspectief beschrijft de eerste tranche uit het transitieprogramma vanuit de ogen van de cliënt of eindgebruikers. De cliënt is binnen het programma het uitgangspunt bij het beoordelen van de waarde van zorg en welzijn. De vraag die dit hoofdstuk beantwoordt, is hoe in de eerste tranche nieuwe behoeften van de cliënt en zorgverleners zijn vervuld en hoe hierbij waarde is gecreëerd bij het verlenen van nieuwe vormen van zorg aan cliënten. Hierbij is als voorbeeld de koppeling gemaakt met één van de in paragraaf 1.1.2 genoemde thema's van het programma. Deze koppeling met een thema is relatief, vele projecten vallen vanwege hun radicaliteit onder twee of meer thema's. Elk project is, verdeeld over de thema's, nader toegelicht met één of meerdere sprekende cliëntverhalen.



Voorafgaand aan de hierna volgende cliëntverhalen is steeds het proces van behoeftebevrediging weergegeven. Dit is gebaseerd op de bovenstaande figuur. Een cliënt heeft een slecht / onbevredigend gevoel voorafgaand aan de verlening van de zorgdienst. Door het ontvangen van zorg bevredigt de cliënt zijn behoeften. Dit zijn primaire behoeften, gebaseerd op de piramide van Maslow (een behoefte is iets anders dan een gevoel). Doordat de behoefte bevredigd is ontstaat een goed gevoel.

2.1 Preventie en herdefiniëring zorgvraag

Onder 'preventie en herdefiniëring van de zorgvraag' vallen experimenten die tot doel hebben: systeemvernieuwingen te realiseren gericht op het vóórtijdig voorkomen en minder snel verergeren van een ziekte dan wel het optimaliseren van zelfredzaamheid en levenskwaliteit.

2.1.1 ACT jeugd

Onbevredigd gevoel	→	Vijandig, afstoting, onthecht
Bevredigde behoefte door dienst	→	Besef, ertoe doen, verbondenheid door ondersteuning/aandacht
Bevredigd gevoel	→	Hoopvol, aangemoedigd

Het kwartje is dan toch gevallen (het verhaal van een jongere)

Misschien begon het ontsporen wel veel eerder, maar op de mavo uitte het zich voor het eerst. Veertien was Kevin. Vechten, klasgenootjes bestelen, slecht presteren: het was Kevin ten voeten uit. En veel drinken. Tot wel twintig bier. 'Het was kutten', zegt Kevin achteraf. 'Ik heb Borderline, maar dat wist ik toen nog niet'. Zijn ouders probeerden van alles. 'Het zijn schatten'. Goede gesprekken, boos worden, de kinderbescherming: alles werd ingezet om Kevin bij de les te krijgen. Niets hielp. 'In 2000 heb ik drie dagen vastgezet nadat ik mijn vader en agenten in elkaar had geslagen'. En dat was nog maar het begin. 'Ik ben in Overschie in een tent gekropen. Met een ex heb ik daar een halfjaar geleefd'. Drank had de 16-jarige Kevin inmiddels vermengd met grote hoeveelheden coke en pillen. 'Daar werd ik rustig van'. Na verloop van tijd bracht Kevin zijn tijd vooral door met dealen in een Vlaardings nachtcafé. 'Met mijn handeltjes ging ook wel eens wat mis. Ik snoof drie tot zeven gram coke per dag en dronk er 21 halve liters bij. Van de zeven dagen in de week was ik er acht uit m'n plaat. We hadden wel vaker mot, maar eind 2004 hadden mijn ex en ik een vechtpartij. Het eindigde in een miskraam'. Brand in het café door een molotovcocktail maakte een eind aan het Vlaardingse avontuur. Na omwegen trok Kevin opnieuw in zijn tentje. Het was inmiddels 2005. Zijn ex-vrouw kreeg een nieuwe vriend. Kevin verdroeg dat slecht, dus sloeg hij de knul buiten westen met een pijp ijzer.

Het was Luc van ACT-Jeugd die Kevin in 2005 uit zijn tentje wist te praten. 'Hij was de enige die me in al die tijd op kwam zoeken'.

Natuurlijk volgden nog aardig wat terugvallen, maar inmiddels heeft Kevin zijn leven met dank aan Luc weer aardig op de rails. Tegenwoordig luistert Kevin vooral Hazes in plaats van naar hardcore. Hij heeft een uitkering voor arbeidsongeschikten en woont samen. 'Ze zeggen dat het kwartje een keer moet vallen. Dat is nu eindelijk gebeurd. Met hulp van Luc en Hazes'.

2.1.2 Thuis met Dementie

Onbevredigd gevoel	→	Bezorgd, verontrust
Bevredigde behoefte door dienst	→	Verlichting, verbondenheid door kennen/ gekend zijn, ondersteuning, contact
Bevredigd gevoel	→	Beroerd, dankbaar, hoopvol

Familie De Ridder

'Het gaat bijna niet meer', zegt meneer De Ridder, de persoonlijk begeleider heeft mijn vrouw kortgeleden op de wachtlijst geplaatst'. 'Maar laat ik bij het begin beginnen. In 2007 begonnen de problemen met mijn vrouw. Ze werd ziek en kreeg allerlei rare klachten. Via de huisarts zijn we naar de neuroloog doorverwezen en die heeft de diagnose gesteld. Mijn vrouw was daar erg overstuurd van'.

Op dat moment kreeg de familie een persoonlijk begeleider toegewezen. Deze regelt veel voor de familie, onder andere de thuiszorg. Ook gaat mevrouw drie dagen per week naar de dagopvang. En dat is een hele ontlasting voor meneer. 'We vinden het erg fijn dat deze lieve vrouw er is. Ze regelt veel voor ons, het is soms ook zo ingewikkeld'. 'We hebben veel contact met een aantal verschillende zorgverleners', zegt meneer De Ridder. Het valt me op dat ze goed met elkaar samenwerken en dat ze ons en onze situatie kennen. 'Er wordt goed aan mij gedacht', aldus meneer De Ridder. 'Ik ga naar diners en verwenmiddagen'. 'Het is echt mooi dat dat er is'. Soms word ik er helemaal emotioneel van'. Maar zoals meneer bij aanvang al zei, is het zwaar voor hem. Ondanks alle goede zorgen. Mevrouw moet tegenwoordig geheel verzorgd worden en is erg onrustig. Ook 's nachts. We hopen maar dat ze snel een plekje krijgt in Polderburen.

2.2 Sociaal maatschappelijke steunsystemen

Onder 'sociale en maatschappelijke steunsystemen' vallen experimenten die tot doel hebben: het vergroten en ondersteunen van een georganiseerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen die de cliënt ondersteunt in zijn poging optimaal in de samenleving te participeren.

2.2.1 STEM: Sterven op je eigen manier

Onbevredigd gevoel	→	Verwijderd, onthecht, treurig, bang
Bevredigde behoefte door dienst	→	Autonomie, rust, respect, aandacht
Bevredigd gevoel	→	Vredig, tevreden, vertrouwend, vertrouwend

Jan

In de biografische schets *Zo is het genoeg* (2008) beschrijft Onno Blom het laatste levensjaar van de vorig jaar overleden Jan Wolkers. Niet alleen beschrijft Blom de liefdevolle verzorging van de fysiek steeds kwetsbaar worden de Jan door zijn vrouw Karina, maar ook de manier waarop hij met haar en zijn kinderen Bob en Tom over het einde spreekt. Voor Wolkers was de dood zijn leven lang nooit afwezig. Een van zijn eerste gedichten gaat er al over.

De dood was er voor Jan altijd. Sterker, Blom schrijft in zijn proloog: 'Het was onmogelijk om Jan Wolkers nabij te komen en niet met hem over de dood te spreken—hij hield zich dagelijks bezig met de dood en zijn hele werk was ervan doordeesemd'. Aan het einde van de schets beschrijft Blom hoe Wolkers drie dagen voor zijn overlijden op eigen verzoek van het ziekenhuis in Den Helder terugkeert naar huis. Daar, op Texel, wil hij sterven. Dat was op 16 oktober 2007. De volgende ochtend wordt Wolkers niet wakker. 'Karina dacht eerst dat hij diep in slaap was, maar toen de huisarts langskwam, vertelde hij haar dat haar man in coma lag. De dokter zei: "Hij is op, Karina. Als ik kon kiezen hoe ik kon sterven, dan zo". Wolkers is niet meer wakker geworden en stierf in de vroege uren van de negentiende oktober een vredige dood.

2.2.2 Ontmoetingscentrum Prinsenhof

Onbevredigd gevoel	→	Onthecht/ vervreemd door sociaal isolement
Bevredigde behoefte door dienst	→	Contacten, zingeving, ondersteuning
Bevredigd gevoel	→	Gemeenschapsgevoel, waardering, ergens bij horen, nuttig voelen

Kent u Prinsenhof?

In oktober 2008 zijn er interviews op straat gehouden. Een verhaal:

'Kent u Prinsenhof?'

'Jazeker, mijn man is kortgeleden overleden en ik heb mij aangemeld als vrijwilliger bij Prinsenhof. Thuis is het erg stil en ik heb tijd. Op dit moment word ik ingewerkt voor de receptie. De mensen zijn erg vriendelijk en ik word goed opgevangen. Ik kan op deze manier andere mensen helpen en er is aandacht voor mij in deze moeilijke periode van rouw.

2.3 Efficiënte bedrijfsvoering

Onder 'efficiënte bedrijfsvoering' vallen experimenten die tot doel hebben: het vanuit de keten en (nieuwe) samenwerkingsverbanden optimaliseren van zowel de samenhangende primaire processen ten behoeve van de eindgebruiker als de (keten)sturing en het (nieuwe) bedrijfsmodel.

2.3.1 Buurtzorg Nederland

Onbevredigd gevoel	→	Geërgerd, ontevreden
Bevredigde behoefte door dienst	→	Aanwezigheid, gebondenheid, ondersteuning, vertrouwen
Bevredigd gevoel	→	Zeker, veilig, waardierend, comfortabel

Huisarts Walstock

Huisarts Walstock: 'Ik heb een diabetespatiënt. Zij had veel pijn in haar voet. Toen ik ging kijken, bleek dat haar wond niet goed verzorgd was. Gevolg: wondvergiftiging, ontstoken weefsel en geen andere oplossing meer dan een amputatie. Ik bel Thuiszorg en even later belt de manager, of regiomanager of districtsdirecteur, of wat voor mooie namen die mensen ook hebben, mij terug. Ik leg haar de fouten van de verpleging voor, maar die worden allemaal weggewuifd. Ik vraag waarom ze mij niet in een veel vroeger stadium hebben ingelicht. Zegt de manager: 'Mevrouw wilde de huisarts er niet bij hebben...'. Als ik haar nog eens op de verantwoordelijkheden van de verpleging probeer te wijzen, zegt zij: 'Misschien moeten we de patiënt nog eens nadrukkelijk op haar eigen verantwoordelijkheid wijzen. We zullen dit in ons teamoverleg bespreken...'. Als ik zoiets hoor, vraag ik mij werkelijk af waar zo'n organisatie mee bezig is. Natuurlijk, de problemen die mensen tegenkomen zijn vaak complex. Maar dat hoort bij het vak. Iedere goed opgeleide wijkverpleger moet kunnen inschatten hoe de situatie is en vervolgens de afweging maken: haal ik de huisarts erbij of niet. Dat hoort bij competentie'.

'Maar', verzucht hij, 'nu is alles handelingsgericht. Je komt om iemand te wassen, medicijnen te geven of zijn of haar brood te smeren; het zijn mechanische handelingen geworden, die zo strak zijn ingeroosterd dat alle gevoel is uitgeschakeld. De thuiszorgorganisaties denken in handelingen, niet in het doel waarvoor de zorg ooit geboren is, namelijk iemand beter maken'.

'Een van mijn eerste patiënten', vertelt Walstock verder, 'die ik door de mensen van Buurtzorg kon laten verzorgen was een jonge vrouw met verslavingsproblematiek. Ze kon geen thuiszorg krijgen, want verslavingsproblematiek valt niet onder de AWBZ. Toch vond ik het belangrijk dat er naar haar omgekeken werd. Mijn enige vraag was: 'ga gewoon even kijken of ze haar medicatie neemt...'. Dat begrepen ze meteen en het werd zomaar geregeld. Nou, bij de reguliere thuiszorg had ik dat niet voor elkaar gekregen!'

2.3.2 MAAT: Wijs in de Wijk

Onbevredigd gevoel	→	Gefrustreerd, ontkoppeld, onthecht
Bevredigde behoefte door dienst	→	Doeltreffendheid, kracht, inzicht, bewustzijn, stimulering, meedoen
Bevredigd gevoel	→	In staat, open, gereactiveerd

Opvoedproblemen

Esther is moeder en heeft te maken met opvoedproblemen.

Esther: "Mijn kinderen luisteren niet naar mij. Door deze problemen voel ik mij gestresst. Van de school uit komen er geen signalen dat mijn kinderen niet luisteren. Ik durfde geen contact op te nemen met de maatschappelijk werkster of de school om over deze problemen te praten. Toevallig trof ik een van de leden van het Ondersteuningsteam die ook werkzaam is in het Ouder & Kind Centrum op de school van mijn kinderen. Zij legde mij uit wat schoolmaatschappelijk werk is en wat ze doen. We hebben gepraat hoe ik dat aan moet pakken. Door het Ondersteuningsteam durfde ik de naar de maatschappelijk werkster te gaan".

Taal en cultuur probleem

Marco Hendriks is leidinggevende van de voedselbank. Een grote groep migranten nemen een gedeelte van hun voedselpakket mee. Producten die ze niet kennen in hun land van herkomst bleken ze niet mee te nemen (asperges en andere groenten) terwijl ze hier wel recht op hebben.

Marco: "Als leiding van de voedselbank heb ik contact opgenomen met het Ondersteuningsteam. Migranten die een voedselpakket komen halen nemen bepaalde etenswaren niet mee terwijl ze er wel recht op hebben. Ik begreep niet waarom ze deze etenswaren niet mee namen. De ondersteuner is meegekomen naar de voedselbank en is uitleg komen geven aan de migranten. Daarnaast heeft ze mij uitgelegd waarom deze mensen de spullen niet mee namen, namelijk omdat ze het niet kennen. Nu nemen ze de etenswaren wel mee en ik begrijp ze beter."

2.3.3 Duurzaam Beter (F-ACT)

Onbevredigd gevoel	→	<i>Vervreemd, gehinderd, gefrustreerd, verloren</i>
Bevredigde behoefte door dienst	→	<i>Contact, aandacht, zelfredzaamheid</i>
Bevredigd gevoel	→	<i>Gestimuleerd, aangemoedigd, hoopvol, tevreden</i>

Karel

Karel: 'De medicatie is 't minste wat ze komen brengen. Ik haat de bijwerkingen en het ontnemt me ook gedachten waar ik aan hecht. Maar de steun bij allerlei regel-dingen en de morele steun waardeer ik. Ze hebben me ook naar lotgenoten contacten geholpen en we starten met het zoeken naar werk. Dankzij hun kan ik mezelf weer worden'.

2.3.4 Casemanager Dementie

Onbevredigd gevoel	→	Stress, onzekerheid, vervreemd, verward
Bevredigde behoefte door dienst	→	Duidelijkheid, orde, verlichting, verbondenheid door ondersteuning
Bevredigd gevoel	→	Veilig, zeker, vertrouwend

Van Berkel

'Vaak zie je dat mensen in een proces zoals de familie Van Berkel dit nu doormaakt, hun laatste houvast kwijtraken. Dat ze behalve de weg in hun eigen leven ook nog eens de weg kwijtraken in het woud van de zorg. Dat geeft veel stress en onzekerheid. En juist die onzekerheid zet mensen vaak nog verder terug. Alleen al die formulieren al... en dan die vragen van zorgverleners over iemands leven en over alle pillen die ze moeten slikken... dat werkt heel vervreemdend en is uitermate vermoeiend. En dan hebben we het over de toekomst ('Waar komen we straks terecht? Wat gaan ze met ons doen? Kunnen we hier niet blijven?') nog niet eens gehad...'

'Wij zijn dus vertrouwenspersoon als het gaat om de persoonlijke problematiek die dementie met zich meebrengt. Neem alleen al de eenzaamheid van mensen en de wanhoop die zij ervaren als ze voelen dat ze niet meer kunnen aangeven wat ze willen zeggen of denken. Dat is heel verdrietig. Als tegenwicht voor al die emoties die je ziet, is het denk ik goed dat we behalve vertrouwenspersoon ook een soort gids zijn in het woud van de regels en formulieren van de zorg. Dat vind ik leuk, want ik ben nogal een praktisch iemand'.

2.4 Zorg en ondersteuning op afstand

Onder 'Zorg en ondersteuning op afstand' vallen experimenten die tot doel hebben: radicale vernieuwingen te realiseren op het gebied van woonhuisautomatisering, telehuiszorg en persoonvolgsystemen en andere informatie- en communicatietechnologie die het leven veraangenamen, het inroepen van hulp en verzorging vergemakkelijken en/of een efficiënte inzet van personeel in de zorg mogelijk maken.

2.4.1 WoonserviceGemeente Geldrop-Mierlo

Onbevredigd gevoel	→	Bezorgd, verwijderd, kwetsbaar
Bevredigde behoefte door dienst	→	Contact, zelfredzaamheid, gemak, rust, veiligheid
Bevredigd gevoel	→	Zelfverzekerd, nieuwsgierig, gestimuleerd, opgevrolijkt, dankbaar

Contact maken

Mevrouw Claassen heeft zo'n negen maanden VieDome. In het begin vond ze het moeilijk om te gebruiken. Nu na negen maanden gebruikt ze drie diensten. Ze heeft contact met een andere VieDome gebruiker, voor de gezelligheid. Ze is nog heel actief in het dagelijks leven en veel weg, maar dit is een contact van vroeger dat ze weer ophaalt. Verder roept de zorgcentrale haar iedere avond op voordat ze naar bed gaat. Ze woont alleen en kijkt uit naar een praatje voordat ze gaat slapen. Soms valt ze in slaap in haar stoel, nu weet ze dat ze wakker wordt gemaakt en dat ze zeker de nacht in bed door brengt. Als laatste maakt ze na zes maanden gebruik van de Rabobank dienst. Toen het sneeuwde heeft ze geld thuis laten bezorgen en ze heeft een advies gesprek gevoerd met haar bank. Dat doe je niet vaak, maar 1 a 2 keer per jaar is het wel nodig en dan is het heel fijn dat dit via VieDome kan.

2.4.2 Omkeer 2.0

Onbevredigd gevoel	→	Angstig voor de toekomst, afschuw, verloren, verontrust
Bevredigde behoefte door dienst	→	Onafhankelijkheid, zelfredzaamheid, veiligheid, ondersteuning
Bevredigd gevoel	→	Zeker, veilig, nieuwsgierig, enthousiast, gereactiveerd

Gytskerk

Het echtpaar Jansen- De Vries in Gytsjerk woont nog zelfstandig. Vier keer per dag komt er een verzorgende langs. 's Morgens om mevrouw Jansen (80), die chronische leukemie heeft en moeilijk ter been is, te helpen met wassen en aankleden. 's Middags en 's avonds om haar naar en van bed te helpen. Jansen (82) zelf wordt zo ontlast. Wekelijks komt er een welzijnsmedewerkster die met mevrouw Jansen gaat wandelen of borduren. 'Laatst zijn we naar de tegeltjesbrug geweest waar portretten opstaan van mensen die de Elfstedentocht hebben gereden', vertelt ze enthousiast. En op de achtergrond zijn hun ouderenadviseur Foppe en ergotherapeut Petra aanwezig. 'Foppe regelde een hoog-laag-bed en via Petra kreeg ik deze nieuwe stoel'. Het echtpaar wil zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. 'Hier zijn we op ons zelf', zeggen ze. 'Als ik naar zo'n klein kamertje in een verzorgingshuis moet, word ik ziek', weet Jansen.

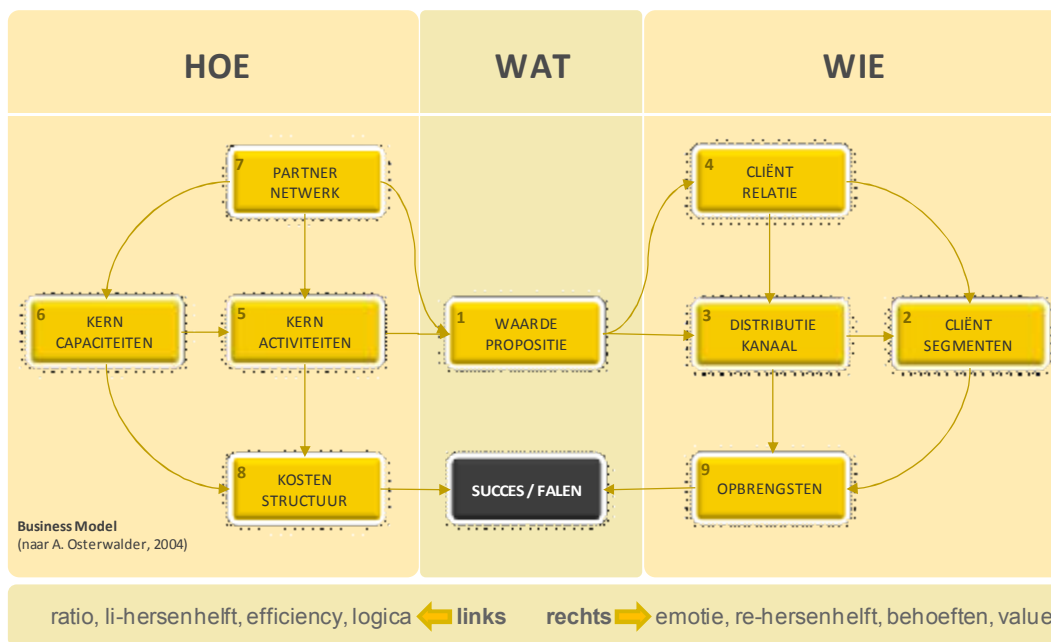
3 Het Businessmodel

Een businessmodel beschrijft de rationale of logica over hoe een organisatievorm waarde creëert, levert en vangt. We kunnen ons zowel de projecten zelf, als 'de langdurende zorg' voorstellen als een organisatievorm.

Dit wetende, hoe ziet het businessmodel van het projecten er over vijf jaar uit? En op welke trends in de businessmodellen van de langdurende zorg speelt het grotere Transitieprogramma dan in? In dit hoofdstuk doen we beiden uit de doeken.

3.1 Businessmodel nader verklaard

Onderstaand is het analysemodel weergegeven in negen samenhangende bouwblokken.



Het beschrijven begint bij het benoemen van de waardepropositie, ofwel: wat leveren we nou precies? Hierin zijn de aangeboden diensten beschreven en waarom zij waarde creëren.

Vervolgens schuift het model eerst op naar de rechterkant. Dit is, zoals we onder het model zien de kant van de emotie, behoeften en waarde. Boven het model zien we dat we het 'wat' verbinden met aan 'wie' we waarde leveren. Het tweede blok beschrijft de cliëntsegmenten en het derde blok via welk distributiekanaal we waarde leveren. Vervolgens beschrijven we in het laatste blok welke relatie we met de cliënt aangaan.

Dan de linkerkant. Dit is de kant van de ratio, de efficiency en logica. Het verbindt 'wat' we leveren met 'hoe' we dit leveren. Het vijfde blok beschrijft welke kernactiviteiten we uitvoeren vanuit de processen die van belang zijn. Het zesde blok geeft ons inzicht in de benodigde capaciteiten. En, wetende dat elke organisatievorm een externe omgeving heeft heb je altijd partners nodig om een dienst te leveren. Het netwerk aan partners is beschreven blok zeven, het partnernetwerk.

Dan blijven er twee bouwblokken over. Blok acht, die de kostenstructuur beschrijft en blok negen die de opbrengstenstructuur weergeeft. Deze zijn gecombineerd behandeld in het laatste hoofdstuk, de maatschappelijke businesscase.

Elk van de navolgende paragrafen beschrijft een bouwblok en geeft hierin de lessen vanuit de tien mBC's in de eerste tranche weer.

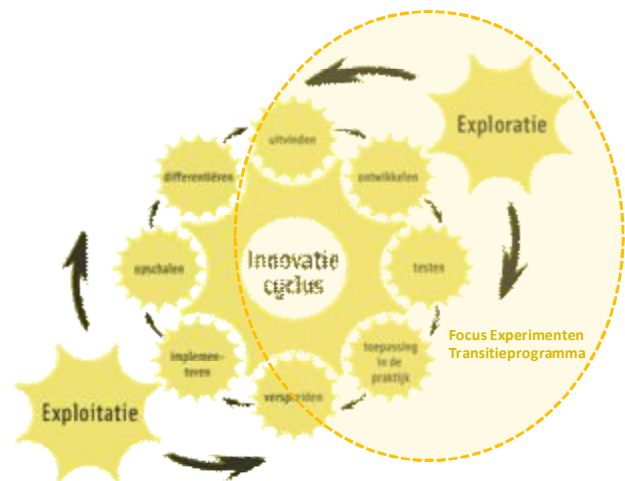
3.2 Wat: Waardepropositie

De Projecten

De waardepropositie van elk van de projecten is het *vanuit de praktijk exploreren van radicaal nieuwe zorgconcepten*. Binnen dit 'product' valt het uitvinden, ontwikkelen, testen en toepassen van de nieuwe concepten. Dat is wat elk project concreet oplevert binnen het programma en voor de Langdurende zorg in het algemeen. Het programma begeleidt hierbij projecten met monitoring, bijsturing en het oogsten van de geleerde lessen (uitvoerig beschreven in het evaluatierapport van Transitieprogramma).

Er zijn twee elementen te onderscheiden in de waardepropositie van deze projecten: 1. Praktijkgerichtheid en 2. Gerichtheid op exploratie.

1. Praktijkinnovatie onderscheidt zich van innovatie die voortkomt uit beleid en onderzoek. Beleid richt zich op haalbaarheid, draagvlak en bestuurlijke controle. Onderzoek of wetenschap richt zich op bestaande kennisverbreding, waarheidsvinding en complexiteit. De unieke waarde van de projecten in het Transitieprogramma is de *bottom-up* innovatie, werkvloerkennis, radicale ideeën en eenvoud. Onderzoek kan dit begeleiden en lessen vertalen zich op een later tijdstip in beleid.



2. Het rapport 'Innovatie Vernieuwd' van de WRR (zie: <http://bit.ly/ac8gqs>) beschrijft de innovatiecyclus. Projecten doorlopen het eerste deel van deze cyclus in het Transitieprogramma. Hierbij leert elk project in zijn eigen deelsector hoe zij nieuwe structuren en werkwijzen kunnen uitvinden, ontwikkelen, testen en toepassen. Dit wordt de exploratiefase genoemd. Dit verloopt in een e-Health omgeving geheel anders dan in een beschermde, bewaakte psychiatrie omgeving of een setting met ouderen. Het Transitieprogramma is vrijwel het enige programma's waarin de ruimte geboden is om op deze structurele wijze het begin van de innovatiecyclus te stimuleren en te doorlopen.

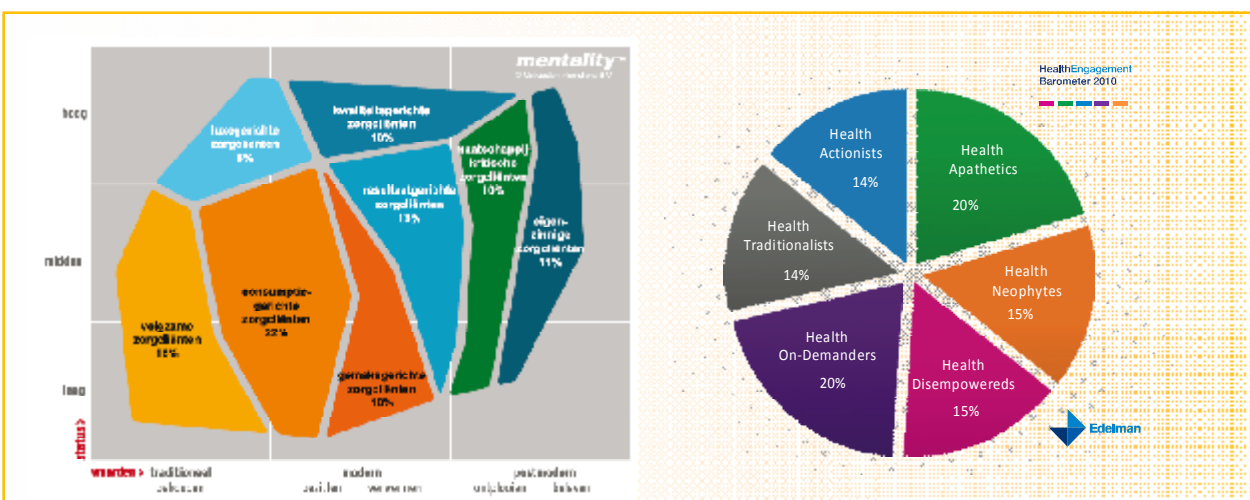
Uit het Transitieprogramma is geleerd dat de waardepropositie van experimenten *praktijkgerichte exploratie van nieuwe zorgconcepten* is. Hieruit komen lessen die de nieuwe businessmodellen van de langdurende zorg nader vormgeven. Per bouwblok gaan wij hier nader op in .

3.3 Wie: Cliëntsegmenten

Bij het bestuderen van de mBC's blijken de cliëntsegmenten zeer divers. Over het geheel is er een trend zichtbaar waarin sectoren niet meer te beschouwen zijn als uniforme massamarkten van cliënten. Vrijwel alle experimenten beschrijven *segmentaties* van hun cliënten op basis van specifieke behoeften (zie hoofdstuk twee). Nieuwe diensten ontstaan nu juist uit het beter begrijpen van deze behoeften. Patronen in gedeelde behoeften bij een groep leidt tot een nieuw segment en vervolgens bij ondernemende zorgaanbieders tot een nieuwe dienst. Vaak is de kennis over die behoeften opgedaan op de werkvloer (eerder dan uit beleid of onderzoek).

Zo is slechts een deel van de zorgcliënten rijp voor zorg op afstand. En de ACT aanpak werkt niet bij alle langdurig psychiatrische patiënten of probleemjongeren. 'Maatwerk is de maat' in sectoren die steeds pluriformer gedefinieerd zijn. Door middel van behoefteonderzoek (bijvoorbeeld bij Zuidzorg en Omkeer 2.0) passen projecten het aanbod of de definiëring van de groep vragers aan. Er is geen standaard oudere meer en geen standaard GGZ cliënt.

Tevens verschuiven cliëntsegmenten van organisaties doordat ze 1) eerder ingrijpen, 2) meerdere vragen tegelijk bedienen (multi-problem), of 3) de omgeving van de cliënt in de dienst betrekken. Binnen alle drie de voorbeelden is sprake van andere behoeften van de cliënt en eisen aan zijn omgeving voordat zij als potentiële vragers te beschouwen zijn. Voor Buurtzorg zijn de wijk en mantelzorger als omgeving belangrijk voor cliënt. Deze dienen dan wel aanwezig te zijn en het vermogen te hebben zorg over te nemen. Bij vroegsignalering van en vòorzorg bij dementie (Thuis met Dementie, Casemanager Dementie) zijn er andere behoeften in beeld en stelt dit andere eisen aan de doelgroep.



Er is steeds meer informatie aanwezig over de houding, actie en verwachtingen van cliënten in de zorg. Bovenstaande voorbeelden van cliëntsegmenteringen nemen aan populariteit toe in de zorg. Het linkervoorbeeld is afkomstig van Motifaction die het STEM project ook bijgestaan

heeft behoeften in de laatste levensfase in kaart te brengen. Een ander voorbeeld is Stichting MAAT die voor Wijs in de Wijk vraagpatronen onderzoeksmatig in kaart heeft gebracht. Hiermee kunnen zij uit (Online) gesprekken met/van cliënten de juiste vraag destilleren.

Naast *gesegmenteerde* markten zijn er binnen het Transitieprogramma ook *niche* doelgroepen te ontdekken. Deze doelgroep kreeg in de zorg of in een bepaalde sector voorheen geen of de standaard dienstverlening. Voorbeelden hiervan zijn allochtone ouderen, terminaal zieken of zorgmijdende cliënten.

3.4 Wie: Distributiekanaal

Distributiekanaalen zijn in de zorg niet enkel meer fysiek en direct.

Andere *type* kanalen zijn in opkomst in de langdurende zorg. We zien in het Transitieprogramma dat fysieke kanalen, daar waar dit efficiency en snelheid oplevert, te vervangen zijn door het digitale kanaal. Het Netwerk Zorg op Afstand, Zuidzorg, Wijs in de Wijk, en Omkeer 2.0 hebben hier ervaring mee opgedaan. Organisaties experimenteren met e-Health zoals Domotica (woonzorgtechnologie), internetportals en Screen-2-Screen oplossingen voor beeldverbinding tussen professional en cliënt.

Naast deze complexere vormen van e-Health is er tevens een trend gaande waarin projecten gebruik maken van relatief langer bestaande kanalen als de telefoon of E-mail. Anonimiteit, flexibiliteit en/of snelheid zijn veelgehoorde redenen om deze kanalen in te zetten. Telefonisch coachen of reminders per mail/SMS zijn goede voorbeelden.

Tevens is er innovatie in het distributiekanaal wat betreft het *eigenaarschap* van het kanaal. Als een organisatie wil dat zijn informatie bij de klant komt kan dit tevens via een partnerorganisatie of iemand in het netwerk van de cliënt. Dit geldt voor diverse fasen in de levering van de dienst:

1. Het kweken van bewustzijn over een dienst
2. Het helpen evalueren van de geschiktheid van de dienst
3. Het verkrijgen van de dienst
4. Het leveren van de dienst
5. De nazorg en follow-up van de dienst

In al deze vijf fasen gebruiken experimenten hun partnernetwerk en/of het sociale netwerk van de cliënt. Zij kunnen eveneens kiezen een ander type kanaal in te zetten. Zo richt STEM zich vooral op verspreiding van haar kennis over het levenseinde bij andere organisaties en professionals. Ook velen gebruiken actief de media en pers. Omkeer 2.0 zet 'omtinkers' in die een gehele wijk of gemeenschap als kanaal te gebruiken. Wijs in de Wijk gebruikt ondersteuningsteams waarin concurrerende welzijnsorganisaties toeleiden naar elkaars diensten.

De trends naar ketenzorg en netwerkorganisaties zijn het gevolg van innovatie in de distributiekanaal van aanbieders. Deze trend is niet alleen ingezet door op kop lopende aanbieders, maar is eveneens te beschouwen als de opbrengst van overheidsprikkels tot samenwerking in de keten en verbinden tussen domeinen.

3.5 **Wie: Klantrelatie**

In de klantrelatie van nieuwe businessmodellen in de langdurende zorg doen zich diverse ontwikkelingen voor. Nieuwe type relaties ontstaan: persoonlijker, zelfservice, in communities, geautomatiseerd en/of door co-creatie.

Persoonlijkere relaties op plaatsen waar dit niet gebruikelijk is zien we bij de introductie van casemanagers bij de dementieprojecten of bij de 'omtinkers' bij Omkeer 2.0.

Zelfservice concepten zijn terug te vinden bij projecten als Prinsenhof en Buurtzorg. Daar waar het kan werken zij alleen ondersteunend, faciliterend of aanvullend om zelfredzaamheid te bevorderen.

Het communityprincipe is aanwezig bij Omkeer 2.0 en bij de Woonservicegemeente van Zuidzorg. Het stimuleren van relaties in een groep maakt dat deze groepsleden beter voor elkaar kunnen zorgen.

Automatiseren van de relatie is zichtbaar bij de wijkportals van Wijs in de Wijk of het buurtzorgplein voor cliënten van Buurtzorg. Een deel van de relatie en dienstverlening is daarmee geautomatiseerd.

Co-creatie betekent het uitnodigen van anderen om diensten samen te leveren. Prinsenhof heeft een buurtteam die met welzijnswerkers de buurt in de gaten houdt. Omkeer 2.0 stimuleert mensen op haar communitysite mee te helpen nieuwe diensten te ontwikkelen en de Woonservicegemeente schakelt cliënten in bij de ontwikkelingsfase van nieuwe diensten.

Het is de verwachting dat al deze nieuwvormen van relaties zich in de komende tijd zowel in de breedte als in de diepte verder ontwikkelen. Geënt op principes van vraagsturing in de zorg en 'meedoen' in welzijnsland houdt dit de zorg toegankelijk.

3.6 **Hoe: Kerncapaciteiten**

Capaciteiten zijn voor een zorgorganisatie *fysiek* zoals gebouwen of computers, *intellectueel* bij het vastleggen of licencieren van een nieuw zorgproces, *personeel* bij het aankleden van een cliënt of *financieel* bij het verwerven van kapitaal.

Voor ieder project is de combinatie van genoemde capaciteiten uniek. Door bijvoorbeeld de professional (personeel) niet meer in een spreekkamer (fysiek) te laten zitten maar in de wijk of op een patiëntenportal, gebruiken we bestaande capaciteiten voor innovatieve dienstverlening. Enkele voorbeelden van veelgebruikte capaciteiten in de projecten:

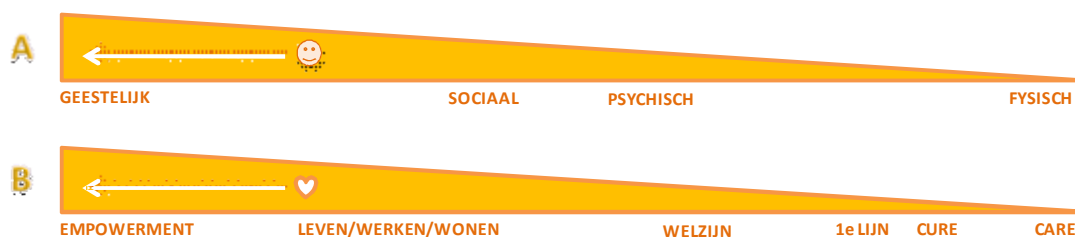
- Fysiek: Toename wijkgericht, thuisgericht en met behulp van ICT;
- Intellectueel: Is minder van toepassing op langdurende zorg. Het is wel mogelijk te kapitaliseren op een uniek merkconcept (Buurtzorg) of kennis te vermarkten zoals bij het certificeren van F-ACT-teams;
- Personeel: Ervaringsdeskundigheid, nieuwe functies via taakspecialisatie of -delegatie
- Financieel: inspelen op nieuwe bronnen en financieringsregelingen (DBC's, ZZP's en PGB's, NZa regelingen etcetera).

De waarde bij capaciteiten zit niet in de nieuwheid van een capaciteit, maar in een *innovatieve combinatie* van bekende capaciteiten. Innovatie is ook wel beschreven als een 'toegepast nieuw inzicht, ontstaan uit twee of meer bestaande ideeën'. Denk aan telefoon+draagbaarheid, internet+behandeling, koffieapparaat+pads of fotografie+digitale techniek. Het is de uitdaging om, net als de projecten in het Transitieprogramma, nieuwe combinaties van capaciteiten te bedenken.

3.7 Hoe: Kernactiviteiten

Een bundel aan activiteiten vormt een zorgproces. We onderscheiden daarin de inhoud van de dienstverlening (het 'produceren') en de rol die de dienstverlener speelt (de 'houding'). Dit heeft een directe link met het eerste thema (preventie en herdefiniëring van de zorgvraag), echter we bekijken dit vanuit het *hoe* dit de activiteiten van zorgorganisaties beïnvloedt en herdefinieert.

Activiteiten die de inhoud van de dienstverlening bepalen staan onder invloed van twee bewegingen: A) preventie en B. substitutie:



A) Preventie: *Mens Sana in corpora Sano*. Een gezonde geest in een gezond lichaam. De relatie hiertussen die de Romeinen tweeduizend jaar geleden al legden, is wetenschappelijk steeds meer te onderbouwen. Niet alleen het effect van een *gezonde geest* op het ontwikkelen van psychische stoornissen en psychische (on)gezondheid², maar ook het effect op somatische uitingsvormen zoals de aantoonbare effecten van een *positieve levenshouding* op het risico op

² Psychische (on)gezondheid: determinanten en de effecten van preventieve interventies. RIVM, 2000

hart en vaatziekten³. Dit betekent eerder ingrijpen en ingrijpen op levensstijl, levenshouding en levensritme van cliënten. Activiteiten schuiven daarmee op van zorg naar welbevinden, vroegdiagnostiek en vòòrzorg. Voorbeelden zijn vrijwel alle projecten die een link met de Wmo of de eerstelijns hebben zoals Prinsenhof, de dementieprojecten en Duurzaam Beter.

B) Substitutie: verplaatsing naar- en samenwerking met voorliggende domeinen. Wat in de eerstelijns is op te lossen moet niet naar de - duurdere en complexere - tweedelijns. Ingrijpen in het welzijnsdomein voorkomt duurdere kosten in de langdurende zorg. Deze trend is door te trekken en speelt in op de preventietrend. Wonen, zorg, arbeid en welzijnspartijen werken steeds vaker samen. Educatie en empowerment voorkomt de vraag naar zorg. Voor de activiteiten betekent dit dat professionals uit deze domeinen tevens activiteiten leveren. Voorbeelden zijn Omkeer 2.0, Wijs in de Wijk en Duurzaam Beter.

De houding van de dienstverlener

Taakgerichtheid is in het afgelopen decennia een steeds belangrijkere cultuur geworden in de zorg. De zorgverlener dient zich te richten op plannen, regels, verantwoording, duidelijkheid, kwaliteit, continuïteit, doelgericht, tijdslijnen, prioriteiten, zakelijkheid, afspraken en resultaten. Dit vertaalde zich direct door naar het primaire proces in wijkverpleegkundigen die minuten tellen of maatschappelijk werkers die niet meer de buurt in mogen om te luisteren naar wat er speelt. Vooropgesteld dat zakelijkheid voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg van belang is, zien we dat het doorvertalen hiervan naar de werkvloer de *zorg voor mensen* ontwricht heeft. De efficiëntie en effectiviteit van het handelen heeft echter vrijwel altijd een relationele, menselijke component. Zodra deze door taakgerichtheid uit het zicht raakt, raakt zowel de doelmatigheid en doeltreffendheid van zorgverlening in gedrang, alsook het arbeidsethos van de hulpverlener.

Veel van de projecten pleiten bouwen activiteiten in die gericht zijn op de terugkeer van *relatiegerichtheid* in het primaire zorgproces. In de menselijke omgang zijn de er cruciale cultuuraspecten als inlevingsvermogen, vriendelijkheid, persoonlijk contact, communicatie, sfeer, netwerken, flexibiliteit, warmte, vertrouwen en proces. Projecten met nieuwe professionele attitudes zoals presentie, mindfulness, counseling of aandachtgerichte therapie zijn tekenen van een herstel in de balans tussen taak- en relatiegerichtheid. Met andere woorden: je kan 'taakgericht' de dingen juist doen, maar 'relatiegericht' toch niet de juiste dingen doen. Deze disbalans kost de maatschappij veel geld aan ondoelmatig handelen en veroorzaakt gelijktijdig een exodus van zorgprofessionals die hun roeping zien verzanden in de taakgerichte cultuur.

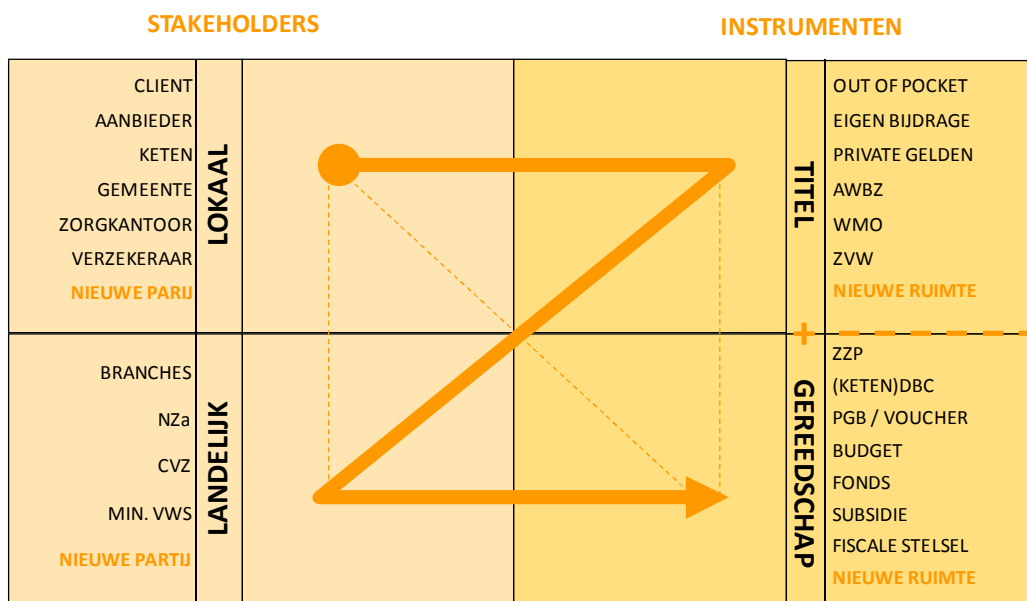
3.8 Hoe: Partnernetwerk

De voorgaande paragraaf laat zien dat nieuwe partners in de langdurende zorg afkomstig zijn van omliggende terreinen door de trend van preventie en substitutie. Nieuwe partnernetwerken ontstaan hierdoor in de eerstelijns, cure, welzijn, wonen, educatie en ICT.

³ Archives of General Psychiatry 2004; 61: 1126,1135

Een belangrijke rol bij de mBC's is weggelegd voor het aanhalen van de banden met nieuwe stakeholders. Met name op het gebied van beleid en financiering is er vraag sprake van een gemis aan partner- en sponsorschap.

De reden voor het aanhalen van banden met beleidsmakers en financierders is de positie waarin innovatieve experimenten zich bevinden. Bij innovaties behoren (volgens Rogers) organisaties tot de vernieuwer, snelle overnemer, de vroege of late meerderheid of laatbloeiërs. De experimenten behoren tot de slechts 2.5% vernieuwers en moeten het daarmee opnemen tegen de 97,5% verdedigers van de status quo. Als een experiment succesvol is, zijn inbedding in beleid en het verkrijgen van structurele financiering de volgende stappen. Om dit proces te schetsen heeft het Transitieprogramma de stakeholders en instrumenten geïnventariseerd die daarbij van belang zijn.



In het midden van het figuur zien we de weg die experimenten bewandelen om hun experiment in te bedden. Zij dienen het commitment van een groot veld aan landelijke en lokale stakeholders te krijgen (links) die hun instrumenten inzetten ten behoeve van structurele bekostiging. Dit kan:

1. Via ruimte in het bestaande veld van stakeholders en instrumenten;
2. Via uitzonderingen en overgangsmatregelen;
3. Via nieuwe partijen en/of nieuwe instrumenten.

Beleidsmakers bezoeken de experimenten en financiers zijn aan tafel uitgenodigd om mee te denken over de inhoud en bekostiging van de nieuwe zorg. De ideeënitwisseling en betrokkenheid bij de experimenten heeft geleid tot bekostiging bij diverse experimenten.

Dit proces van het betrekken van nieuwe partijen en het aanhalen van de banden met beleidsmakers en financiers is een belangrijke waarde in het businessmodel van de participerende organisaties. Alleen op die wijze kan het verhogen van het innovatieve vermogen van de sector en een snellere diffusie van innovaties vorm krijgen.

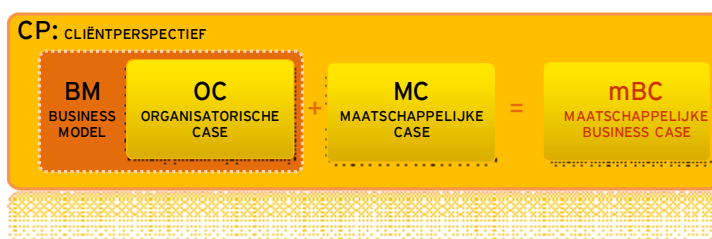
3.9 Businessmodel-innovatie in langdurende zorg

In dit hoofdstuk kwam het businessmodel van de langdurende zorg aan bod, gezien vanuit het perspectief van de experimenten. In §1.1.2 kwam het analysekader met de vier thema's aan de orde (preventie, steunsystemen, bedrijfsvoering en zorg op afstand). Deze vier thema's lardenen zichtbaar de in dit hoofdstuk beschreven nieuwe aanpakken of bouwblokken van de projecten.

Het is een uitdaging maar vooral ook een *noodzaak* voor eenieder in de langdurende zorg om op bovenstaande wijze continu het model van zorgverlening te vernieuwen en aan passen aan de moderne eisen en behoeften van de cliënt.

4 Maatschappelijke Businesscase

In dit hoofdstuk komen de organisatorische en de maatschappelijke case gezamenlijk aan bod. Er is voor deze combinatie gekozen omdat ze in gezamenlijkheid iets vertellen over het economisch en maatschappelijk nut. We nemen de klassieke indeling voor de individuele projecten nogmaals in ogenschouw:



Het cliëntperspectief is in het tweede hoofdstuk behandeld en het businessmodel in het derde hoofdstuk. De overige drie elementen van een mBC zijn een drie-eenheid (zie de gele optelsom in het figuur). Waar projecten afzonderlijke berekeningen in een 'organisatorische case' maken voor de kosten en baten voor de organisatie vatten wij die hier samen. Deze combineren wij met de hoofdlijnen van maatschappelijke waarde om tot een conclusie te komen over de het potentiële rendement op het niveau van alle projecten in het Transitieprogramma gezamenlijk.

4.1 Organisatorische case

Alle tien projecten hebben gedurende het programma subsidie ontvangen om hun radicale ideeën in de praktijk te toetsen. Alle projecten hebben hun kosten en baten weergegeven in hun mBC. De tijdshorizon van de mBC's is vijf jaar: Het schetst de ontwikkeling van het kosten-baten plaatje tussen 2008 en 2013. In onderstaande figuur zijn de cijfers per mBC weergegeven:

Eerste Tranche TPLZ		Subsidie	Organisatorische case		
		€ per jaar	kosten (€ - 2013)	baten (€ - 2013)	+/-
1	Duurzaam beter	€ 541.667	€ 9.496.173	€ 8.296.574	€ 1.199.599-
2	ACT Jeugd	€ 833.333	€ 6.368.672	€ 6.298.857	€ 69.815-
3	Prinsenhof	€ 236.667	€ 514.210	€ 207.050	€ 307.160-
4	Thuis met Dementie	€ 465.000	€ 1.804.769	€ 576.533	€ 1.228.236-
5	Omkeer 2.0	€ 1.000.000	€ 681.932	€ 681.932	€ -
6	STEM	€ 336.667	€ 333.000	€ 333.000	€ -
7	Woonservicegemeente	€ 326.667	€ 498.000	€ 485.000	€ 13.000-
8	Wijs in de wijk	€ 218.333	€ 431.751	€ 568.510	€ 136.759
9	Case Manager	€ 496.667	€ 3.002.565	ntb	nvt
10	Buurtzorg	€ 368.333	€ 12.470.000	€ 12.740.000	€ 270.000
Totaal		€ 4.823.333			

Subsidie in 3 jaar € 14.470.000

Er ging €14,5 miljoen aan subsidies naar deze tien experimenten verdeeld over drie jaren. Gemiddeld was dit per jaar €4,8 miljoen, ofwel zo'n €480.000 per experiment. De bandbreedte van de projecten was tussen de 218 duizend euro en één miljoen euro. Elk project had daar zijn eigen bijdrage tegenover staan.

De organisatorische case kent een kosten en een batenzijde. Uitgegaan is van de volwassen situatie zoals in de afzonderlijke mBC's doorgerekend voor 2013. Ten tijde van de het vervaardigen van de businesscases ontstaat het beeld dat de meeste projecten licht in de rode cijfers eindigen. Dit was de reden om de mBC te bouwen: innovatieve activiteiten ontbreekt het vaak aan reguliere bekostiging en betaaltitels.

4.2 Maatschappelijke case

Zoals aangegeven bij de waardepropositie in §3.3 heeft die exploratiefase van projecten waarde opgeleverd. Deze waarde uit zich in lessen voor de sector, beleidsmakers en financiers. Deze lessen zijn op basis van de doelstellingen van het Transitieprogramma uitvoerig besproken en samengevat in haar evaluatiedocument (2010). Deze lessen zijn in dit document besproken rond de volgende doelstellingen:

- Duurzaamheidsvisies ontwikkelen om nieuwe richtingen in de zorg te verkennen;
- Bewerkstelligen van effecten bij eindgebruikers;
- Nieuwe kennis en ervaring onder de aandacht brengen bij beleidsactoren;
- Systeemveranderingen in structuur, cultuur en werkwijzen verkennen;
- Het leer en innovatie vermogen in de sector op een hoger plan brengen;
- De mobilisatie van nieuwe (ook externe) hulpbronnen.

4.2.1 Kwalitatieve effecten

Op het niveau van hun eigen project hebben de tien experimenten in hun mBC een keur aan maatschappelijke effecten benoemd, zowel kwalitatief en kwantitatief. Het voert te ver om deze allen te beschrijven. Een bloemlezing van een selectie van kwalitatieve effecten van een aantal projecten geeft echter een goed overzicht:

<p>Dementieprojecten Vermindering regeltaken verpleeghuisarts en afdelingsmanager PG Afname van het aantal out-of-the-blue opnames in het verpleeghuis met 100% Verkorting opnameduur met 3,5 maand Afname huisartsenbezoek mantelzorgers Afname medicatiegebruik mantelzorgers Regeltaken door huisartsen verminderd met 15 minuten per week per dementerende oudere Efficiëntere diagnostiek in de eerste lijn Goedkopere diagnostiek in de eerste lijn Vermindering van het aantal crisisopnames in het ziekenhuis Snellere afwikkeling opnames in het ziekenhuis</p>	<p>Ontmoetingscentrum Prinsenhof Meer contacten voor de vraagwijzer: verlenen van informatie en advies nieuw geworven vrijwilligers in kader Wmo beleid + uren vrijwilligerinzet Cliënten toegeleid naar arbeidsplaats / betaalde arbeid Aantal Cliënten bieden uren diensten aan huis (besparing op zorguren) Kostenbesparing per FTE door hoog dienstenniveau/infrastructuur Voorkomen van verpleeghuisopnames door alternatief aanbod Teruggedrongen leegstand in woningen + stijging van de woningwaarde Afname verhouding # FTE begeleiding : # cliënten Bereiken van sociaal geïsoleerde Zorgmijders door buurtteam Afname van het aantal mensen dat zich depressief en/of eenzaam voelt Een substitutie-effect van tweedelijncure naar eerstelijncure Afname medicatiegebruik onder ouderen Afname Ondersteunende Begeleiding (toename empowerment, participatie en meedoen)</p>
<p>Duurzaam Beter (F-ACT) Cliënt: Kan thuis leven naar eigen inzicht Kan 'meedoen': werk, inloop, lotgenoten en dagactiviteitencentrum, buurtcontacten Behandeling psychiatrie + verslaving in eigen omgeving met concrete werkpunten Kans op remissie hoger, risico terugval lager Weet zich concreet gesteund in wisselende behoeften Stabiliteit kan zich vertalen in beter toekomstgericht herstel en bijv. meer financiële ruimte Behandeling en veiligheid</p> <p>Buurt en woningbouw: Cliënt is gewone klant woningstichting Psychiatrie en verslaving onder controle Naast cliënt / klant is FACT team aanspreekbaar Voorkomt betaalproblemen rond huur, gas etc Verzorging van huis/tuin heeft aandacht Beter integratie in de wijk Minder overlast, signalering beter door directe samenwerking FACT en buurtmeester Minder onkosten verhuurder (minder verwaarlozing en schade etc) GGZ biedt deels buurtfunctie binnen Dagactiviteitencentrum (restaurant) Minder gevoel onveiligheid in buurt</p> <p>Politie: Beter contact met FACT wijkteam vroegsignalering van nieuwe en bestaande problemen Preventief werkend Eventueel ook beter bescherming biedend Minder kosten van inzet bij crises Minder daklozen Minder overlast en criminaliteit Bij bepaalde cliënten aanvullende begeleiding door reclassering en wijkteam</p>	<p>Buurtzorg Nederland Cliënt: Voelt zich vertrouwd en veilig bij hulp Wordt serieus genomen in zijn zorgvraag Wordt onafhankelijk gemaakt Begrijpt zijn hulpvraag beter Heeft de totale regie</p> <p>Huisarts: Heeft (weer) een sparring partner Kan de wijkverpleegkundige weer bereiken Heeft minder administratie van het CIZ Heeft minder ongeplande zorg</p> <p>Zorgverzekeraar: Lagere kosten per cliënt Beter kwaliteit/tevredenheid voor haar cliënten Meer zicht op effectiviteit</p> <p>Omkeer 2.0 Wijk: versterken van de sociale steunstructuur vergroten van de informele zorg vereenvoudigen van de regelgeving verheffen van echte klantsturing tot basisprincipe verhogen van het veiligheidsgevoel 'hefboom door ' ICT middelen, waaronder domotica.</p> <p>Burgers: E-Zelfstandigheidstoets E-Zorgwijzer E-Zorglevensboek E-Zorgleefplan E-Zorgpaden Domotica Wijkportals Burenhulpcentrale Gameship: ontwikkeling van eigen regie ondersteunende games</p> <p>Partners: Efficiency door ontwikkeling van: Bilgaardzorg 1-loket / Omtinker Skillslab Inzet GPS technologie Planningssystemen Shared Service Centrum (24 uren) Arbeidspool</p>

Het behoeft geen toelichting dat het benoemen van deze effecten al een waarde op zichzelf heeft. Dit geeft niet alleen de reikwijdte en maatschappelijke impact van de experimenten aan. Het dwingt tevens de experimenten naast de economische bril van de organisatorische case de bril van de maatschappij op te zetten, alsmede die van alle stakeholders in het publieke middenveld. Dit was vele projecten van dienst bij het verkrijgen van commitment van beleidsmakers en financiers.

4.2.2 Kwantitatieve effecten

De volgende stap was de belangrijkste effecten te kwantificeren om de maatschappelijke waarde van het eigen project hard te maken. De vraag die hierin centraal staat is 'Hoeveel publieke euro's ontvangt de maatschappij terug door één euro in het project te steken'? Dit geeft op haar beurt uitdrukking van het rendement van investeren op de vier thema's weer (preventie, steunsystemen, bedrijfsvoering, zorg op afstand): investeer 'x' euro in preventie of zorg op afstand en je krijgt er 'n' terug.

Een vertaling van een aantal kwalitatieve baten uit de voorgaande paragraaf levert het volgende beeld op voor de tien projecten:

Eerste Tranche TPLZ		Subsidie	Organisatorische case			Maatschappelijke case	
		€ per jaar	kosten (€ - 2013)	baten (€ - 2013)	v/-	SROI (€ - 2013)	Opmerking
1	Duurzaam beter	€ 541.667	€ 9.496.173	€ 8.296.574	€ 1.199.599	€ 7.101.374	
2	ACT Jeugd	€ 833.333	€ 6.368.672	€ 6.298.857	€ 69.815	€ 2.250.000	of SROI € 9.000 per cliënt
3	Prinsenhof	€ 236.667	€ 514.210	€ 207.050	€ 307.160	€ 1.620.698	
4	Thuis met Dementie	€ 465.000	€ 1.804.769	€ 576.533	€ 1.228.236	€ 3.795.071	
5	Omkeer 2.0	€ 1.000.000	€ 681.932	€ 681.932	€ -	€ 2.000.000	Uit nog interne mBC 2.0
6	STEM	€ 336.667	€ 333.000	€ 333.000	€ -	€ 1.831.764	
7	Woonservicegemeente	€ 326.667	€ 498.000	€ 485.000	€ 13.000	€ 5.500.000	
8	Wijs in de wijk	€ 218.333	€ 431.751	€ 568.510	€ 136.759	€ 2.226.536	Deelproject OT Maat
9	Case Manager Dementie	€ 496.667	€ 3.002.565	ntb	nvt	€ 7.292.755	
10	Buurtzorg	€ 368.333	€ 12.470.000	€ 12.740.000	€ 270.000	€ 10.664.788	Surplus in vgl. met regulier
Totaal		€ 4.823.333				€ 44.282.986	

Subsidie in 3 jaar € 14.470.000

In de kolom van de maatschappelijke case zien we de maatschappelijke baten of *social return on investment* van ieder project. In totaal is er 44 miljoen aan baten in de tien projecten te behalen. Het gaat hier om een methodisch onderbouwde inschatting van de baten in de volwassen situatie (in 2013). De cijfers zijn gebaseerd op gemiddelden en het blijft afhankelijk van de duurzaamheid en levensvatbaarheid van projecten. Dit pleit dan ook voor een voorzichtige interpretatie van de getallen.

De andere kant van de medaille is het feit dat er geen rekening gehouden is met de opschalingspotentie. Dit zijn rendementen op individueel projectniveau. Het F-ACT team in Noord-Holland Noord (Duurzaam Beter) en het ACT Jeugd team uit Rotterdam zijn reeds met de uitrol en opschaling naar andere sectoren bezig. Prinsenhof verkent samen met de gemeente een tweede ontmoetingscentrum. Thuis met Dementie verkent een gelijksoortige uitrol naar andere gebieden van zorgverzekeraar Agis. En de cijfers van Buurtzorg Nederland stammen uit 2008, waarbij er geen rekening gehouden is met de versnelde uitrol (in de mBC van Buurtzorg is een fictief scenario voor geheel Nederland geschetst met een besparingspotentie van 2 miljard).

4.2.3 Terug naar de projecten

In de businesscases is het de gewoonte om in het laatste samenvattende hoofdstuk de conclusies en resultaten op te bouwen vanuit het perspectief van de eindgebruiker (onder een paragraaf genaamd 'terug naar de cliënt'). Hier doen we dit vanuit een concreet project in het programma. Wat levert het een project op om deel te nemen aan het Transitieprogramma? We krijgen een kijkje in de keuken door als illustratief voorbeeld, vanuit de vier thema's in het Transitieprogramma, in te zoomen op Stichting MAAT⁴.

De vier genoemde trends binnen het Transitieprogramma staan niet los van bredere maatschappelijke ontwikkelingen. Ze zijn te vinden onder de trend naar duurzame ontwikkeling en duurzaam ondernemen. In de inleiding van de evaluatie van het transitieprogramma staat de volgende definitie van het programma: *Een innovatieprogramma gericht op fundamentele en dwingende opgaven wil een bijdrage leveren aan de beweging naar duurzame zorg.*

Wat duurzaamheid precies is vertelt ons het VN rapport 'Our Common Future' (1987) die met de eerste definitie van duurzaamheid kwam: *'Duurzame ontwikkeling sluit aan op de behoeften van het heden zonder het vermogen van toekomstige generaties om in hun eigen behoeften te voorzien in gevaar te brengen'.*

Wie deze definitie bestudeert ziet dat het om drie thema's gaat: Behoeftegericht, Breedgedragen, en Bestendig. Dit vormt precies het afwegingskader voor ondernemende en innovatieve projecten: **1) Behoeftegericht**⁵: toets iedere vernieuwing aan de behoeften van de eindgebruiker; **2) Breedgedragen**⁶: innoveer door samenwerking met stakeholders in meerdere publieke domeinen tegelijk; **3) Bestendig**⁷: focus op oplossingen met maximale maatschappelijke impact.

De opdracht voor projecten is om te leren sleutelen aan business- en verdienmodellen door deze drie uitgangspunten te verbinden en te vertalen naar de eigen organisatiecontext.

⁴ Een uiteenzetting van deze casus staat tevens beschreven in het mei nummer van ZM Magazine (2010)

⁵ Dit is beschreven in het hoofdstuk 'cliëntperspectief'

⁶ Dit is beschreven in het hoofdstuk 'businessmodel'

⁷ Dit is beschreven in de combinatie van 'organisatorische case' & 'maatschappelijke case' (dit hoofdstuk)

Een voorbeeld van een dergelijk bestuurlijk afwegingskader is dat van de Commanditaire Venootschap MAAT Nijmegen. MAAT is een samenwerkingsinitiatief van veertien aanbieders van woon-, welzijns- en zorgdiensten in de regio Nijmegen. Daarnaast is er een onafhankelijke stichting (Stichting MAAT) opgezet. De directeur van deze stichting is de 'beherende' vennoot van CV MAAT Nijmegen. Deze is verantwoordelijk voor de realisatie van een gezamenlijk programma dat tot doel heeft de organisatie van wonen, zorg en welzijn zo in te richten dat klantbehoeften centraal staan, welzijn en gezondheid verbeterd en om als einddoel gezamenlijk in 2020 een productiviteitsgroei te realiseren van 70%. Hun bestuurlijk afwegingskader is vertaald in vier transitiepaden waaraan zij nieuwe projecten toetsen, onder andere via de methode van de maatschappelijke businesscase:

Transitiepad	Wat?	Wie?	Hoe?
I DE JUISTE VRAAG	De dienstverlening richten op de daadwerkelijke behoefte achter de vraag.	Voornaamste begunstigde is de <u>klant</u> , de burger ofwel de eindgebruiker.	Middels preventie, vraagverheldering, proactieve dienstverlening en tijd/prijs/kwaliteit.
II ZELFREDZAAMHEID & SAAMHORIGHEID	Vergroten van zelfredzaamheid en saamhorigheid middels het informele circuit.	Voornaamste begunstigde is de <u>maatschappij</u> , het collectief ofwel de samenleving.	Duurzame wijkbouw, informele circuits van vrijwilligers & mantelzorgers, zelfactualisatie.
III INRICHTEN MARKT	Verlaging van transactiekosten middels samenwerking en het optimaliseren van bedrijfsinterfaces.	Voornaamste begunstigden zijn samenwerkende MAAT <u>participanten</u> , alsmede andere woon-welzijn-zorgorganisaties.	Interoperabiliteit maximaliseren, schaalvoordelen, goodwill, betere concurrentie.
IV INNOVATIEVE KENNISWERKERS	Rollen en patronen van professionals ombuigen, flexibilisering en optimalisering van arbeid.	Voornaamste begunstigden zijn de <u>professionals</u> , medewerkers, het sociaal kapitaal	Lerende medewerkers, taakverschuiving, beslisruimte, productiviteit, optimaliseren werkklimaat.

Bovenstaande transitiepaden zijn een uitdrukking van een behoeftegerichte, breedgedragen en bestendige strategie voor de zorg. Ze zijn door het project nader uitgewerkt in indicatorensets (zie figuur rechts) en vormen het bestuurlijk afwegingskader voor de stichting en daarmee tegelijk voor alle veertien wonen, zorg en welzijnsorganisaties. De organisatie ontwikkelt op basis van dit kader nieuwe mBC's om haar transitiepaden gezamenlijk te realiseren.

I. DE JUISTE VRAAG	EFFECTEN OP BURGER (EN ZIJN OMGEVING)
WAT? De dienstverlening richten op de daadwerkelijke behoefte achter de vraag.	Dienstverleningsbehoeften <ul style="list-style-type: none"> • vraaggerichtheid: aantal juiste vragen op juiste tijd/plaats • meer succesvolle en snellere doorverwijzingen • meer nieuwe behoeftediensten per doelgroep • preventie: aantal voorkomen zorgvragen, ziekte, welzijnsvragen • aantal onafhankelijk verwijzende medewerkers • klanttevredenheid m.o.t. diensten • kwaliteit van de dienstverlening • betere prijs voor de dienstverlening • grotere (hoeveelheid) keuze • meer keuzevrijheid • meer keuze-informatie • meer gezondheidswinst (bv in Quality's) Persoonlijke behoeften <ul style="list-style-type: none"> • Ondersteuning • Aandacht • Veiligheid • Zelfredzaamheid • Stabiliteit • Betekenis • Autonomie • Verbondenheid (i.o.t. eenzaamheid) • Activering • Vergroten bewustzijn en coping-gedrag
WIE? Voornaamste begunstigde is de <u>klant</u> , de burger ofwel de eindgebruiker. Bij-OT's: partner, gezin, familie, vrienden, buren, naasten.	
HOE? Middels preventie, vraagverheldering, proactieve dienstverlening en tijd/prijs/kwaliteit.	

Dit voorbeeld van één van de tien organisaties laat het effect van het programma zien op de zorg. Met eigen bagage en de opgedane kennis binnen het programma werkt iedere organisatie verder aan een meer duurzame zorg.

4.2.4 De mBC van het Transitieprogramma

In paragraaf 1.1.2 is het analysekader uiteengezet voor deze meta-mBC. De insteek was een vertaling te maken van de tien projecten naar nieuwe businessmodellen, het niveau van het programma en naar de waarde voor de langdurende zorg:

ZORG	BETAALBAARHEID	TOEGANKELIJKHEID	KWALITEIT
PROJECT	OPERATIONAL EXCELLENCE	PRODUCT INNOVATION	CUSTOMER INTIMACY
BUSINESSMODEL	HOE	WAT	WIE
Preventie en herdefiniëring van de zorgvraag			
Ontwikkeling sociale & maatschappelijke steunsystemen			
Efficiënte bedrijfsvoering			
Zorg en ondersteuning op afstand			

Vanuit de bouwblokken of businessmodel van de projecten is een antwoord te geven op de waarde die in het programma gecreëerd is: WAT leveren de projecten aan nieuwe diensten, aan WIE leveren zij dit en HOE organiseren zij dat? Vanuit de geleerde lessen kijken we nogmaals naar die bouwblokken.

Innovatie in de bouwblokken die over het 'wat' (waardepropositie) gaan, laten zien dat er nieuwe diensten ontstaan die de toegankelijkheid van de zorg verbreden en met nieuwe behoeften als uitgangspunt werken aan de strategie 'product innovation'. De ACT benadering of Buurtzorg zijn hier voorbeelden van.

Bouwblokken die het 'wie' (klantsegmenten, distributiekanaal, klantrelatie) beschrijven laten zien dat projecten werken aan de kwaliteit van zorg en aan nieuwe modellen voor 'customer intimacy'. Er zijn nieuwe typen klantrelaties ontstaan en nieuwe distributiekanaal benut. Het STEM project en Omkeer 2.0 geven een doorkijkje hoe dit te organiseren.

Het 'hoe' van de zorg, in de bouwblokken kernactiviteiten, kerncapaciteiten en partnernetwerk geven inzicht in het efficiënter leveren van de zorg, draagt bij aan de betaalbaarheid en focussen zich op 'operational excellence'. Het Netwerk Zorg op Afstand of de preventieve werkwijze bij de dementieprojecten kunnen we als voorbeeld nemen.

4.2.5 Conclusie

De businesscase van het Transitieprogramma draait om het **leren waarde creëren** en daarmee bij te dragen aan de 'toegang tot betaalbare zorg van goede kwaliteit'. Zoals besproken in de waardepropositie in paragraaf 1.1 en 3.2 zijn het programma en de projecten vrij uniek in hun gedegen aanpak en soort. Er zijn vrijwel geen programma's die **bottum-up praktijkinnovatie** de kans geven om, begeleidt en in experimentvorm, zoveel mogelijk te leren. Om de sector sneller innovatiever te maken vult de **aanjaagfunctie en katalysator** van het Transitieprogramma het gat van de **exploratiekant** van de innovatiecyclus (zie §3.2).

Naast deze aanjaagfunctie voor projecten ziet het Transitieprogramma het eveneens als haar opdracht om **verbindingen te maken binnen en buiten de zorg**. Het evaluatiedocument laat zien dat er vele initiatieven zijn ondernomen die projecten met stakeholders, financiers en beleidsmakers verbindt. Zij verrijken elkaar, helpen elkaar en houden elkaar scherp.

Ook de **verbinding tussen zorgdomeinen** als care-cure-eerstelij, het welzijdsdomein, wonen, arbeid en de sociale zekerheid probeert het Transitieprogramma via haar projecten te versterken. Niet discussiëren over domeinen maar ze verbinden, niet klagen over schotten maar ze doorbreken. De RIVM merkte al in haar toekomstverkenning (2010) op dat er een verschuiving moet plaatsvinden van 'Zorg en Ziekte' naar 'Gezondheid en Gedrag'. Het Transitieprogramma wil niet verschuiven maar verbinden. Tussen domeinen en partijen, tussen aanbieders, beleidsmakers en financiers. **Zolang we elkaar niet begrijpen zal ons zorgsysteem onze gezondheid verzieken.**

Ons welbevinden is de bron, de gemeenplaats en de *topos* van ons welzijn op fysiek, psychisch en sociaal vlak. In 1978, hebben 134 landen die deel uitmaakten van de Wereldgezondheids-organisatie WHO, in Alma-Ata de volgende definitie van gezondheid aanvaard: **Een toestand van volledig fysiek, psychisch en sociaal welbevinden, en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek.**



Zonder de **verbinding tussen gezondheid en zorg, tussen welvaart en welzijn en tussen de eisen van de makers van zorg en wensen van de ontvangers** van zorg blijft deze belofte niet meer dan een tegeltjeswijsheid. Handelen naar de *logica* achter deze definitie betekent ook durven radicaal te vernieuwen *in lijn* van deze definitie. De doelen en vier thema's van het Transitieprogramma staan hiervoor opgelijnd, de projecten laten ons zien dat het kan.

Dat deze werkwijze een **positieve businesscase** oplevert voor de organisaties en de maatschappij is af te leiden aan het potentiële rendement van €44 miljoen per jaar bij de tien experimenten gezamenlijk. Door de jaarlijkse relatief bescheiden investering van €4,8 miljoen verdient de maatschappij deze investering op termijn bijna tien maal terug.

Belangrijker nog zijn de positieve **effecten bij eindgebruikers** als u en ik. Op den duur hebben we allemaal zorg nodig. Door het transitieprogramma leren zorgorganisaties de sector van binnenuit te hervormen en revitaliseren. Dit doen zij door innovatie: implementeren van nieuwe combinaties van bestaande ideeën. Deze meta-mBC heeft die ideeën verzameld, voor eenieder toegankelijk om **nieuwe combinaties** te vormen. Zo is in de toekomst zorg op afstand wellicht te combineren met de doelgroep probleemjongeren van ACT-Jeugd door nieuwe media in te zetten. Of is het combineren van het product van Buurtzorg tijdens of na de casemanagementaanpak bij dementie mogelijk. Ook boeiend zou zijn een combinatie te maken van het Ontmoetingscentrum van Prinsenhof met de wijkaanpak van Wijs in de Wijk of Omkeer 2.0.

Dit document roept de zorgsector op om met de verzamelde lessen uit het Transitieprogramma te komen tot nieuwe creatieve en radicale oplossingen. **The sky is not the limit** (there are footprints on the moon): **al lerende doen en al doende leren** is daarbij volgens het Transitieprogramma het bewezen recept om samen de hemelboog van de langdurende zorg te behangen met de zorgsterren van morgen.