



HET ZORGPRESTATIEMODEL IN DE FORENSISCHE ZORG: **ONDERSTEUN JE BEHANDELAREN OPTIMAAL**

TASKFORCE **FORENSISCHE ZORG:**



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Justitie en Veiligheid

de
Nederlandse
ggz



valente⁷
Branchevereniging voor participatie,
begeleiding en veilige opvang



STOP DE INDIRECTE TIJD

De Taskforce Forensische Zorg zet zich in om de kwaliteit en veiligheid van de forensische zorg te vergroten. Die staat of valt met de mensen die er werken. Zij doen het moeilijke en belangrijke werk. Het is daarom belangrijk dat we hen in staat stellen om hun werk goed te doen.

Een voorwaarde is dat we de administratieve lasten zoveel mogelijk beperken. Zodat de medewerkers hun tijd kunnen inzetten voor waar hun passie ligt: hoogwaardige behandeling geven aan patiënten.

We hebben om dit te bereiken het experiment ‘Stop de indirecte tijd’ uitgevoerd. De deelnemende behandelaren gaven aan dat ze echt minder administratieve belasting hadden. Dat liep in hun beleving op tot meerdere uren per week. Dat is hoopvol. Vooral omdat in het zorgprestatiemodel niemand meer indirecte tijd schrijft.

Op 1 januari is dat zorgprestatiemodel een feit. Het model gaat veel goeds opleveren, maar we mogen de gevolgen van de introductie voor behandelaren en managers niet onderschatten. Het wordt een fundamentele wijziging die veel onduidelijkheid, onrust en stress kan veroorzaken.

Daarom bieden we als Taskforce drie tools aan. Hiermee geven we organisaties handvatten om de administratieve handelingen goed in te richten en zo de administratieve lasten verder terug te dringen. Zodat de bespaarde tijd ook echt beschikbaar is voor de behandeling van de patiënten.

Bas Eenhoorn,
Voorzitter Taskforce Forensische Zorg

INHOUD



DE INVOERING VAN HET HET ZORGPRESTATIEMODEL

Tools & KPI'S

4



AAN HET WOORD: PETRA DE LEEDE

“Help je behandelaar bij de transitie”

10



AAN HET WOORD: MALGOSIA VAN HOEPEN

“Gaten in de agenda gaan onrust geven”

13



AAN HET WOORD: JACQUELINE LATUMALEA

“Goed dat de tools samen met
het veld zijn ontwikkeld”

15

DE INVOERING VAN HET ZORGPRESTATIEMODEL



Per 1 januari is het zorgprestatie model een feit. Dit model heeft een belangrijke belofte in zich: minder administratie doordat indirecte tijd niet langer geschreven hoeft te worden. Dat klinkt mooi, maar gaat het model die duidelijkheid ook echt geven? Of veroorzaakt het voor behandelaars en organisaties alleen maar meer onduidelijkheid?

In opdracht van de Taskforce Kwaliteit en Veiligheid in de Forensische Zorg zijn drie tools ontwikkeld om de overgang na 1 januari te vergemakkelijken. Met de werkbalanstool weet de individuele behandelaar straks of de agenda goed gevuld is. De caseloadberekenaar geeft de manager inzicht in prestaties van het team. En met de rekentool intramuraal weet de RVE-verantwoordelijke straks hoeveel dagbesteding en vaktherapie ingezet kunnen worden.

In deze whitepaper bieden we de drie tools aan. We hopen dat we hiermee bijdragen aan een soepele overgang. En dat behandelaars en organisaties zo volop kunnen profiteren van de voordelen van het zorgprestatie model.

MEER OF JUIST MINDER DUIDELIJKHEID?

De technische kant van de invoering van het zorgprestatie­model (ZPM) heeft het afgelopen jaar volop aandacht gehad. De meeste organisaties hebben die grotendeels op orde. Maar de invoering behelst veel meer dan techniek of ICT. Het ZPM heeft een belofte in zich van minder administratieve lasten, maar ook het grote risico van veel onduidelijkheid en onzekerheid voor behandelaren, afdelingen en klinieken.

In het huidige systeem hebben behandelaren duidelijke kaders. Ze weten over het algemeen dat ze hun agenda voldoende gevuld hebben met 85 procent directe en indirecte tijd. Deze heldere kaders vervallen met de komst van het ZPM.

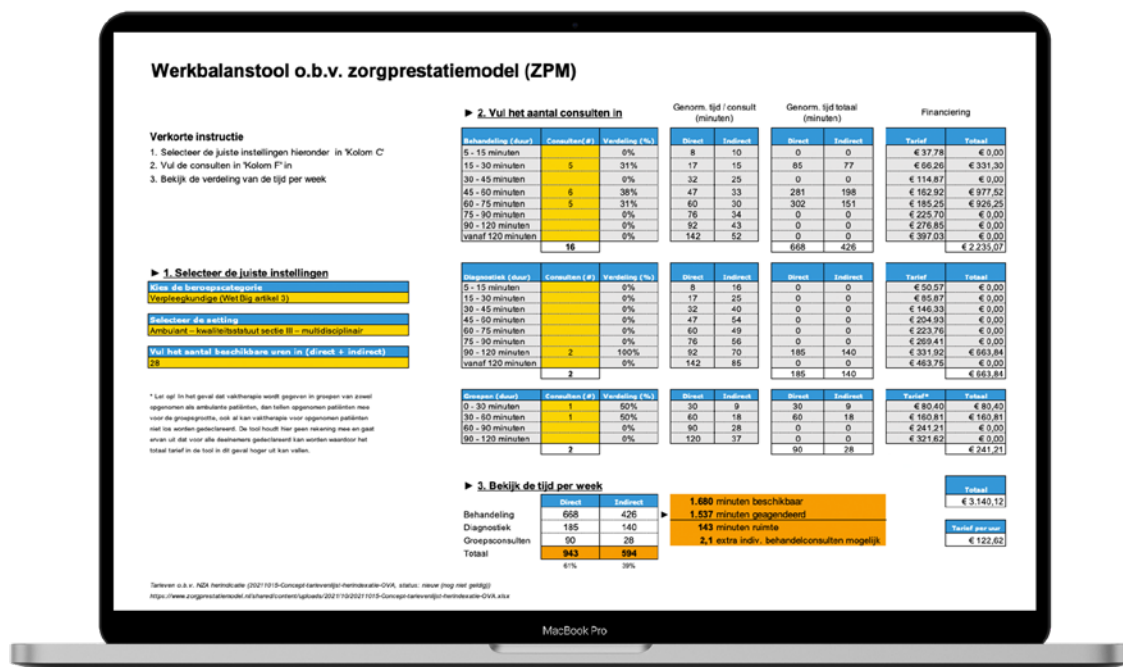
**“BEHANDELAREN
REGISTREREN
NA 1 JANUARI
ALLEEN NOG DE
DIRECTE TIJD”**

Behandelaren registreren na 1 januari alleen nog de directe tijd. Aan de achterkant wordt de opslag voor indirecte tijd automatisch berekend. De agendavulling gaat er hierdoor heel anders uitzien. Behandelaren zien immers alleen nog directe tijd-activiteiten in hun agenda. Dat geeft vragen als ‘hoe houd ik grip op mijn agenda?’ en ‘hoe weet ik dat ik voldoende agendavulling heb?’.

De NZa heeft op basis van historische gegevens berekend hoeveel indirecte tijd er gemiddeld geschreven wordt voor een bepaald type consult van een bepaalde duur. Het is maar de vraag of alle behandelaren straks uitkomen met die gemiddelde opslag. De gemiddelde behandelaar bestaat namelijk niet. De een heeft nu eenmaal meer tijd nodig voor verslaglegging dan de ander. Ook dat kan de ervaren werkdruk en de stress gaan verhogen.

De onduidelijkheid en onzekerheid komen in een tijd waarin het belangrijker dan ooit is om behandelaren binnenboord te houden. De drie tools die we hier aanbieden, maken voor de behandelaar, het team en de organisatie de werkverdeling inzichtelijk. Ze zijn de basis voor eerlijke gesprekken. En de weg naar werkbalans, werkgeluk en werkplezier.

TOOLS



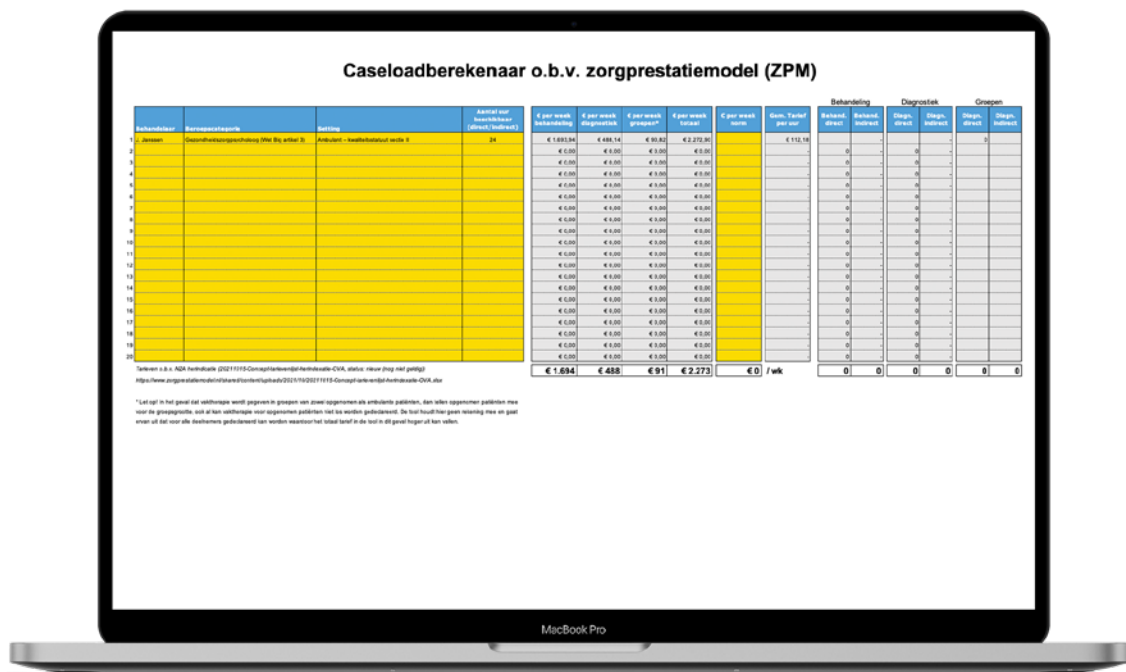
WERKBALANSTOOL VOOR INDIVIDUELE BEHANDELAREN

Met de werkbalanstool kan de behandelaar zelf inzichtelijk maken hoe goed gevuld zijn of haar week is en of dit conform de genormeerde tijden van het zorgprestatie-model is.

De behandelaar vult in hoeveel consulten hij of zij van een bepaald type en duur heeft uitgevoerd of gepland. In de kolommen Direct en Indirect komen de minuten te staan die berekend zijn binnen het zorgprestatie-model. Zo weet de behandelaar of zijn indirecte tijd gedekt is. Mocht er meer indirecte tijd nodig zijn, dan kan deze behandelaar gericht geholpen worden de administratietijd te verminderen.

De werkbalanstool geeft zo een duidelijk inzicht in de vulling van de week van de behandelaar. Die weet zo of hij komt aan het aantal gedekte uren dat nodig is. Dit geeft grip op de agenda.

→ **BEKIJK TOOLS**



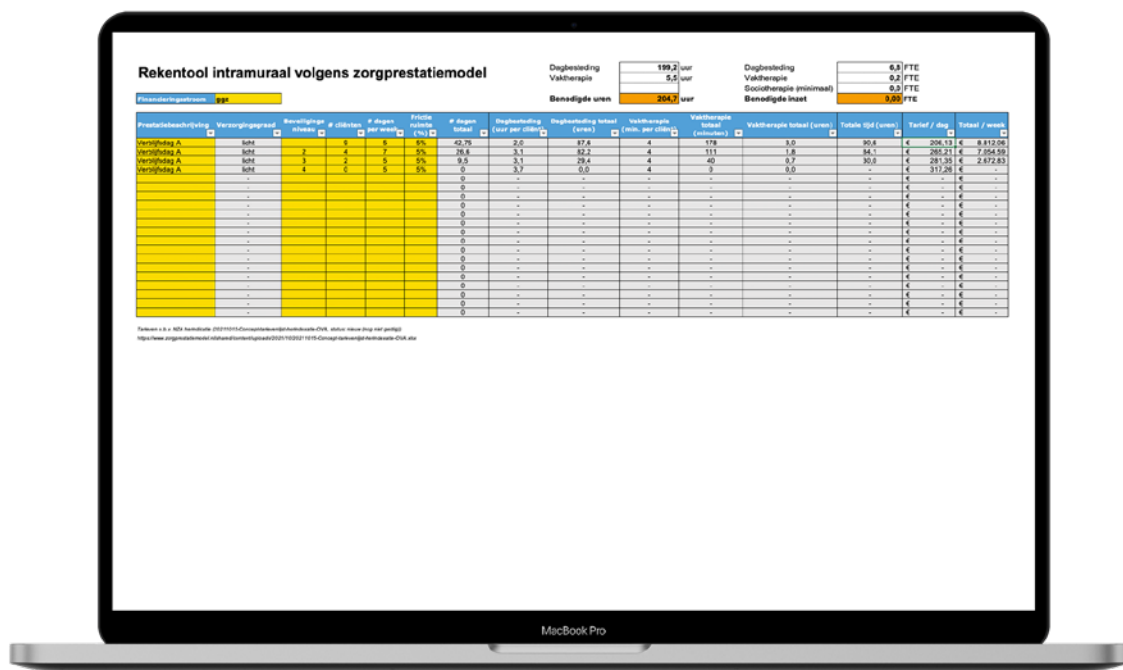
CASELOADBEREKENAAR VOOR TEAMS

De caseloadberekenaar is bedoeld voor de manager of leidinggevende van een team. Deze tool clustert de werkbalanstools van de verschillende behandelaren. Dit maakt inzichtelijk of het team de financiële normstelling haalt.

De manager krijgt inzichtelijk of het team volgens begroting en norm presteert en of er bijgestuurd moet worden. Daarnaast hoe het zit met de agendavulling van de individuele behandelaren. Wiens agendavulling zit boven of onder de gemiddelde beschikbare uren voor zorg? En wie heeft er tijd om nieuwe cliënten te gaan behandelen? Zo krijg je als team grip op de wachtlijst.

→ **BEKIJK TOOLS**

“DE MANAGER KRIJGT INZICHTELIJK OF HET TEAM VOLGENS BEGROTING EN NORM PRESTEERT EN OF ER BIJGESTUURD MOET WORDEN”



REKENTOOL INTRAMURAAL

De derde tool, de rekentool intramuraal, is ontwikkeld voor de RVE-verantwoordelijke van een klinische afdeling. De tool maakt duidelijk hoeveel vaktherapie en dagbesteding ingezet kunnen worden vanuit het zorgprestatie model. Dit in relatie tot de bedbezetting van de afdelingen. De tool is te gebruiken om de bestaande situatie van de kliniek in te vullen. Daarnaast is het ook een sturingstool. Hiermee is te bepalen wat een mogelijke wijziging in bedbezetting betekent voor de vaktherapie en dagbesteding.

→ **BEKIJK TOOLS**

Let op: de tarieven zijn nog niet definitief vastgesteld door de NZa. Wanneer deze vastgesteld zijn, kunnen de definitieve tools opgevraagd worden bij P5COM, via info@p5com.eu

KPI'S ZORGPRESTATIEMODEL

Op deze kpi's adviseren we je na 1 januari te sturen:

→ **PRODUCTIVITEIT. De balans tussen cliëntgebonden tijd en niet-clientgebonden tijd**

Wat de percentages hierin zijn, is aan de organisatie zelf. 85-15 procent is nu vaak gebruikelijk.



→ **WERKLASTBEHEERSING. De ervaren belasting van de behandelaar over de wijze waarop hij in de daarvoor gestelde indirecte tijd het werk gedaan krijgt**

Hanteerbaar tot goed hanteerbaar.



→ **Het gesprek tussen de leidinggevende en de behandelaar over DE MATE WAARIN DE WERKDRUK PASSEND IS.**

Hoe vaak het gesprek wordt gehouden, is aan de organisatie zelf. Aanbevolen wordt om dit in eerste instantie maandelijks te doen en na de eerste maanden over te gaan naar een frequentie die wordt afgesproken tussen leidinggevende en behandelaar.





HELP JE BEHANDELAAR BIJ DE TRANSITIE

Het zorgprestatie­model is veel meer dan een nieuwe financierings­vorm. Organisaties die het model alleen technisch invoeren, kunnen na 1 januari 2022 in de problemen komen. Het model moet een basis zijn om voortdurend in gesprek te blijven met behandelaren, aldus Petra de Leede van P5COM.

Volgens Petra de Leede dreigen veel organisaties te vergeten wat de invoering van het zorgprestatie­model voor behandelaren gaat betekenen. “Die verliezen hun houvast, wat veel onduidelijkheid en stress kan opleveren. Je kunt als leiding­gevende na 1 januari niet meer tegen je behandelaren zeggen dat ze bijvoorbeeld 85 procent cliënt­gebonden tijd in hun agenda moeten hebben. Een gemakkelijke norm is er niet meer. Maar wat dan wel? Je wilt dat je medewerkers zich verantwoordelijk voelen voor de resultaten van hun afdeling en hun kliniek, maar je ontnemt ze de tools die ze daarvoor nodig hebben. Dat maakt onzeker, dat horen we in onze projecten terug van behandelaren.”

MEER TIJD VOOR HET ECHTE WERK

Nu is er nog een vergoeding voor directe en indirecte tijd. Dat vraagt administratie, maar geeft ook duidelijkheid. Na 1 januari is de indirecte tijd verdisconteerd in het tarief. Dat lijkt volgens De Leede mooi omdat behandelaren minder bezig hoeven te zijn met de administratie. “Ze hebben dan meer tijd voor hun echte werk; zorg verlenen. Dat is waar ze voor in het vak zijn gegaan. En dat is wat ze graag doen. Maar als ze niet meer weten hoeveel directe tijd ze moeten schrijven, geeft dat stress. En dat doet het werkplezier geen goed.”

“ALS ZE NIET MEER WETEN HOEVEEL INDIRECTE TIJD ZE MOETEN SCHRIJVEN, GEEFT DAT STRESS”

“En wat het nog ingewikkelder maakt, is dat opslag op gemiddelden gebaseerd is. Een behandelaar van 24 die handig is met de computer, komt er waarschijnlijk prima mee uit. Maar een collega van 63 die een hekel heeft aan computers komt straks waarschijnlijk tijd tekort. Dat kan stress gaan geven, juist bij de meest ervaren behandelaren. En die kunnen we in deze tijd waarin het gebrek aan behandelaren al zo groot is echt niet missen.”

NIEUW HOUVAST NODIG

Behandelaren, teamleiders en organisaties hebben een nieuw houvast nodig om na 1 januari op de nieuwe manier te kunnen gaan werken. De Leede vreest dat ze anders in oud gedrag gaan vervallen. “Wat je niet moet hebben, is dat organisaties hun medewerkers toch indirecte tijd laten schrijven. Dat zou echt zonde zijn.”

Uit dat experiment ‘Stop de indirecte tijd’ van de Taskforce Forensische Zorg bleek dat het niet meer schrijven van de indirecte tijd gemiddeld een half uur per week per behandelaar scheelde. Dat is volgend De Leede pure winst. “Die tijd kun je weer omzetten in handen aan het bed. Die hebben we hard nodig voor onze cliënten, maar vooral ook omdat behandelaren meer tijd hebben om te doen waar hun passie ligt.”



TOOLS BIEDEN HOUVAST

De drie tools van de Taskforce Forensische Zorg bieden na 1 januari het broodnodige houvast.

DE EERSTE is de [werkbalanstool](#) voor de behandelaar. De Leede: “Die geeft inzicht in hoeveel directe tijd er nodig is om de omzet te halen. De teamleider beschikt hiermee over concrete informatie om het gesprek met de behandelaar te voeren. Dit moet een gesprek zijn waarin zonder waardeoordeel naar de agenda van de behandelaar wordt gekeken. Komt de behandelaar genoeg toe aan het werk waar het om gaat? Hoe is zijn timemanagement, is daar ondersteuning bij nodig? En komt de behandelaar uit met de tijd die als opslag wordt berekend?”

Ze benadrukt dat de cijfers geen doel op zich zijn. “Die cijfers dienen als basis voor het gesprek over balans en werkgeluk. Dan doe je recht aan de behandelaren. En dat is waar het om gaat, gezien het belangrijke werk dat de behandelaren doen!”

DE TWEEDE TOOL, de [caseloadberekenaar](#), is bedoeld voor de manager of leidinggevende van een team. Deze tool clustert wat de behandelaren hebben ingevuld in hun werkbalanstools. En dient als basis voor het gesprek met het hele team. “Het kan niet zo zijn dat die behandelaar van 24 iedere dag om vier uur fluitend naar huis gaat, terwijl de oudere behandelaar tot een uur of zeven zwetend achter zijn computer zit. De balans in het team moet kloppen. Daar is een voortdurend open gesprek voor nodig.”

DE DERDE TOOL, de [rekentool intramuraal](#), is ontwikkeld voor de RVE-verantwoordelijke van de klinische afdeling. “Hiermee wordt duidelijk of een organisatie ook na 1 januari voldoende omzet maakt. En ook hoeveel vaktherapie en dagbesteding worden ingezet voor de bedbezetting van de afdelingen. Ook op dit gebied verandert met het invoeren van het zorgprestatiemodel het nodige.”

Petra de Leede ziet zeker de voordelen van het zorgprestatiemodel, maar voorziet ook een onrustige tijd na 1 januari. “We moeten zorgen dat de behandelaren er zo weinig mogelijk hinder van ondervinden. Laten we ze zoveel mogelijk ondersteunen, zodat ze kunnen doen waar ze voor in het vak gegaan zijn: cliënten behandelen.”

Veel behandelaren weten wel dat het zorgprestatieproces eraan komt, maar ze hebben nog niet helder wat het voor ze gaat betekenen.

GATEN IN DE AGENDA GAAN ONRUST GEVEN



Malgosia van Hoepen, klinisch psycholoog in opleiding bij Fivoor, voorspelt de nodige onduidelijkheid onder behandelaren. “Ze zullen onrustig worden van de gaten in hun agenda. En ze gaan zich afvragen of hun collega’s en leidinggevendenden wel zien wat ze allemaal doen.”

PRODUCTIENORM

Wat volgens haar ook onrust kan gaan geven, is de productienorm. “De indirecte tijdopslag is gebaseerd op gemiddelden van beroepsgroepen. Dat betekent dat sommige behandelaren erboven en sommigen eronder zitten. De verhouding tussen directe en indirecte tijd is per discipline, maar ook

per afdeling en financieringsstroom erg uiteenlopend. Het is daarom lastig om één norm voor productiviteit op basis van de directe tijd vast te stellen voor de gehele organisatie. Tegelijkertijd zullen de teamleiders daar wel op moeten gaan sturen.”

TIJDWINST

Van Hoepen ziet zeker de voordelen van het zorgprestatieproces. Die heeft ze al ervaren tijdens het experiment Regelarm Overige Forensische Zorg, waar ze projectleider van was. Deze pilot is uitgerold binnen de Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) en Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) Rotterdam, als voorbereiding op het zorgprestatieproces.

“De behandelaren die er eenmaal aan gewend waren om geen indirecte tijd meer te schrijven, wilden niet meer terug. Ze hadden het idee dat ze paar uur per week bespaarden. Uiteindelijk bleek dat dat maar een half uur was, maar ook de beleefde tijdwinst is belangrijk. Die draagt bij aan het werkplezier.”

CULTUUROMSLAG

Het is volgens Van Hoepen belangrijk de behandelaren goed mee te nemen in de veranderingen. Ze moeten precies weten hoe het allemaal werkt, maar ze moeten ook beseffen wat de consequenties zijn als ze het niet goed doen. “Het is een cultuuromslag. En dat gaat tijd kosten. Dan is het extra belangrijk dat mensen snappen waarom ze erin mee moeten.”

In de forensische zorg ziet ze nog wel een knelpunt. “Daar is de grens tussen behandeling en beveiliging soms dun. Onze behandelaren doen meer dan alleen therapie geven. Je springt soms in om iemand rustig te houden of bij een alarmsituatie. Binnen het huidige systeem wordt deze tijd niet altijd geschreven, maar het is nog niet duidelijk of dat binnen het zorgprestatieproces wel moet. Je wilt voorkomen dat behandelaren gaan denken dat ze niet meer kunnen inspringen.”

“Natuurlijk zijn behandelaren blij dat ze straks geen indirecte tijd meer hoeven schrijven en minder administratieve lasten hebben, maar in eerste instantie zal er veel onduidelijkheid en onrust zijn.”

**“HET IS EEN
CULTUUROMSLAG
EN DIE GAAT
TIJD KOSTEN”**

GOED DAT DE TOOLS SAMEN MET VELD ZIJN ONTWIKKELD



Het is goed dat na 1 januari de administratieve lasten voor behandelaars omlaag gaan en dat er meer eenduidigheid in de financiering komt. “Maar er zijn ook nog veel vragen en de tijd is kort. Ik ben blij met de tools, die gaan echt helpen.”

Jacqueline Latumalea, manager bedrijfsvoering Forensische Psychiatrie en Duurzaam Verblijf bij GGZ Drenthe: “De behandelaars springen een gat in de lucht omdat ze geen indirecte tijd meer hoeven schrijven. Indirecte tijd zit immers verdisconteerd in het tarief en daardoor is er minder administratieve last.”

Ze ziet nog wel uitdagingen. “We moeten in de agendaplanning wel rekening houden met de tijd die behandelaars kwijt zijn aan bijvoorbeeld verslaglegging of dossieronderzoek. En hoe gaan de agenda’s van de verschillende teamleden zich tot elkaar verhouden?”

De basis van het zorgprestatie-model is goed. Het huidige systeem is veel te ingewikkeld en het is mooi dat er eenduidigheid komt. Ik vraag me wel af of het in de praktijk ook echt minder administratieve lasten voor de behandelaars gaat opleveren. Dat moet straks blijken.”

“En dan is er natuurlijk ook nog het financiële aspect. Er zou geen verschil moeten zijn tussen de huidige vergoedingen en die volgens het zorgprestatie-model. Maar ik vrees dat de bekostiging na 1 januari ongunstig gaat uitvallen. Daar moeten we als branche echt over in gesprek.”

De drie tools van de Taskforce Forensische Zorg gaan volgens haar echt helpen. “Wat ik heel goed vind, is dat ze in nauwe samenwerking met het veld zijn ontwikkeld. Behandelaars krijgen er inzicht mee in hun agendavulling, leidinggevendenden krijgen duidelijkheid over de teamprestaties en ik ben er als manager bedrijfsvoering mee geholpen dat ik na 1 januari inzicht krijg in de uren vaktherapie en dagbesteding die ik kan inzetten.

Binnen GGZ Drenthe is een speciaal team druk bezig met de voorbereidingen. “Er zijn bijeenkomsten en er is volop scholing. Tegelijk met de invoering van

zorgprestatie-model gaan we over op ons nieuwe EPD. Er komt dus veel op ons en op onze behandelaars af. Maar ik heb er alle vertrouwen in dat we het gaan redden.”

**“ER KOMT VEEL OP
ONS EN OP ONZE
BEHANDELAREN AF,
MAAR IK HEB ER
ALLE VERTROUWEN
IN DAT WE HET
GAAN REDDEN”**

TASKFORCE FORENSISCHE ZORG

In de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018-2021 hebben het Ministerie van Justitie en Veiligheid (J&V), de Nederlandse ggz, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en Valente (voorheen de Federatie Opvang en de RIBW Alliantie) afspraken gemaakt om de veiligheid en kwaliteit in de forensische zorg weer op peil te brengen. Deze afspraken voert de Taskforce Forensische Zorg uit.

De focus ligt op het verbeteren van de arbeidsmarkt, het verminderen van administratieve lasten en het verbeteren van de kwaliteit van zorg en veiligheid.

MEER WETEN?

Op www.taskforceforensischezorg.nl kunt u de voortgang volgen, uw vragen stellen en uw mening geven.

TASKFORCE FORENSISCHE ZORG:



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Justitie en Veiligheid

de
Nederlandse
ggz



valente⁷
Branchevereniging voor participatie,
begeleiding en veilige opvang