

EFFICIËNTE ZORGVERLENING OP LOKAAL NIVEAU

een verkenning

- notitie -

drs. L. Desain
dr. C. Koning
drs. H.K. Griffioen MCM CMC

Amsterdam, april 2005
RegioPlan publicatienr. 1284

RegioPlan Beleidsonderzoek
Nieuwezijds Voorburgwal 35
1012 RD Amsterdam
Tel.: 020 - 5315315
Fax : 020 - 6265199

Griffioen Organisatieadvies
Wielewaallaan 14
2251 NL Voorscoten
Tel.: 071 - 5620915
Fax.: 071 - 5620916

Onderzoek, uitgevoerd door RegioPlan
Beleidsonderzoek in opdracht van het
Ministerie van VWS.

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	1
1.1	Doelstelling en onderzoeksvragen.....	1
1.2	Leeswijzer	2
2	Case study	5
3	Krachten in het veld: micro-, meso- en macroniveau.....	9
3.1	Microniveau.....	9
3.2	Mesoniveau	11
3.3	Macroniveau.....	12
4	Tot slot: beantwoording onderzoeksvragen en lessen uit de praktijk	17
Bijlage 1	Lijst met geïnterviewde personen.....	23
Bijlage 2	Beschrijving van de huis-, tuin- en keukenactiviteiten (Ede).....	25
Bijlage 3	Overzicht met geraadpleegde literatuur	27

1 INLEIDING

In deze notitie staat zorgverlening op lokaal niveau centraal. De vraag die ten grondslag ligt aan deze focus is hoe men arbeidsproductiviteit in de zorgsector kan verhogen. Door de toenemende vergrijzing en de hiermee gepaard gaande toenemende zorgvraag is de verwachting dat bij gelijkblijvende arbeidsproductiviteit in 2025 22 procent van de beroepsbevolking in zorg en welzijn zou moeten werken. Aangezien dit een onwenselijk groot beslag legt op het arbeidspotentieel, is het zaak om ons in dit stadium van deze ontwikkeling te beraden over alternatieven. Eén alternatief is om de arbeidsproductiviteit in de zorgsector te verhogen. Arbeidsproductiviteit kan verhoogd worden door afstemming tussen verschillende zorgverleners zo efficiënt mogelijk te laten verlopen, bijvoorbeeld in integrale teams. Daarnaast kan er laag opgeleid personeel worden ingezet voor de laagdrempelige hulpvragen.

Op lokaal niveau wordt steeds meer gekozen voor een wijkgerichte organisatie voor zorg en welzijn bijvoorbeeld door het nastreven van het concept ‘woonzorgzone’¹ waarin op alle terreinen voor alle doelgroepen (van kind tot bejaarde) wordt samengewerkt. Binnen die wijkgerichte organisatie is waarschijnlijk ruimte voor de inzet van niet-initieel voor de zorg opgeleide mensen. Voor meer specialistische zorgvragen kunnen zij een beroep doen op hoger opgeleide professionals. Deze medewerkers zouden een soort basisopleiding moeten krijgen betreffende sociale vaardigheden/dienstverlening, basiskennis over voeding en vocht, ARBO, hygiëne et cetera. Wijkgericht houdt in dat er wordt gestreefd naar een zo klein mogelijk woon-werkafstand, zodat het makkelijker is om de werkzaamheden in te passen in het dagelijks leven. Binnen de wijk wordt er afgestemd en samengewerkt ten behoeve van de inwoners van die wijk. De ideale omvang van zo’n wijk is deels afhankelijk van de plaatselijke omstandigheden, maar schommelt rond de 10.000 inwoners.

1.1 Doelstelling en onderzoeksvragen

In de afgelopen maand hebben wij een inventariserend onderzoek gedaan met de volgende doelstelling:

Hoe kan integrale zorg op wijkniveau worden gerealiseerd waarbij voor huis-, tuin- en keukenvragen inclusief laagcomplexen lichaamsgerichte ondersteuning mensen worden ingezet met een zo laag mogelijk adequaat opleidingsniveau?

¹ Er doen verschillende termen de ronde. Ook wordt wel gesproken van een woonservicegebied of integrale zorg op wijkniveau.

Deze doelstelling resulteerde in de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat is de inhoud van het concept woonzorgzone/woonservicegebied inclusief het werken met het team niet voor de zorg opgeleide personen? Wat houden de termen integraal team, wijkgericht, huis-, tuin- en keukenactiviteiten precies in en hoe verhouden zij zich tot elkaar?
2. Wat betekent het werken met een dergelijk concept voor het zorg-/dienstverleningsproces en de kwaliteit van de dienst? Wat is de norm en hoe en door wie wordt het gemeten?
3. Wat zijn de consequenties voor de zorgverleners/medewerkers in kwantitatieve en kwalitatieve zin? Welke opleiding moeten zij krijgen, hoeveel professionals zijn er op een team aanwezig, hoeveel wijkbewoners worden door één integraal team geholpen en hoe is de hulp verdeeld over 24 uur et cetera?
4. Welk effect heeft deze manier van werken voor de betrokken moederorganisaties?
5. Welke belemmeringen op microniveau (cultuur, zorginstelling, zorgverlener, cliënt) en macroniveau (tarievenstructuur, wetgeving (kwaliteit, wet BIG, inspectie et cetera)) moeten worden overwonnen?
6. Hoe kunnen de gevonden belemmeringen worden weggenomen en welke partijen spelen daarbij een rol?
7. Welke aanvullende acties zijn van wie precies nodig om het concept daadwerkelijk in de praktijk te kunnen realiseren?
8. Wat vindt de (potentiële) doelgroep van het concept woonzorgzone/woonservicegebied en het werken met integrale wijkgerichte teams? Wat zien zij als voor- en nadelen van dit concept?

Om deze vragen te beantwoorden hebben wij de volgende onderzoeksmethoden ingezet:

- literatuuronderzoek ter signalering van initiatieven en projecten;²
- interviews met sleutelfiguren;
- interviews met projectleiders van geslaagde en mislukte projecten;
- werkbezoek aan project;
- interviews en groeps gesprekken met betrokkenen bij het project.

1.2 Leeswijzer

In deze notitie zullen we het project dat we bezocht hebben presenteren als een casestudy. Deze casestudy staat in het navolgende hoofdstuk centraal. Vervolgens zullen wij in hoofdstuk 3 een beschouwing geven van de krachten die spelen op micro-, meso- en macroniveau.

² Het literatuuronderzoek is, zoals in de offerte is vermeld, niet gebruikt om een achtergrondparagraaf te schrijven, maar heeft als doel gehad om initiatieven, projecten en materiaal op het terrein van woonzorgzones en integrale teams te verzamelen. Deze gegevens zijn in de gehele notitie geïntegreerd.

Voor deze beschouwing maken wij gebruik van de kennis die wij opdeden tijdens het werkbezoek en in de interviews met sleutelfiguren. We besluiten deze notitie met hoofdstuk 4, waarin we de onderzoeksvragen terughalen en beantwoorden.

2 CASE STUDY

Skewiel Trynwalden: supermarkt voor welzijn en geluk

Voor onze inventariserende studie hebben wij een werkbezoek gebracht aan Skewiel Trynwalden.³ Wij kozen voor dit project omdat er in dit project gewerkt wordt met integrale teams⁴ en laagopgeleide mensen. Tevens hoorden wij van mensen uit het veld dat het een succesvol project is. In het navolgende zetten wij uiteen wat Skewiel Trynwalden voor initiatief is, wat de visie is, de werkwijze en hoe het door de cliënten beleefd wordt.

Locatie

In de gemeente Tytsjerksteradiel ligt het gebied de Trynwalden. Dit gebied bestaat uit zeven dorpen en twee gehuchten. In het gebied wonen ongeveer 6.500⁵ mensen. Van oudsher is sprake van een hechte gemeenschap in een mooi en relatief rijk deel van het Friese platteland.

In het midden ligt het Skewiel, ook wel het kloppend hart van de Trynwalden genoemd. Het Skewiel is een servicecentrum voor de inwoners van de Trynwalden. Er zijn twee kinderdagverblijven, een peuterspeelzaal, buitenschoolse opvang, een praktijk voor fysio- en ergotherapie, een restaurant, een verpleegunit, ontmoetingsruimten voor ouderen en voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Bovendien zijn er ruimtes die kunnen worden ingericht voor activiteiten, trainingen, recepties, bijeenkomsten en ook als mortuarium. Een multifunctioneel centrum dus, dat verzorging en welzijn biedt van de wieg tot aan het graf.

Visie

In de visie van Skewiel Trynwalden gaat het erom de burger en zijn omgeving zodanig te faciliteren, dat hij in staat is vorm te geven aan zijn eigen 'dagpad'. De inwoners zijn het uitgangspunt: als zij zich goed voelen, dan is er minder behoefte aan zorg. Hiervoor moet je wel investeren. Het initiatief ligt bij de inwoners. De oprichters van Skewiel Trynwalden spreken over een ordening op menselijke maat en verwijzen daarmee naar theorieën rondom de Civil Society (Christopher Alexander). Zij beschouwen zich als leverancier van zorg- en dienstverlening, niet als zorgaanbieder. Het sectorale denken moet vervangen worden door territoriaal denken. Als mensen ervaren dat ze onderdeel zijn van een (kleine) gemeenschap zal de onderlinge solidariteit toenemen. Daaruit volgt de gedachte dat als inwoners zich

³ Voor een overzicht van de personen waarmee gesproken is tijdens het werkbezoek, verwijzen we naar bijlage 1.

⁴ De essentie van een integraal team is dat één team in een beperkt geografisch gebied ruim driekwart van alle vragen naar woon-, zorg- en welzijnsdiensten kan beantwoorden. In paragraaf 3 zullen wij nader ingaan op het werken met integrale teams.

⁵ In de interviews is dit aantal genoemd. Op de internetsite is echter sprake van 9.500 inwoners. Wij hebben hierover niet op tijd uitsluitsel kunnen krijgen.

welbevinden, de vraag naar zorg zal afnemen en mensen langer zelfstandig kunnen functioneren en -wonen.

Werkwijze

Zoals gezegd zijn de inwoners en hun wensen c.q. behoeften uitgangspunt. Skewiel Trynwalden heeft een beperkt standaardaanbod welzijnsactiviteiten, de rest moet komen van de inwoners. Hiervoor is een gemeenschapsraad ingesteld. In deze raad is het middenkader van de gemeenschap vertegenwoordigd, zoals het verenigingsleven, het midden- en kleinbedrijf en de kerken. Deze raad signaleert behoeften onder de inwoners en komt vervolgens met een wensenlijst. Vervolgens wordt gekeken naar de indicaties en het kostenplaatje alvorens wordt overgegaan tot eventuele uitvoering van de wensen.

Een belangrijke functie in het concept van Skewiel Trynwalden is weggelegd voor de zorgmakelaar, 'omtinker' genoemd. Elke cliënt heeft een eigen 'omtinker'. Hij/zij is er vooral voor de bemiddeling van vragen op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Zij bevochten voor de cliënt de bureaucratie. Essentieel voor de functie van de 'omtinkers' is dat zij een onafhankelijke positie hebben. Zij zijn dan ook niet in dienst bij Skewiel Trynwalden, maar ondergebracht in een aparte stichting. Zij zijn gemandateerd door het RIO om indicaties af te geven.

In het gebied leveren vijf zelfstandig opererende dorpssteams, bestaande uit verpleegkundigen, verzorgenden, huishoudelijke medewerkers en welzijnswerkers, de cliënt de gewenste zorg aan huis. Elke cliënt heeft naast een eigen omtinker, een eigen persoonlijke begeleider. Deze wordt de *dagpadbegeleider* genoemd en maakt deel uit van het team. In Trynwalden bestaat één integraal team uit 40 medewerkers (per team ongeveer 10 dagpadbegeleiders, 1-2 AB'ers die de vrijwilligers aansturen en ongeveer 30 verzorgenden/huishoudelijk medewerkers/verpleegkundigen) die in totaal 1500 wijkbewoners verzorgen. In principe levert een integraal team 24-uurszorg. In totaal werken er zo'n 250 mensen bij de stichting, waarvan een groot deel met een kleindeeltijddienstverband (110 fte). Tevens is een schare van 120 vrijwilligers actief bij de activiteiten en voor de ondersteuning.

Cliënten

In het werkgebied van het project Skewiel Trynwalden wonen ongeveer 6.500 mensen. Op het moment van ons bezoek waren er tussen de 250 en 270 cliënten aan wie zorg werd verleend. Daarnaast verzorgt Skewiel Trynwalden activiteiten en voor ongeveer 160 inwoners de dagelijkse warme maaltijd. Deze kan in het restaurant of thuis genuttigd worden. Inwoners die niet op eigen gelegenheid kunnen komen, kunnen gebruik maken van een vervoersdienst. Deze maaltijden worden inmiddels kostendekkend geleverd (à € 6,10).

Besparing

Wat levert deze innovatieve manier van welzijn- en zorg aanbod nu voor besparing op? Om deze vraag te beantwoorden hebben wij gebruik gemaakt van het onderzoeksrapport van Hoeksma, Homans & Menting (2004)⁶. In dit rapport wordt Trynwalden als innovatieve woonzorgvorm vergeleken met een traditionele woonzorgvorm. In de selectie van beide verzorgingsgebieden is rekening gehouden met inwonersaantal en bevolkingsopbouw. De onderzoekers zetten de kosteneffecten op verschillende terreinen uiteen. Hieruit volgt dat de totale kosten stijgen met 0,7%. Het volume van het door de overheid geregisseerde terrein van wonen, zorg en welzijn daalt met 13,8%. De belastingbetaler is 1,1% voordeliger uit en het AWBZ-deel valt 14,5% goedkoper uit. De kosten van de individuele cliënt stijgen echter met bijna 10%. Dit wordt veroorzaakt doordat de kosten van de huisvesting en het levensonderhoud voor de cliënt hoger is in de innovatieve woonzorg vorm dan in de traditionele. Voor de uitgebreide analyse van de kosteneffecten, verwijzen wij naar het rapport van Hoeksma, Homans & Menting.

Beschouwing

Skewiel Trynwalden lijkt op alle vlakken een succesvoorbeeld te zijn. Hoewel de cliënten over een ruim aanbod van zorg- en welzijnsproducten kunnen beschikken, leidt dit niet tot een toename van de vraag naar zorg. Opname in een verpleeghuis komt nauwelijks voor, wachtlijsten zijn er niet, dankzij de flexibele inzet van personeel. Cliënten zijn erg tevreden. Tijdens ons bezoek hebben we gesproken met cliënten die dagelijks in het restaurant komen eten en die ook deelnemen aan de georganiseerde activiteiten. De leeftijd van deze geïnterviewde vrouwen varieerde van 82 tot aan 94. Zij waren allen zeer te spreken over Skewiel Trynwalden, zowel over de wijze van organisatie, de kwaliteit van de maaltijd, de andere geboden diensten en de prettige en persoonlijke benadering van de zorgaanbieders. Wij kregen de indruk dat vooral de sociale activering deze dames goed deed. De medewerkers geven ook aan dat zij de nieuwe werkwijze plezieriger vinden.

Daarnaast is uit een eerste evaluatieonderzoek van Trynwalden gebleken dat het concept van ouderenzorg aan huis in ieder geval voor de overheid en belastingbetaler een besparing oplevert. De kosten van wonen, welzijn en zorg in Trynwalden ligt bijna 14 procent lager dan elders. Als dit wordt omgerekend naar het landelijke budget voor de zorg, is dat jaarlijks een enorm bedrag.

Na het bezoek aan Trynwalden is eigenlijk de enige vraag die zich opdringt: waarom wordt deze succesformule niet landelijk geïmplementeerd?

⁶ Eerdere versies van het rapport hebben tot discussie geleid. Wij baseren ons in dit stuk op de meest recente publicatie (maart 2004). Er blijft echter de mogelijkheid dat de resultaten multi-interpreteerbaar zijn. Eerder wordt namelijk gesteld dat de belastingbetaler 0,8% voordeliger uit is en de overheid 12,2%.

In een telefonisch interview met een contactpersoon van het CSO⁷ werd waarschijnlijk terecht opgemerkt dat er erg veel aandacht is voor het succes van Trynwalden maar dat daardoor vergeten wordt dat er soortgelijke projecten in het land starten en zijn gestart die veel minder succesvol zijn en die zelfs worden afgeblazen. Het is daarom zinvol om nader in te gaan op de krachten die inwerken op de praktijk waardoor Trynwalden een succesvolle start kon maken en waardoor andere projecten hinder ondervinden.

⁷ CSO is het Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties

3 KRACHTEN IN HET VELD: MICRO- MESO- EN MACRONIVEAU

3.1 Microniveau

Cliëtniveau

We hebben een onafhankelijke deskundige op het terrein van woonzorgzones geïnterviewd die vanaf het allereerste begin betrokken is geweest bij de totstandkoming van woonzorgcomplexen en woonzorgzones. De eerste wozoco's ontstonden aan het eind van de jaren tachtig in Zuid-Holland. Zijn onderzoek heeft uitgewezen dat in die eerste complexen sprake was van veel onveiligheidsgevoelens en labiele sociale systemen. De qua gezondheidssituatie sterkere bewoners en buurtbewoners gingen de zwakkere domineren. Anders dan de verzorgingshuizen waren deze complexen niet zuilgebonden en de bewoners misten dan ook een vergelijkbaar gevoel voor zingeving. In Moerwijk is geprobeerd door middel van levensloopleren het eigen stuurvermogen van groepen mensen te bevorderen, maar dat is mislukt omdat de levensvisies van mensen volstrekt verschillend waren. Daarbij speelden de verschillen tussen oudere autochtonen en veelal jongere allochtonen een dominante rol. Volgens hem moeten mensen zich eerst senang voelen alvorens toe te komen aan de zingevingvraag. Dit verhaal sloot aan bij de inbreng van Foeke de Jong. Hij betoogt op basis van internationale literatuur over de Civil Society (Christopher Alexander) dat sociale structuren tot stand komen langs de lijn communiceren, leren en organiseren. Volgens hem kan pas sprake zijn van zingeving als er geleerd wordt.

Cultuuromslag

Het werken volgens een nieuwe visie die de cliënt en zijn vraag centraal stelt, vraagt een grote inspanning van het zittende personeel op een aantal gebieden. Ten eerste moeten zij de cliënt niet alleen cliënt noemen maar hem/haar ook daadwerkelijk zo zien. Een voorbeeld uit de praktijk hiervan is het feit dat de thuishulp eerst de sleutel gebruikte om binnen te komen. Nu wordt er aangebeld, omdat je als zorgaanbieder 'te gast' bent. In de groepsgesprekken werd voor ons duidelijk dat het personeel de visie volledig had geïncorporeerd. Op vragen van ons als: "Wat doen jullie met een cliënt die..." werd standaard geantwoord: "Dat ligt eraan wat die cliënt wil". Ten tweede vereist de nieuwe manier van werken andere kwaliteiten en vaardigheden. De medewerkers gaven aan dat het cliëntgericht werken zelfstandigheid, creativiteit, flexibiliteit en meer verantwoordelijkheid verlangt. De flexibiliteit zit hem niet alleen in het creatief inspringen op de hulpvraag, maar ook in de roostering van het werk. Omdat de vraag van de cliënt centraal staat, betekent dit dat er geen werk is als er geen vraag is. Dit is van tevoren niet altijd goed in te plannen en verlangt van de werknemers flexibiliteit.

Daarnaast hebben de medewerkers nieuwe taken gekregen, zoals het plannen van de routes en het begeleiden van stagiaires. Dit proces is niet zonder slag of stoot gegaan. De medewerkers met wie wij spraken, gaven aan dat het pittige tijden waren geweest. Er was veel wisseling in het management en er was voor hen onduidelijkheid. Om dit proces te begeleiden, zijn er bijeenkomsten georganiseerd om de visie over te brengen, om gezamenlijk teamdoelstellingen te formuleren en zijn er intervisiegroepjes gevormd. Deze investering heeft zijn vruchten afgeworpen: de medewerkers gaven aan het gevoel te hebben dat er naar hen geluisterd wordt en dat ze betrokken worden bij het proces. Daarnaast vinden ze de nieuwe manier van werken leuker, aangezien je veel dichterbij de cliënt komt.

Integrale teams/werken met laagopgeleide medewerkers

In Trynwalden wordt gewerkt met integrale teams en ook met laagopgeleide mensen. Deze mensen worden ondersteund en in huis opgeleid met scholingstrajecten. De verzorgenden hebben een opleiding gevolgd om Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (niveau 3) te worden en de huishoudelijke medewerkers krijgen een opleiding om dagpadbegeleider te worden. Verpleegkundigen zagen de uitbreiding van het werk van de verzorgenden als een bedreiging voor hun eigen werk c.q. functie en kwamen in opstand. Hetzelfde werd gevreesd van de verzorgenden toen de huishoudelijke medewerkers de mogelijkheid kregen om tot dagpadbegeleiders te worden opgeleid. Dit laatste bleef uit. Waarschijnlijk was de reden hiervoor dat zijzelf net hun promotie hadden gemaakt en dit ook gunden aan de dagpadbegeleiders. Wij vinden het van belang deze ervaringen uit de praktijk te noemen, omdat het werken met integrale teams en het aanbieden van opleidingstrajecten er op papier goed uitzien. In de praktijk echter kunnen er dynamieken ontstaan die van grote invloed zijn op het slagen van het project. Deze processen dienen derhalve goed begeleid te worden.

Voor het scholen van laagopgeleiden geldt ons inziens hetzelfde. Redenen waarom mensen laagopgeleid zijn, kunnen liggen in de sfeer van psychosociale problematiek als faalangst, moeilijke thuissituatie of bijvoorbeeld een bepaalde mate van analfabetisme. Wat duidelijk naar voren kwam uit het project in Trynwalden is een grote betrokkenheid bij het personeel dat in opleiding gaat. De doelstelling is dat iedereen het diploma dient te halen en dat daarvoor extra begeleiding en hulp wordt ingezet indien dat nodig blijkt te zijn. De scholing wordt niet alleen gezien als een opleidingstraject maar ook als een emancipatietraject. Voor een aantal vrouwen betekende dit hun eerste diploma en alles wordt erop ingericht dat het traject succesvol doorlopen zal worden. Deze opdracht die het management van Trynwalden zichzelf stelt, draagt ons inziens zeker bij aan het goed functioneren van het integrale team en de continuïteit van zorg. Elk management dat met integrale teams en laagopgeleide mensen werkt, zal zich van tevoren moeten realiseren dat de ondersteuningstrajecten soms niet alleen uit een opleiding bestaan.

3.2 Mesoniveau

Goede uitgangspositie is het halve werk

Foeke de Jong, directeur/oprichter van Skewiel Trynwalden, gaf aan dat de start van het experiment door een samenloop van omstandigheden is gelukt. Skewiel Trynwalden is het enige dienstencentrum dat gefinancierd is uit AWBZ-middelen. Dit was mogelijk door een combinatie van factoren rond de bruteringsoperatie van de woningcorporaties en de overgang van de WBO naar de AWBZ. Er waren plannen voor het plegen van nieuwbouw van het verzorgingshuis, dat twee keer zo duur zou zijn geweest als de realisatie van het dienstencentrum. De visie en het plan van aanpak van het Skewiel waren reeds uitgewerkt. Toen er sprake was van een goede basisfinanciering uit de AWBZ, kon men van start gaan met het initiatief.

Naast een goede basisfinanciering wordt de beperkte schaalgrootte genoemd als positieve factor, alsmede het feit dat het een plattelandsgebied betreft waar reeds een sociale samenhang bestaat tussen de zeven dorpen en twee gehuchten. In Trynwalden streeft men niet naar uitbreiding van het gebied, omdat men denkt dat met uitbreiding het succes van het project ondermijnd zal worden.

Uit een interview met een projectleider van een project in Almelo⁸ kwam naar voren, dat een belemmerende factor is dat de nieuwbouw nog niet gereed is waardoor de dagvoorzieningen nog niet bestaan en men nog niet 'naar de wijk' toe kan. Daarnaast speelt voor hem op dit moment als belemmering mee dat er bij hemzelf en op gemeentelijk niveau weinig kennis is over het complete woningbestand, de Wvg-voorzieningen en de behoeften. Het verzamelen van deze gegevens verloopt moeizaam. Uit het laatste voorbeeld van een project in oprichting blijkt op welke manier een te grote schaal en gebrek aan een reeds bestaande sociale structuur zorgen voor informatiegebrek en afstemmingsproblemen.

Algemeen belang staat soms haaks op het eigen belang

Het werken met het concept woonzorgzone en integrale teams verlangt verregaande samenwerking van de betrokken partijen, zoals bijvoorbeeld de V&V-instelling, thuiszorginstelling, welzijnsorganisatie en woningcorporaties. Deze samenwerking wordt op de eerste plaats gefaciliteerd door het delen van een zelfde visie. Uit het interview met een projectleider van een experiment uit Rijsbergen⁹ komt naar voren dat de partijen vier jaar geleden zijn gestart met hetzelfde idee voor ogen: er moest één plek komen waar men terecht kon met

⁸ We hebben telefonisch gesproken met de projectleider van een project in Almelo en van een project in Rijsbergen. Beide projecten hebben het werken in een woonzorgzone met integrale teams als uitgangspunt genomen. Het project in Rijsbergen is een voorbeeld van een 'mislukt' project. Het project in Almelo werd ons door sleutelfiguren uit het veld gepresenteerd als een succesvol project. Tijdens het gesprek echter bleken zich boven dat project ook enkele donkere wolken samen te pakken.

⁹ Zie voetnoot 8.

vragen betreffende wonen, zorg en welzijn en waarvandaan men ook geholpen kon worden. Eén jaar geleden is het project echter uit elkaar gespat. De V&V-instelling schoof (als reactie op de introductie van de marktwerking in de zorg) de eigen thuiszorgorganisatie naar voren, met als resultaat dat zowel de V&V-instelling als de thuiszorginstelling uit het project zijn gestapt. Een oplossing hiervoor lijkt om deze zaken vooraf goed vast te leggen in bijvoorbeeld een convenant. In het project in Almelo heeft men dit vooraf gedaan, maar nu de partijen de toekomst vrezen vanwege de ontwikkelingen rondom de WMO, de steeds voelbaar wordende effecten van de introductie van marktwerking en bezuinigingen, komen de afspraken op losse schroeven te staan. Het enthousiasme is nog steeds aanwezig bij de partijen in Almelo, maar de projectleider gaf aan dat het afwachten is hoe het verder zal gaan.

In Trynwalden hebben deze krachten vanuit het mesoniveau ook gespeeld. Het feit echter dat er een goede basisfinanciering was, heeft ook in deze problematiek een positief effect gehad. Daarbij werd de visie door alle partijen (alle vertegenwoordigd in het bestuur) sterk gedeeld, hetgeen voor cohesie zorgde. Bijkomend belangrijk feit was dat het dienstencentrum werd gebouwd, in plaats van een nieuwe V&V-instelling. Het belang van het vullen van de eigen bedden heeft daardoor nooit gespeeld. Voor het personeel heeft men een juridische structuur gemaakt, waardoor zij in dienst zijn van een stichting en gedetacheerd worden. Hierdoor speelt niet het belang van het naar voren schuiven van het eigen personeel, maar is er sprake van het personeel van Skewiel Trynwalden. Tevens wordt door buitenstaanders de onafhankelijke functie en functiestructuur van de ‘omtinker’ genoemd als belangrijke succesfactor. Hij treedt op als zorgmakelaar in het belang van de cliënt en wordt daarbij niet gehinderd door de belangen van de verschillende organisaties. Op de vraag of marktwerking een bedreiging zou kunnen zijn voor het voortbestaan van Skewiel Trynwalden, stelt Foeke de Jong dat hij daar wel beducht voor is, aangezien Trynwalden nu gebaseerd is op het samenwerkingsprincipe en dat principe staat haaks op marktwerking.

3.3 Macroniveau

Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de krachten vanuit het macroniveau die spelen op de ontwikkeling van woonzorgzone/woonzorgservicegebied, het werken met integrale teams en met laagopgeleide mensen. Onder het macroniveau verstaan we landelijke instellingen en organisaties die beleid ontwikkelen op het gebied van zorg, ouderen en gemeenten. We hebben gesproken met contactpersonen bij de volgende organisaties: LVT, CSO, VNG, VWS directie DVVO, NIZW, Erasmus Universiteit Rotterdam (BMG) en een onafhankelijke deskundige. Voor een overzicht van de geïnterviewde organisaties en namen van de personen waarmee gesproken is, verwijzen we naar bijlage 1.

Het eerste dat opviel tijdens het plannen van de interviews met deze organen, was dat een aantal organisaties niet altijd goed raad wist met de vraag om aan een telefonisch interview over dit thema mee te werken. Men gaf aan zich er (nog) niet mee bezig te houden of het niet tot hun taak vonden behoren een visie te ontwikkelen, maar dat bijvoorbeeld over te laten aan de individuele leden. We werden doorverwezen naar anderen binnen de organisatie of naar andere organisaties. Soms werd de vraag omgedraaid en vroeg men informatie over het onderwerp aan ons.

In het navolgende beschrijven wij welke informatie we vanuit het macroniveau wel kregen.

Woonzorgzone

Het CSO is negatief over het concept woonzorgzone als dit betekent dat een woongebied speciaal wordt ingericht voor bijvoorbeeld ouderen. Het beeld van slagboompjes die het gebied markeren wordt in dit geval aangehaald als metafoor. Het CSO juicht het werken in woonzorgzones van harte toe als het betekent dat er vanuit bijvoorbeeld een dienstencentrum zorg en welzijn *naar de wijk toe* wordt aangeboden.

Het bestaan van initiatieven zoals Trynwalden en Arduin in de gehandicaptensector bewijzen volgens een respondent dat er op macroniveau feitelijk geen belemmeringen zijn of geen belemmeringen zijn die niet overwonnen zouden kunnen worden om met het concept wijkservicegebied of woonzorgzone aan de slag te gaan. Belemmeringen zitten in de cultuur van een instelling, het management en in de hoofden van de zorgverleners. De noodzakelijk ingrediënten voor een geslaagd project zijn volgens deze respondent: een duidelijke, heldere en concrete visie die consequent wordt uitgedragen en doorgevoerd (niet terugkomen op keuzen, risico's durven nemen, geen dubbele moraal), flexibiliteit van zorgverlener en zorginstelling, een visionair leider, stevig management en de wil tot ondernemerschap. Een andere respondent noemt als randvoorwaarden een regionaal of lokaal monopolie of vergaande fusieplannen en gemeentelijk dwang en regie.

Als men kijkt naar wetgeving zoals de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet BIG, dan vormen die geen belemmering voor het werken met integrale teams en laagopgeleide medewerkers. Beide wetten zijn kaderwetten die ruimte geven aan eigen invulling, bijvoorbeeld op het terrein van het formuleren van verantwoorde zorg en het aspect van bevoegdheid en bekwaamheid door bijvoorbeeld autorisatie. In sommige gevallen kan de tarievenstructuur een belemmering zijn als er sprake is van producten uit het welzijnsdomein, zowel het eerste als het tweede compartiment. Dan gaan de betaalregimes (gemeentelijk, ZFW en AWBZ) door elkaar heen lopen. Met de nieuwe Zorgverzekeringswet in aantocht zal deze belemmering tot het verleden gaan behoren. Echter, met de komst van de WMO wordt het gemeentelijk domein weliswaar groter, maar de schottenproblematiek met vooral de AWBZ blijft.

Integrale teams

Het opzetten van een woonzorgzone/wijkservicegebied en het werken met integrale teams is geen sinecure. De ervaring in den lande is volgens een van onze respondenten dat het concept het beste werkt als je helemaal opnieuw kunt beginnen en het personeelsbestand kunt schonen op mensen die wel en niet op deze manier kunnen en willen werken. Dat is echter meteen lastig. Enerzijds omdat werknemers arbeidsrechtelijk goed worden beschermd in Nederland en anderzijds omdat zorg leveren geen standaardwerk is. Ieder mens is verschillend; ook al lijkt zijn zorgvraag (bijvoorbeeld hulp bij wassen) identiek, toch kan de aanpak, inzet en kwalificatie van personeel zeer uiteenlopend zijn. Ook in de tijd gezien kan een ogenschijnlijk eenvoudige zorgvraag veranderen. Je kunt dus geen standaardmatrix maken met typen zorgvragen en typen medewerkers. Anderzijds is het lastig omdat het een nieuw concept is waarmee medewerkers geen ervaring hebben. Als ze in eerste instantie wel willen maar niet zouden kunnen, zouden ze dat met scholing en begeleiding wel kunnen? En andersom, als ze niet willen, maar wel kunnen, laat je dan goede medewerkers gaan? En mensen die willen en kunnen, kunnen in de dagelijkse praktijk van het werken met integrale teams erachter komen dat het toch niet de werkvorm is die bij ze past. Volgens sommige respondenten werkt de invoering het beste als de moederorganisatie komt te vervallen. Dan kunnen veel typisch instellingsgebonden functies als koks, fysiotherapeuten en activiteiten begeleiders komen te vervallen en kan een wezenlijke demedicaliserings slag gemaakt worden. Uit onderzoek naar kleinschalige initiatieven blijkt dat cliënten die zeer waarderen (Prismant, 2002).

Het NIZW/IWZ (Innovatieprogramma Wonen en Zorg, Utrecht) en Domare (Almere) begeleiden een leerwerkgroep rond het onderwerp Integrale teams. Door samen te werken leren de projectleiders van twintig lokale projecten samen met de mensen van het NIZW/IWZ en Domare hoe het traject van plan naar realisatie te doorlopen. In 2003 is een eerste groep gestart, die halverwege 2005 afgerond wordt. Bedoeling was dat in februari 2005 een volgende groep zou starten. Daar is het niet van gekomen, vermoedelijk vanwege de weerstand van de professionele circuits (dat spoort met onze bevindingen bij koepels van aanbieders en professionals) en vanwege de tegenstrijdige belangen van lokale partijen, die allemaal bezig zijn hun eigen domeinen te versterken en te verdedigen als gevolg van de introductie van marktwerking. Zie ook onze bevinding rond het mislukte project in Rijsbergen, waar de V&V-instelling en de thuiszorg het project hebben opgeblazen en de situatie in Moerwijk, waar de bestaande moederinstellingen niet voluit voor het concept van de woonzorgzone gingen. Wij hebben overigens gepoogd met bestuurders van het Moerwijkse project in gesprek te raken, maar dat is door de betrokkenen afgehouden.

Verhoging arbeidsproductiviteit door inzet laag opgeleiden

Op de vraag wat men denkt over het inzetten van mensen met een zo laag mogelijk maar adequaat opleidingsniveau, reageert een deel van de respondenten afhoudend. Op de eerste plaats lijkt men moeite te hebben met de formulering. Men geeft aan dat het lijkt alsof de nadruk ligt op het feit dat het weinig mag kosten en dat men daarom laagopgeleid dient te zijn. Men stelt dat het bij bieden van goede zorg van belang is dat er aandacht is voor preventie en signalering. Mensen die alleen komen schoonmaken, zouden hierin tekort schieten. Sommige respondenten zijn sceptisch of dat met een opleidingstraject te ondervangen valt. Voor hen staat voorop dat de kwaliteit van de zorg gediend moet worden. Men denkt (nog) niet in termen van kostenbesparing of verhogen van de arbeidsproductiviteit in de zorg, of heeft er negatieve associaties bij. Eén respondent stelt dat bijvoorbeeld de verpleeghuiszorg nu de wrange vruchten plukt van eenzelfde taakdelegatie. De ontwikkelingen rondom de WMO worden ook gezien in dit licht: men lijkt de kwaliteit van zorg uit het oog te verliezen en alleen als doel te hebben de zorg goedkoper te maken.

Het andere deel van de respondenten is op zich niet tegen het idee van inzet van laagopgeleide medewerkers en het werken met integrale teams, maar voorziet enkele knelpunten. Er is namelijk een aantal kenmerken van medewerkers in de zorg of in de attitude van zorginstellingen aanwezig waarvan het idee van werken met integrale teams hinder ondervindt. Ten eerste het feit dat zorgverleners nog steeds op een klassieke wijze worden geschoold in de zin van het gericht zijn op ‘zorgen voor’, in plaats van cliënten zoveel mogelijk zelf laten doen. De opleiding zou veel meer dan nu het geval is gericht moeten zijn op het faciliteren van voorwaarden om zorgverleners ‘met handen op de rug’ zorg te laten verlenen. Een tweede belemmering die genoemd wordt, is het feit dat medewerkers in de zorg hospitaliseren. Eenmaal ergens aan het werk is er weinig oog voor vernieuwing en verandering; dat geldt ook voor managers in instellingen. Stichtingen die zowel thuiszorg- als V&V-instellingen hebben houden angstvallig de intra- en extramuraal werkende teams gescheiden, veelal vanuit bedrijfsmatig en organisatorisch standpunt. Dat is betreurenswaardig, want juist door te mengen vindt er uitwisseling van ervaringen plaats en worden aannames ter discussie gesteld. Een derde belemmerende factor is het feit dat hoe lager personeel geschoold is, hoe minder ze qua werk en baan willen en kunnen rouleren. Het zijn veelal vrouwen met een relatief klein contract die heel honkvast zijn en geen carrièreperspectief voor ogen hebben. Over het algemeen werkt deze groep om het gezinsbudget aan te vullen. De veranderingsbereidheid van deze groep is veelal laag, zij hebben hun focus op het thuisfront liggen in plaats van op het werk. Aandacht voor cultuurverandering, het richten op antihospitalisatiemogelijkheden en competentie management zijn heel duidelijke taken voor het management van instellingen om deze hindernissen te slechten als men aan de slag wil met integrale teams en laag opgeleide medewerkers.

4 TOT SLOT: BEANTWOORDING ONDERZOEKSVRAGEN EN LESSEN UIT DE PRAKTIJK

In de voorgaande hoofdstukken hebben we verslag gedaan van het werkbezoek, de interviews en zijn we ingegaan op de krachten die op meso-, micro- en macroniveau spelen. Tot slot van deze notitie willen we in dit hoofdstuk de antwoorden op de onderzoeksvragen en de daarmee samenhangende lessen uit de praktijk systematisch presenteren:

1. Wat is de inhoud van het concept woonzorgzone/woonservicegebied inclusief het werken met het team niet voor de zorg opgeleide personen? Wat houden de termen integraal team, wijkgericht, huis-, tuin- en keukenactiviteiten precies in en hoe verhouden zij zich tot elkaar?

Uit deze inventariserende studie is duidelijk geworden dat er niet één blauwdruk bestaat voor het concept woonzorgzone/woonservicegebied. Er zijn in de praktijk al naar gelang de specifieke regionale situatie verschillende verschijningsvormen aangetroffen waarvan Skewiel Trynwalden er één is. De beschrijving zoals we die hebben gegeven van Skewiel Trynwalden beantwoordt de eerste vraag op bijna alle onderdelen. Het team bestaat uit een aantal laagopgeleide mensen. Deze mensen (de dagpadbegeleiders) worden echter zodanig opgeleid dat signaleren en preventie niet veronachtzaamd worden. Cohesie in het team stimuleert het makkelijk contact zoeken met de verzorgenden IG of de verpleegkundigen. In bijlage 2 is een korte beschrijving opgenomen van een pilot in Ede van wat de huis-, tuin- en keukenactiviteiten, en het begrip integrale wijkgerichte teams zouden kunnen inhouden. De invulling kan eveneens per project verschillen.

Belangrijke les van dit onderzoek is dat de beantwoording van deze vraag niet eenduidig kan zijn. Die is namelijk afhankelijk van de specifieke lokale omstandigheden en de bestaande context van waaruit gewerkt wordt.

2. Wat betekent het werken met een dergelijk concept voor het zorg/dienstverleningsproces en de kwaliteit van de dienst? Wat is de norm en hoe en door wie wordt het gemeten?

De expliciete kwaliteitsnorm van een project als Trynwalden is de wens van de cliënt. Deze staat centraal in de planning, de organisatie en de uitvoering van het zorgproces. De organisatie meet de tevredenheid van zowel cliënt als medewerker om vast te stellen of aan de deze norm wordt voldaan.

Bij een goede onderlinge afstemming sluit het zorgaanbod in de praktijk nauw aan op de wensen van de cliënt. Dat vereist flexibiliteit van medewerkers, creativiteit om buiten de geëigende kaders te denken en zelfstandigheid om keuzen te maken. Daarnaast zijn de normale eisen, zoals gesteld door wetgeving op terrein van kwaliteit en bevoegdheid en bekwaamheid van medewerkers (BIG), ook op een project als Trynwalden van kracht. De mensen die zorg en

diensten afnemen bij Trynwalden hebben indien nodig een RIO-indicatie. De kwantitatieve norm is dus eenzelfde als die van mensen die geen zorg krijgen van een geïntegreerd wijkgericht team. Wel bestaat de visie eruit dat als cliënten zich goed voelen binnen de woonzorgzone, er dan minder behoefte is aan zorg.

Een belangrijke conclusie uit dit onderzoek is dat wettelijk gezien de kwantitatieve en kwalitatieve norm van het zorg en dienstverleningsproces in een woonzorgzone feitelijk niet afwijkt van een zorgverleningsproces in een reguliere instelling, maar dat het startpunt van de zorg en de invulling en organisatie van het zorgproces wel afwijkt. De wens van de cliënt staat namelijk écht centraal. Als de cliënt wel een indicatie heeft, maar die dag geen zorg wil, wordt er bijvoorbeeld geen zorg geleverd. Op de consequenties die dat heeft, wordt ingegaan bij de beantwoording van vraag 3.

3. Wat zijn de consequenties voor de zorgverleners/medewerkers in kwantitatieve en kwalitatieve zin? Welke opleiding moeten zij krijgen, hoeveel professionals zijn er op een team aanwezig, hoeveel wijkbewoners worden door één integraal team geholpen en hoe is de hulp verdeeld over 24 uur et cetera?

In Trynwalden bestaat één integraal team uit 40 medewerkers (per team 10 dagpad begeleiders, 1-2 AB'ers die de vrijwilligers aansturen en ongeveer 30 verzorgenden/ huishoudelijk medewerkers/verpleegkundigen) die in totaal 1500 wijkbewoners verzorgen. In principe levert een integraal team 24-uurszorg. De zorg is verdeeld over de dag naar gelang de wensen van de cliënt. In principe is deze verhouding van personeel en bewoners niet veel anders dan in een traditionele zorgvorm. Wel is er verschil in zwaartepunt van de zorgverlening. In Trynwalden wordt door personeel meer uren besteed aan welzijn in vergelijking tot een traditionele zorgvorm. Met name het realiseren van de 24-uursbereikbaarheid en beschikbaarheid kan een probleem opleveren, vanwege de hoge kosten. In andere delen van Nederland is daarvoor een oplossing gevonden door het zorgkantoor. In Limburg bijvoorbeeld heeft het lokale zorgkantoor middelen beschikbaar gesteld om voor de hele regio die bereikbaarheid te financieren, los van de bestaande instellingen. Daartoe hebben die instellingen feitelijk een joint venture gesloten. Wat betreft de opleiding kan gezegd worden dat een groot aantal verzorgenden in Trynwalden is opgeleid tot verzorgende IG en een groot aantal voormalig huishoudelijk medewerkers is opgeleid tot dagpadbegeleiders.

Al eerder is gesteld dat het werken met integrale teams volgens die visie in Trynwalden veel vergt: men moet flexibel zijn, creatief zijn en zelfstandig kunnen handelen. Het centraal stellen van de wens van de cliënt heeft als consequentie dat er geen zorgvraag is op een bepaalde dag of een bepaald moment van de dag. Flexibele inzet en roostering is daarbij nodig, maar het betekent ook dat medewerkers de ene week meer werken dan hun contract en de andere week minder. Dit vraagt zowel van collega's onderling als bij het thuisfront medewerking en begrip.

De medewerkers ervaren deze wijze van werken echter positief en vinden het prettig dat ze dichter bij de cliënt staan dan voorheen.

De les die te leren valt uit dit onderzoek is dat het werken met dit concept veel veranderingsbereidheid vergt van medewerkers. Een veranderingsbereidheid die (zoals eerder bleek) van nature niet in grote mate aanwezig is bij juist de doelgroep laagopgeleide (vrouwelijke) medewerkers in de zorg. Een intensief en nauwgezet opleidings- en ondersteuningstraject bij de start en gedurende het traject waarbij betrokkenen zich kennis, attitude en visie eigen maken is van essentieel belang. Ten slotte moet er voldoende oog zijn voor de ervaren positie van de groep hoger opgeleide medewerkers.

4. Welk effect heeft deze manier van werken voor de betrokken moederorganisaties?

Bij Trynwalden is personeel in dienst van één organisatie en is er dus geen sprake van een moederorganisatie waar het project deel van uitmaakt. Bij het mislukte project waarvan we de projectleider spraken, speelde de moederorganisatie wel een grote rol. Veelal krijgt het belang van de moederorganisatie de overhand in een situatie dat sprake is van concurrerende zorgaanbieders. Een goed voorbeeld daarvan is volgens verschillende respondenten het project Moerwijk, waar de moederinstellingen gewoon doorgaan met het ontwikkelen van klassieke instellingen, die haaks staan op het concept van het project. Omdat sprake is van een systeeminnovatie, zou ieder van de betrokkenen van meet af aan betrokken moeten zijn en moet eerst gewerkt worden aan een gezamenlijk gedragen mission statement. Daar loopt het in de praktijk op stuk.

De les die dit onderzoek dan ook leert is: maak als het enigszins mogelijk is één organisatie, met één personeelsbestand, met één visie en met één krachtig leider.

5. Welke belemmeringen op microniveau (cultuur, zorginstelling, zorgverlener, cliënt) en macroniveau (tarievenstructuur, wetgeving (kwaliteit, wet BIG, inspectie et cetera)) moeten worden overwonnen?

6. Hoe kunnen de gevonden belemmeringen worden weggenomen en welke partijen spelen daarbij een rol?

Deze bovenstaande vragen vertonen ons inziens zoveel samenhang dat we ze ook gezamenlijk beantwoorden om overlap in teksten te voorkomen. Uit het voorgaande blijkt dat er diverse krachten op macroniveau zijn die het werken met integrale wijkgerichte teams dan wel het werken met laagopgeleide medewerkers bevorderen danwel belemmeren. Hieruit is een aantal lessen te leren. Belangrijk is de constatering dat er wettelijk gezien op macroniveau feitelijk geen belemmeringen zijn om met dergelijke concepten aan de slag te gaan. De tarievenstructuur (Welzijn/ZFW/AWBZ) kan soms een hindernis zijn. Het lijkt erop dat belemmeringen vooral zitten op meso- en microniveau: in de cultuur van een instelling, het management van een instelling en in de hoofden van de zorgverleners. Noodzakelijke ingrediënten voor een

geslaagd project zijn: een heldere en consequent uitgedragen visie, flexibiliteit van zorgverlener en zorginstelling, een visionair leider, de wil tot ondernemerschap, een regionaal of lokaal monopolie of vergaande fusieplannen en gemeentelijk dwang en regie.

Een ander punt dat steeds weer wordt benadrukt, is het met een schone lei te kunnen starten: met een nieuwe stichting waarbij alle medewerkers in dienst zijn, met een opgeschoond personeelsbestand en met weinig bestaande instituties en gebouwen. Het liefst zouden bestaande V&V-instellingen ontmanteld moeten worden. Het kunnen aansluiten bij een bestaande structuur van platteland of buurt, evenals een beperkte schaalgrootte van het project, zijn genoemd als belangrijke succesfactoren.

Wat betreft het werken met laagopgeleide medewerkers kan uit de praktijkvoorbeelden geconcludeerd worden dat het op zichzelf een reële optie lijkt, maar waarbij niet over één nacht ijs moet worden gegaan gezien de genoemde kenmerken van de werkers in de zorg (basisopleiding gericht op zorgen voor, ander carrièreperspectief en geringe veranderingsbereidheid). Eveneens is er het feit dat het werken met een dergelijk nieuw concept een ware culturomslag is die veel vraagt van de flexibiliteit, solidariteit van medewerkers onderling en van het thuisfront. Aandacht voor scholing op feitelijke kennis, op attitude en op visie zijn broodnodige ingrediënten. Niet alleen aan de start, maar ook gedurende de rit moet er aandacht zijn in de vorm van themabijeenkomsten, intervisiegroepen en individuele begeleiding. Dit verhoogt de betrokkenheid en inzet bij de medewerkers. Opleidingstrajecten van lager opgeleide (veelal) vrouwen impliceren eveneens vormen van emancipatie, met alle gevolgen van dien. Ten slotte moet er voldoende oog zijn voor de ervaren positie van de groep hoger opgeleide medewerkers. Indien zij zich bedreigd voelen door de opleiding en inzet van lager opgeleiden, kunnen zij een bron van opstand vormen binnen de organisatie, zo is uit de praktijk gebleken.

7. Welke aanvullende acties zijn van wie precies nodig om het concept daadwerkelijk in de praktijk te kunnen realiseren?

Om het concept daadwerkelijk te realiseren kan gekeken worden naar die situaties waar de introductie een succes was en waar het concept gefaald heeft. Trynwalden is een voorbeeld van een geslaagd project, Rijsbergen (en in zekere zin Moerwijk) van een gefaald project. Lessen van betrokkenen zijn:

- Gegeven de voorgestane marktwerking lijkt een randvoorwaarde te zijn dat ofwel sprake is van een lokaal monopolie van de zorgaanbieders, ofwel dat zo'n monopolie in ontwikkeling is. Wij kunnen ons voorstellen dat deze randvoorwaarde niet hard is, zoals blijkt uit de situatie in Leidschenveen, waar de aanbieders met elkaar de markt verdeeld hebben en ieder een eigen wijk bedienen.
- Verder kan de gemeente een belangrijke regierol vervullen, die concurrerende aanbieders (vooral thuiszorg en intramurale instelling) kan dwingen of verleiden hun eigen belangen ondergeschikt te maken aan die van de klant. Voorwaarde is dat de gemeente een heldere

visie heeft ontwikkeld op haar rol in de civil society en een vertaling heeft gemaakt van haar rol bij het vorm en inhoud geven van de WMO.

- Ook de verzekeraar kan een duit in het zakje doen, bijvoorbeeld door zoals in Limburg een regeling te treffen voor het gezamenlijk invullen van de dure 24-uursbereikbaarheid en dat te gebruiken als lokmiddel om aanbieders over te halen gezamenlijk af te zien van hun eigen belang. Het helpt erg als die verzekeraar een duidelijke visie heeft ontwikkeld op de eigen bijdrage aan de ontwikkeling van een civil society en bereid is - bijvoorbeeld door het leveren van de eigen deskundigheid - een bijdrage te leveren aan de totstandkoming van een lokaal initiatief.
- De rijksoverheid zou een bijdrage kunnen leveren door de nadruk te verleggen van marktwerking als dominant sturingsprincipe naar de introductie van marktprikkels. Marktwerking waar dat betekent dat aanbieders elkaar uit de markt concurreren is op het gebied van zorgverlening niet nastrevenswaardig. Deze prikkels moeten die partijen stimuleren om lokaal samen te werken in plaats van elkaar te beconcurreren. Partijen in het veld kunnen elkaar stimuleren en scherp houden door in de samenwerking kwaliteitseisen of efficiëncyseisen te stellen in de vorm van klanttevredenheid, door het vastleggen van termijnen, door licentieverlening of middels verbetertrajecten. Een terughoudend beleid van de Zorgautoriteit inzake mededinging in dit domein van wonen, zorg en welzijn, lijkt ons ook bevorderlijk voor de totstandkoming van woonzorgzones.
- Misschien wel de belangrijkste actie moet komen van de initiatiefnemende partij. Die moet in staat zijn om veel kikkers gedurende de rit in de kruiwagen te houden en om voortdurend het belang van de klant boven dat van alle betrokkenen (institutioneel of professioneel, intern en extern) te stellen. Een gedragen *mission statement* (waarin de nadruk wordt gelegd op zelfredzaamheid en demedicalisering en -hospitalisering) en heldere prestatieindicatoren zijn elementen die helpen de focus van alle betrokkenen vast te houden.
- Tot slot: er is al veel ervaring opgedaan met de disseminatie van kennis in de zorg, onder andere door ZON/MW. Ook is al veel ervaring opgedaan en beschikbaar bijvoorbeeld bij Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg en het NIZW. Toch zal in iedere situatie een deel van de context en de aanpak uniek zijn. Het zou helpen als de overheid ondersteuning van lokale initiatieven op een intelligente manier zou faciliteren.

8. *Wat vindt de (potentiële) doelgroep van het concept woonzorgzone/woonservicegebied en het werken met integrale wijkgerichte teams? Wat zien zij als voor- en nadelen van dit concept?*

De klanten van Skewiel Trynwalden zijn tevreden. Dit blijkt zowel uit eigen metingen van Skewiel Trynwalden, uit de ervaringen van medewerkers met de cliënten als uit de gesprekken die wijzelf met hen hebben gehouden.

In Skewiel Trynwalden is een grote schare vrijwilligers actief (120). Deze vrijwilligers zijn zelf veelal boven de 65 jaar. Het positieve hieraan is dat zij door middel van het uitvoeren

van vrijwilligerswerk actief betrokken zijn bij de maatschappij en daarnaast dat deze vorm van activering een preventieve werking heeft op de zorgconsumptie.

Het CSO staat positief tegenover zorg verlenen naar de wijk toe. Zij wensen zorgverlening die nauw op elkaar aansluit, hetgeen een goed werkend integraal team kan leveren. Wel staan zij huiverig ten opzichte van het inzetten van laagopgeleide mensen. Zij zijn bang dat hierdoor de kwaliteit van de zorg in het geding komt.

Tot slot is er onderzoek gedaan naar de klanttevredenheid van kleinschalige projecten (onder andere Prismant, 2002). Daaruit blijkt volgens een respondent dat die klanten zeer tevreden zijn.

Een belangrijke bevinding uit dit onderzoek is dat als een organisatie in zijn visie de vraag van een cliënt écht centraal stelt, het daarmee de cliënt activeert om keuzen te maken, ook als het gaat om zorg. Wij denken wel dat deze visie moet passen bij ouderen. De huidige ouderen hebben een referentiekader op het terrein van zorg dat is gevuld met ideeën over intramurale zorgverlening in verpleeg- en verzorgingshuizen en zorgverleners die weten wat goed voor je is. In Trynwalden zijn er nog steeds voorbeelden van mensen zijn die wél opgenomen willen worden in een verpleeghuis en een onveilig of onbeschermd gevoel krijgen bij zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Deze wens heeft veelal ingrijpende consequenties, omdat zij dan moeten verhuizen naar een plaats die nog wel over een verpleeghuis beschikt. De senioren die echter nu oud worden in Trynwalden bouwen een referentiekader op waarin een intramuraal verblijf een minder prominente rol heeft. Op dit moment is er sprake van een overgangssituatie. Het concept is feitelijk geheel passend voor de ouderen van de toekomst.

BIJLAGE 1**Lijst met geïnterviewde personen****Sleutelfiguren**

Mevrouw A. Jonkers	Beleidsmedewerker Ministerie van VWS, directie DVVO
De heer R. Huijsman.	Hoogleraar integraal zorgmanagement Instituut BMG EUR
De heer P. Driest	Psychogerontoloog bij het NIZW
De heer P. Houben	Consultant PSi
Mevrouw A. Berkhout	CSO
Mevrouw H. Mulders	Landelijke Vereniging Thuiszorg
Mevrouw A. Potjens	VNG, projectmedewerker WMO
Mevrouw M. van Oort	Projectmanager woonservice zones Veilig en verzorgd wonen Ede
De heer S. Verhoeven	Voormalig projectleider project integrale teams Rijnsbergen
De heer G. Oosterik	Projectleider project integrale teams Almelo
De heer B. van der Hoek	Directeur Care van Menzis Zorg

Daarnaast hebben we verscheidende malen contact gezocht met de NPCF, de Lorep, de Levv en de Sting (beroepsvereniging van de verzorging). Uiteindelijk heeft dit niet geresulteerd in een interview. De overkoepelende reden hiervoor was dat men zich niet bezighield met het onderwerp en daarom geen noodzaak zag om aan een interview mee te werken.

Project Skewiel Trynwalden

De heer F. de Jong	Directeur oprichter Skewiel Trynwalden
De heer F. Mulder	Financial Controller Skewiel Trynwalden
Dubbelinterview met MT Zorg	
Groepsinterview met zeven verzorgenden (laag opgeleide medewerkers)	
Groepsinterview met vier cliënten van Skewiel Trynwalden	

BIJLAGE 2

Beschrijving van de huis-, tuin- en keukenactiviteiten (Ede)

Huis, tuin en keuken:

ADL; het gaat om Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen m.b.t huis, tuin en keuken.

Huis, tuin en keukenvragen betreffen huishoudelijk werk, onderhoud tuin/buitenboel, technische vragen zoals inregelen televisie; kraanleertje vervangen; stop vervangen; deur smeren; schilderijtje ophangen.

Keukenvragen is: de bereiding van maaltijden; inspectie koelkast op levensmiddelen; samen boodschappen doen; monitoren vocht en voeding.

Lichaamsgerichte ondersteuning: helpen bij de wasbeurt, helpen douchen, toezien op medicatie-inname.

Grens van de ondersteuning: wordt in de praktijk bepaald aan de hand van nader te ontwikkelen normen.

Integrale medewerkers die deze vragen beantwoorden.

Medewerkers die een basisopleiding krijgen waarin het accent ligt op sociale vaardigheden/dienstverlening met behoud van grenzen/respect voor privacy en waarden en normen van opdrachtgever/leren van technische ADL-oplossingen/basale hygiëne/basale ARBO/basale kennis van voeding en vocht; basale kennis van ziektebeelden.

Medewerkers zorgen voor een klein aantal opdrachtgevers (1-3).

Medewerkers maken deel uit van een klein team, wat onderling een beroep op elkaar kan doen.

Wijkgericht: (een servicewijk)

Als de woon-werkafstand klein is, is het makkelijker om deze zaken in te passen in het eigen dagelijks leven. (denk aan projecten dagindeling/ESF3)

Een servicewijk is een wijk met goede voorzieningen en een plek waar samengewerkt wordt en wordt afgestemd ten behoeve van de bewoners van die wijk (het wij-gevoel; ons kent ons).

Uitgangspunten:

1. Het merendeel van de vragen op het gebied van ondersteuning betreft ondersteuning voor het huis, de tuin en de keuken.

2. Mensen die afhankelijk worden van anderen voor het zichzelf in stand houden in het dagelijks leven willen ondersteund worden door dezelfde personen.

Personen die anderen ondersteunen kunnen dat beter als ze een relatie met hen aangaan en zij zich kunnen richten op dat wat voor deze opdrachtgever belangrijk is om te handhaven.

De ondersteuning bestaat uit verschillende soorten werkzaamheden waardoor veelzijdigheid en afwisseling gewaarborgd zijn.

De opdrachtgever en de allround ADL-ondersteuner zijn samen verantwoordelijk voor de organisatie en de planning van de werkzaamheden.

De opdrachtgever en de ADL-ondersteuner kunnen terugvallen door professionals op het gebied van techniek, hygiëne, opvoeding, verzorging, verpleging, tuinonderhoud, woningonderhoud.

Deze gespecialiseerde collega's werken voor de hele wijk.

De vraag van een ADL-ondersteuner/opdrachtgever wordt binnen een bepaalde tijdseenheid in behandeling genomen en er wordt een afspraak gemaakt voor daadwerkelijke afhandeling.

BIJLAGE 3**Overzicht met geraadpleegde literatuur**

Wonen zonder zorgen. Een evaluatieonderzoek van een project begeleid zelfstandig wonen in Zeewolde. Prismant, Utrecht 2002.

Hoeksma, Homans & Menting (2004)

Kosteneffecten Trynwalden. Tweede versie. De financiële consequenties van het ontvlechten van zorg, wonen, welzijn en dienstverlening. Enschede.

Houben, DR. P.P.J. (2002)

Levensloop beleid. Interactief levensloopbeleid ontwerpen in de tweede levenshelft
Elsevier, Maarssen

Stichting Woonzorgzone Moerwijk (2004)

Moerwijk knapt aardig op. Verslag van een levende en lerende woonzorgzone in Den Haag.

Internetsites:

www.skewiel-trynwalden.nl

www.woonzorgzone.nl

www.nizw.nl/integraleteams

www.zorgwelzijn.nl

www.kenniscentrumwonenzorg.nl

