

"SAMEN - WERKEN AAN VERBINDING"

Een onderzoek naar de
verbinding
Maatschappelijke Zorg en
Dienstverlening
&
Thuiszorg

beweging i3.0

Colofon

mei 2011

Wilgerke Achterberg
Marja Schutte - de Ruijter

Hogeschool: Christelijke Hogeschool Ede
Opleiding: Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, Academie Sociale Studies
Afstudeerbegeleider: Alie Wiertsema-Wezel
E-mail: awiertsema@che.nl

Opdrachtgever: Beweging 3.0
Divisies: Maatschappelijke Zorg & Dienstverlening en Thuiszorg
Werkveld-
begeleiders: Hester Frank, manager Thuisbegeleiding
Hester.Frank@Beweging3.nl
Tineke Gommans, teamleider Thuiszorg Amersfoort Noord
Tineke.Gommans@Beweging3.nl
Bezoekadres Computerweg 6, 3821 AB Amersfoort

© Christelijke Hogeschool Ede

Studentnummers: Marja: 070215 en Wilgerke: 071209

Voorwoord

Samenvatting

Hoofdstuk 1 Inleiding en achtergronden bij het onderzoek	7
1.1. Aanleiding voor het onderzoek	7
1.2. De vraagstelling, de opdracht en de richtinggevende onderzoeksvragen	8
1.3. Doelstellingen	8
1.4. Verbinding	9
1.5. Afbakening	9
1.6. Relevantie	9
1.7. Resultaat	10
Hoofdstuk 2 Relevante maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de verbinding MZD en TZ	11
2.1. Ontwikkelingen van invloed op MZD	11
2.2. Ontwikkelingen van invloed op TZ	13
Hoofdstuk 3 Beweging 3.0: zorgonderneming	15
3.1. Over Beweging 3.0	15
3.2. Divisie Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening	17
3.3. Divisie Thuiszorg	22
Hoofdstuk 4 Gebruikte methoden bij het onderzoek: een samenvatting	26
4.1. De enquête	26
4.2. De interviews	26
Hoofdstuk 5 Resultaten uit de enquête	28
5.1. Respons	28
5.2. Algemene informatie uit de enquête	29
5.3. Vragen over verwijzen	30
5.4. Vragen over factoren die van invloed zijn op de samenwerking	32
5.5. Vragen over wederzijdse bekendheid	33
5.6. Vragen over signaleren	34
5.7. Vragen over andere (thuis)zorg aanbieders en hulpverleningsinstanties	35
5.8. Overige vragen	36
5.9. Conclusies uit de enquête	37
Hoofdstuk 6 Resultaten uit de interviews	39
6.1. Thema's en factoren	40
6.1.1 Samenwerking	41
6.1.2 Informatie	44
6.1.3 Structuur	47
6.1.5 Huisarts	54
6.1.5 Mantelzorg en familie	56
6.1.6 Verantwoordelijkheid	58
6.1.7 Cliëntbelang	60
6.1.8 Werkwijze MZD	62
6.1.9 Privacy	64
6.1.10 Vertrouwen	66
6.1.11 Deskundigheid	69
6.1.12 Oplossingen	71
6.2. Onderzoek bij andere organisaties	73
6.3. Conclusies bij de resultaten uit de interviews	74

Hoofdstuk 7 Resultaten uit literatuuronderzoek	77
7.1 Het 7S-model	77
7.2 De kleurenleer van De Caluwé	80
7.3 Presentie: een inleiding	83
Hoofdstuk 8 Conclusies en aanbevelingen	85
8.1 Welke factoren zijn van invloed op de verbinding tussen de beide divisies?	85
8.2 Op welke wijze kunnen medewerkers MZD hun aanbod onder de aandacht brengen van de medewerkers TZ?	88
8.3 Hoe kan de divisie MZD zicht krijgen op de problematiek die de medewerkers TZ in hun werk tegenkomen, hoe krijgen zij meer zicht op (het netwerk van) de TZ cliënten (de 1e lijn)?	90
8.4 Hoe kunnen medewerkers TZ hun signalerende taak vormgeven en helder krijgen wanneer hun cliënten in aanmerking komen voor het aanbod van MZD?	92
8.5 Op welke wijze kunnen zij deze verwijzing praktisch vormgeven?	94
8.6 Hoe kan de verbinding tussen de divisies MZD en TZ onder de aandacht gebracht worden en welke randvoorwaarden zijn nodig om de verbinding tussen de divisies te behouden?	97
8.7 Op welke wijze kan de verbinding tussen de divisies Thuiszorg en Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening van Beweging 3.0 geoptimaliseerd worden?	101
Literatuurlijst	102
Verslag van het onderzoek ten behoeve van medewerkers	105
Bijlagen	106
A Gebruikte methoden bij het onderzoek	
B Uitkomsten enquêtes	
1. Medewerkers TZ	
2. Medewerkers MZD	
C Werkwijze interviews	
D Uitgewerkte interviews	
E Datapreparatie: labellijsten	

Voorwoord

Als vierdejaars studenten Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool in Ede, stonden wij voor onze afstudeeropdracht. Tijdens het zoeken naar een interessant project kwam ons ter ore dat er bij Beweging 3.0 vragen lagen rond het signaleren en verwijzen door medewerkers uit de divisie Thuiszorg.

Wij namen contact op met de organisatie om ons als onderzoekers aan te bieden. Voor Beweging 3.0 was een onderzoek relevant omdat men juist bezig was om kleinschaliger te gaan werken. De verbinding tussen de divisies Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening, verder te noemen MZD, en Thuiszorg, verder te noemen TZ, stond op de agenda. Zo ging het balletje rollen en kwam dit onderzoek tot stand.

Omdat wij beiden een arbeidsachtergrond hebben in de zorg interesseerde dit project ons zeer. Na een oriënterend gesprek met de directeur van MZD/TZ en beleidsmedewerkers zijn wij er enthousiast mee aan de gang gegaan. In het begin werkten wij samen met Ellen Waalewijn, beleidsmedewerker MZD, die halverwege het project vertrok om elders te gaan werken. Toen nam Hester Frank, manager Thuisbegeleiding, het over en zij begeleidde ons vanuit het werkveld samen met Tineke Gommans, teamleider TZ. We willen hen allen hartelijk bedanken voor de prettige samenwerking.

Degene die met het idee voor dit onderzoek kwam, is Henk Baron, maatschappelijk werker bij Beweging 3.0. Hij was degene die ons vertelde dat er vragen lagen rond dit onderwerp. Wij danken hem daarom hartelijk voor deze suggestie! Het is een enerverende afstudeerperiode geworden.

Vanuit de CHE hebben wij voor ons plan van aanpak samengewerkt met Wilma Corsel, wij danken haar voor haar feedback tijdens de start van dit project. Wij bedanken ook onze docent Erik Arendsen, die als organisatiesocioloog met ons heeft meegekeken om de onderzoeksresultaten te duiden.

Het onderzoek werd vanuit de opleiding begeleid door Alie Wiertsema. Zij heeft ons ondersteund in moeilijke momenten, dacht met ons mee en hielp ons op gang om alle bevindingen op papier te krijgen. En zoals u voelt aan de omvang van dit document, waren dat er niet weinig. Wij bedanken haar hartelijk!

Dank ook aan Bart Reijnen, voor zijn steun. Door de ziekte MS is hij afhankelijk geworden van zorg en hulpmiddelen, maar vanuit zijn achtergrond als bedrijfskundig adviseur vroeg hij geïnteresseerd naar de vorderingen in het onderzoeksproces en dacht daarover mee. We bedanken Conny Schutte die, tussen haar HAVO-examens door, dit rapport naliep op taal- en spellingsfouten.

Tot slot: dank aan alle andere mensen in onze omgeving, die met ons hebben meegeleefd, geduld hadden met onze 'afwezigheid' en die ons steunden tijdens dit werk.

Samenvatting

Hieronder vindt u dit onderzoeksverslag beknopt weergegeven:

Beweging 3.0 wil de cliënt de beste zorg leveren door een integraal aanbod. Het is dan van belang dat verschillende functionarissen met elkaar samenwerken. De organisatie heeft door ons laten onderzoeken hoe de verbinding tussen de divisies Thuiszorg (TZ) en Maatschappelijk Zorg en Dienstverlening (MZD) geoptimaliseerd kan worden. Met dit onderzoek willen wij aan die verbinding een bijdrage leveren.

Het doel van dit verslag is te rapporteren wat de aanleiding en de motivatie is voor dit onderzoek, tegen welke achtergrond het onderzoek zich afspeelt, welk doel dit onderzoek heeft en wat het resultaat is van het onderzoek.

Het onderzoek hebben wij uitgevoerd door het beantwoorden van de vraag:

“Op welke wijze kan de verbinding tussen de divisies TZ en MZD van Beweging 3.0 geoptimaliseerd worden?”

Met dit onderzoek inventariseerden wij de factoren die van invloed zijn op de verbinding en onderzochten wij hoe de verbinding geoptimaliseerd kan worden. Wij hebben dit onderzoek uitgevoerd door middel van enquêtes, interviews, informatie uit de organisatie, onderzoek naar maatschappelijke ontwikkelingen en literatuurstudie.

Onze voornaamste conclusies en aanbevelingen zijn:

Er is onbekendheid met het aanbod van MZD

Aanbevelingen:

- Faciliteren van kennismaking tussen medewerkers MZD-TZ op wijkniveau, met als doel afstemming over visie en werkwijze (met behulp van casuïstiek).
- Informatie over (toekomstige) aanbod MZD
- Informatie verspreiden over de uitkomsten van het onderzoek aan de medewerkers van beide divisies zodat het thema opnieuw onder de aandacht wordt gebracht
- De verbinding op alle niveaus (management en werkvloer) op de agenda houden

De werkwijze MZD is van invloed op de verbinding

Aanbevelingen:

- Gezamenlijk visie ontwikkelen over aanbod voor TZ-cliënten
- Uitvoerende medewerkers van beide divisies in projectgroepen laten samenwerken om tot een passende aanpak te komen

Er is onduidelijkheid in de structuur, de route voor verwijzing van signalen (TZ)

Aanbevelingen:

- Competenties van TZ-medewerkers benutten en versterken
- Vormgeving cliëntenoverleg (tijdsduur, frequenties, agenda)
- Korte lijnen: verwijzing door betrokken medewerker (EVM)
- Duidelijkheid verschaffen over de rol van de huisarts bij een verwijzing

1 Inleiding en achtergronden bij het onderzoek

In dit hoofdstuk vertellen wij u waar het onderzoek over gaat en van waaruit de vragen ontstonden. U vindt in dit hoofdstuk de doelstelling van het onderzoek. We beschrijven de hoofdvraag en de deelvragen die bij dit onderzoek van belang zijn en welke we hebben onderzocht. Daarna volgt de relevantie voor dit onderzoek. Tot slot geven wij aan hoe we dit onderzoek hebben afgebakend en welk resultaat er uit dit onderzoek is voortgekomen.

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

Omdat door een integraal aanbod de beste zorg geboden kan worden aan de cliënt, wil Beweging 3.0 deze ook leveren. Een integraal aanbod betekent dat er bij het bieden van zorg meer gekeken gaat worden naar de totale zorg die een cliënt nodig heeft. Voorheen was sprake van grote teams en een sterke arbeidsdeling. Er werd in de zorg veel gewerkt op specialisatie. Dit komt o.a. doordat de financiële middelen van waaruit deze zorg kan worden geboden komt uit verschillende bronnen, te weten de AWBZ, de gemeente en de zorgverzekeraars. De AWBZ financiert de thuiszorg op indicatie, waaronder ook de gespecialiseerde verpleging. De ziektekostenverzekeraars vergoeden de kosten voor huisartsenbezoek maar ook de ondersteunende begeleiding. De gemeente financiert het welzijnswerk waaronder het Maatschappelijk Werk en de Gezondheidsvoorlichting en de Opvoeding. Daardoor is de zorg een lange tijd verdeeld is geweest in aparte gebieden: Wonen, Zorg en Welzijn.

Om meer integraal te gaan werken is het nodig dat medewerkers van verschillende divisies elkaar weten te vinden. In de praktijk bleek dat nog niet zo eenvoudig. Medewerkers van de divisies maatschappelijke zorg en dienstverlening (MZD), waaronder maatschappelijk werk (MW), thuisbegeleiding (TB) en gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) lijken elkaar niet goed bereiken om elkaar in te schakelen ten behoeve van optimale zorg aan de cliënt. Zo is het niet duidelijk in welke mate psychosociale en andere problematiek wordt gesignaleerd door thuiszorgmedewerkers. Mocht deze problematiek wel gesignaleerd worden dan is niet duidelijk waar deze signalen blijven en waar medewerkers de cliënt eventueel naar doorverwijzen.

Meer samenwerking tussen beide divisies kwam op de agenda. Met de reorganisatie van de thuiszorg (TZ) achter de rug en in de tijd van de invoering van een meer wijkgerichte werkwijze van MZD kwam dit HBO-afstudeeronderzoek precies op het juiste moment.

1.2 De vraagstelling (opdracht) en de richtinggevende onderzoeksvragen

In overleg met onze opdrachtgever zijn wij gekomen tot de volgende onderzoeksvraag:

Op welke wijze kan de verbinding* tussen de divisies Thuiszorg en Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening van Beweging 3.0 geoptimaliseerd worden?

*Met verbinding bedoelen wij de lijnen tussen de divisies van Beweging 3.0 langs welke de medewerkers van beide divisies cliënten naar elkaar kunnen doorverwijzen en waarlangs zij mogelijkheden hebben gecreëerd om met elkaar samen te werken en van elkaars expertise gebruik te kunnen maken.

De volgende deelvragen hebben wij onderzocht:

Verbinding

Welke factoren zijn van invloed op de verbinding tussen de beide divisies?

- a. bij TZ
- b. bij MZD
- c. bij het management

MZD

- Op welke wijze kunnen medewerkers MZD hun aanbod onder de aandacht brengen van de medewerkers TZ?
- Hoe kan de divisie MZD zicht krijgen op de problematiek die de medewerkers TZ in hun werk tegenkomen, hoe krijgen zij meer zicht op (het netwerk van) de TZ-cliënten (de 1^e lijn)?

TZ

- Hoe kunnen medewerkers TZ hun signalerende taak vormgeven en helder krijgen wanneer hun cliënten in aanmerking komen voor het aanbod van MZD?
- Op welke wijze kunnen zij deze doorverwijzing praktisch vormgeven?

Borging

- Hoe kan de verbinding tussen de divisies MZD en TZ onder de aandacht gebracht worden en welke randvoorwaarden zijn nodig om de verbinding tussen de divisies te behouden?

1.3 Doelstellingen

Het doel dat wij voor ogen hebben luidt als volgt:

- Duidelijk is wat de medewerkers van de divisie MZD kunnen betekenen voor de cliënten en medewerkers van de divisie TZ.
- Maatschappelijk werkers en thuisbegeleiders doen bij voorkeur een beroep op de 'eigen' thuiszorg als deze moet worden ingezet en als dat niet mogelijk is daarbuiten.
- Medewerkers TZ doen bij voorkeur een beroep op het aanbod van de divisie MZD van Beweging 3.0 wanneer zij signaleren dat cliënten deze zorg nodig hebben.
- Helder is wat beide afdelingen nodig hebben om met elkaar in verbinding te zijn, zodat de doelstelling van Beweging 3.0: 'wonen, zorg, welzijn en gezondheid met elkaar verbinden', op optimale wijze vorm wordt gegeven.

Met dit onderzoek willen wij een bijdrage leveren aan de verbinding tussen beide divisies, die gezamenlijk de zorg aan de cliënt willen optimaliseren door het realiseren van een integraal aanbod.

1.4 Verbinding

De vraag van het management van de divisies TZ en MZD is, welk beeld de beide afdelingen van elkaar hebben. Hebben de medewerkers TZ voldoende helder welk aanbod MZD mogelijk voor hun cliënten heeft? Weten de medewerkers MZD welke problematiek de medewerkers TZ in hun werk tegenkomen en hoe zij hun aanbod bij de medewerkers TZ onder de aandacht kunnen brengen? Verwijzen medewerkers van MZD zo nodig door naar de thuiszorg van Beweging 3.0?

Mogelijk worden op dit moment potentiële cliënten voor MZD doorverwezen naar andere organisaties die psychosociale hulpverlening aanbieden. De medewerkers MZD zijn met name gericht op de thema's welzijn, wonen en veiligheid en minder op de thema's gezondheid en zorg.

Of er 'contact' is tussen de medewerkers van de verschillende divisies lijkt nu nog erg afhankelijk van de individuele medewerkers en hoe de locatie waar zij werkzaam zijn dit heeft geregeld.

1.5 Afbakening

In de loop van dit onderzoek bleek dat er veel factoren zijn die te maken hebben met de verbinding MZD-TZ en die daarop mede van invloed zijn. Wij hebben deze niet allemaal kunnen meenemen in het onderzoek.

Zo merkten wij dat het wijkgerichte werken in beide divisies wel ter sprake kwam, maar wij hebben dit onderwerp niet in de deelvragen opgenomen.

De invloed die 'mantelzorg' kan hebben op de verbinding van beide divisies is wel als thema naar voren gekomen, maar hebben wij niet verder kunnen onderzoeken vanwege de beperkte tijd die wij beschikbaar hadden.

Ook de samenwerking met Welzijn (SWA) komt zijdelings langs, maar de precieze invloed daarvan op de verbinding hebben wij buiten beschouwing moeten laten (het gaat hierbij om de afdeling Welzijn Senioren en de allochtone zorgconsulenten). Dit om reden dat deze medewerkers - naast het invullen van de enquête - verder geen gebruik maakten van de gelegenheid om een mondelinge toelichting te geven en zo inbreng te hebben in dit onderzoek.

U zult merken dat ons onderzoek meer inventariserend is geworden dan wij aanvankelijk hadden bedacht. Er kwamen veel factoren naar voren die van invloed bleken te zijn op de verbinding. Dit vergde zoveel tijd dat wij ervoor gekozen hebben de hierboven genoemde aspecten niet verder uit te bouwen.

1.6 Relevantie

Dit onderzoek is zeker in deze tijd van bezuinigingen van belang. Zorgorganisaties hebben te maken met gemeenten die staan voor de verdeling van subsidies die besteed mogen worden voor wie dat nodig heeft. Met de opkomende vergrijzing is het noodzakelijk te kijken naar welke functionaris welke zorg kan uitvoeren om optimale dienstverlening aan burgers te realiseren. Het is van belang dat capaciteiten optimaal worden benut. Daarom is goede samenwerking tussen collega's en het inzetten van elkaars expertise onmisbaar.

1.7 Resultaat

Het eindresultaat van het onderzoek bestaat uit een advies aan het management van de divisies MZD en TZ van Beweging 3.0. Deze vindt u in hoofdstuk 8. In ons plan van aanpak schreven wij dat wij mogelijk een checklist met indicatoren of een protocol voor het verwijzen zouden ontwerpen. Gezien de uitkomsten van het onderzoek vinden wij dat echter in dit stadium van de verbinding niet passend.

Conclusie

Beweging 3.0 wil de cliënt de beste zorg leveren door een integraal aanbod. Verbinding tussen de divisies MZD en TZ is daarbij onmisbaar. Goede samenwerking tussen verschillende medewerkers is zeker in deze tijd van bezuinigingen van belang. De organisatie heeft door ons laten onderzoeken hoe de verbinding geoptimaliseerd kan worden. Het onderzoek is meer inventariserend van aard geworden. Wij hebben niet alle factoren die van invloed zijn op de verbinding MZD-TZ in dit onderzoek kunnen meenemen. Met dit onderzoek willen wij een bijdrage leveren aan de verbinding tussen de divisies. Het eindproduct bestaat uit aanbevelingen voor de organisatie.

2 Relevante maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de verbinding MZD-TZ

Ons is gebleken dat de huidige ontwikkelingen in de maatschappij rond de Wmo, namelijk 'De Kanteling' en 'Welzijn Nieuwe Stijl' van invloed zijn op de veranderende werkwijze van MZD. Deze nieuwe werkwijze blijkt een factor van invloed te zijn op de verbinding met de divisie TZ. Daarom geven wij in dit hoofdstuk informatie hier over mee. De eerste paragraaf heeft betrekking op MZD. De tweede paragraaf geeft informatie over landelijke ontwikkelingen in de Thuiszorg.

2.1 Ontwikkelingen van invloed op MZD

We beginnen met citaten uit de brochures 'Wmo' en 'Welzijn Nieuwe Stijl', om duidelijk te maken wat daarmee wordt bedoeld.

Wmo

"De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zorgt ervoor dat iedereen kan meedoen aan de maatschappij en zelfstandig kan blijven wonen. Het gaat bijvoorbeeld om mensen met beperkingen door ouderdom of handicap, een chronisch psychisch probleem, maar ook om vrijwilligers en mantelzorgers. De Wmo is nu bijna vier jaar van kracht. Het is een wet die aanspreekt en inspireert. Overal in het land hebben gemeenten, instellingen en burgers de handen ineen geslagen om de maatschappelijke ondersteuning anders en beter te organiseren: beter beantwoordend aan de vraag, meer gericht op het behalen van resultaten en efficiënter in de aanpak. Hierbij is welzijnswerk weer sterk in beeld gekomen. Gemeenten realiseren zich dat welzijnsorganisaties, waarmee ze al sinds jaar en dag een subsidierelatie onderhouden, de potentie hebben om burgers meer te laten participeren." (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).

Onder de titel De Kanteling wordt een verdere invulling gegeven aan de Wmo. Het volgende gedeelte geeft daarover een toelichting.

De Kanteling

"De wet Wmo is een brede participatiewet die zegt: Iedereen moet kunnen meedoen. In de Wmo is de compensatieplicht opgenomen, die de verantwoordelijkheden van gemeenten regelt om mensen met een beperking en ouderen te ondersteunen. Het proces van gemeenten en burgers om tot een invulling van de compensatieplicht te komen volgens de bedoeling van deze wet, heet De Kanteling. Om dit proces te bevorderen zijn de Chronisch zieken en gehandicaptenraad (CG-Raad), de koepel van landelijke ouderenorganisaties (CSO) en het Programma Versterking ClientenPositie (VCP) het project De Kanteling gestart. Ze werken in dit project nauw samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), die in haar project De Kanteling ondersteunt. Met het project De Kanteling willen CSO, CGRaad en VCP de uitvoering van de Wmo zo 'kantelen' dat participatie van mensen met een beperking en ouderen centraal komt te staan. Dat vraagt een nieuwe manier van denken en doen: vanuit de hele persoon, vanuit oplossingen en niet vanuit bestaande voorzieningen." (Chronisch zieken en gehandicaptenraad Nederland).

Niet alleen met De Kanteling wordt gezocht naar een invulling van de Wmo, ook het project Welzijn Nieuwe Stijl moet een bijdrage leveren aan de uitvoering van de Wmo.

Welzijn Nieuwe Stijl

"Er wordt al veel gerealiseerd. Maar om een stap verder te komen met de vernieuwing en het in volle breedte uitvoeren van de Wmo is meer nodig.

Dit blijkt uit de eerste evaluatie van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en contacten met gemeenten, instellingen en deskundigen.

Vooraf het verbeteren van de (sturing)relatie tussen gemeenten en welzijnsinstellingen en de verbetering van de kwaliteit en professionaliteit van het welzijnswerk kunnen een extra impuls gebruiken.

Om deze impuls te geven, start het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en werkgeversorganisatie MOgroep Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening (W&MD) 'Welzijn Nieuwe Stijl'. Dit programma wil de ingezette lijn van vernieuwing vasthouden en verder versterken, met als doel om de Wmo in volle breedte uit te voeren." (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Het programma geeft aan de hand van een aantal 'bakens' weer wat de bedoeling is van deze impuls. De bakens die vooral van betekenis blijken te zijn bij de verbinding MZD-TZ geven wij hieronder weer:

Baken 1 gaat over de vraag achter de vraag:

"De essentie van vraaggericht werken is er veel meer in gelegen om samen met de burgers op zoek te gaan naar de vraag achter de vraag. Daarom dient ook de houding van aanbodzijde te veranderen. Van professionals wordt een open houding gevraagd. Zij moeten anders gaan luisteren naar hun cliënten, hun deelnemers, hun wijk. Een verstandhouding waarin de burgers zich begrepen en serieus genomen voelen, is de goede basis om samen naar mogelijkheden en alternatieven te zoeken". (www.invoeringwmo, 29-04-11)

Baken 2 zegt dat het nieuwe welzijn gebaseerd moet zijn op de eigen kracht van de burger: "Als de vraag van de burger helder is, vraag je je tegelijkertijd af wie wat doet. Wat kunnen burgers zelf of met behulp uit de sociale omgeving doen? Wat kan de rol zijn van sociale verbanden in wijk of buurt? Hoe kunnen vrijwilligers kunnen worden ingezet? Wat kunnen bureaus en familieleden betekenen bij individuele hulpvragen? Met andere woorden: Wat doen de professionals en wat doen de burgers?"

Baken 3 gaat over 'Er op af': "Deze burgers weten de weg niet te vinden naar ondersteuning. Of wat natuurlijk ook voorkomt, ze zijn op basis van eerdere ervaringen teleurgesteld in de hulpverlening, of vastgelopen in de bureaucratie. Deze mensen worden niet bereikt door ze op te roepen om op kantoor te verschijnen ten einde daar een goed gesprek te voeren. Daar moet de professional op af, en liefst zo snel mogelijke, om erger te voorkomen. Dat gebeurt te vaak niet omdat andere - legitieme - uitgangspunten een direct ingrijpen in de weg staan of lijken te staan. Het gaat dan om privacy, zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid. Die uitgangspunten leiden vaak tot non-interventie, maar dienen kritisch te worden gehanteerd, zeker in het geval van crisissituaties zoals dreigende huisuitzetting, huiselijk en seksueel geweld, kindermishandeling, misbruik van drank en drugs, etc."

Baken 6 gaat over integraal werken: "De vraag centraal stellen vraagt om een integrale en samenhangende aanpak van professionals. De burgers die bij bijvoorbeeld het Wmo-loket, of het maatschappelijk werk aankloppen, hebben meestal problemen die niet door één instelling of één voorziening kunnen worden opgelost. Het gaat vaak om meerdere problemen tegelijk. Problemen die met elkaar samenhangen en dus ook in samenhang moeten worden aangepakt. Als een burger geen werk en daardoor te weinig geld heeft, in een slecht huis woont en spanningen in zijn gezin heeft, ziet hij dat als een ongedeelde vraagstuk. Dienst- en hulpverleners komen niet ver als ze opereren alsof ze op een eiland zitten. Goed met elkaar samenwerken is belangrijk. Nadrukkelijk is hier de invulling van de regierol van de gemeente aan de orde. Het is de gemeente als opdrachtgever en regisseur die bij uitstek geschikt is om partijen bij elkaar te brengen. Op cliëntniveau moeten de aanbieders van ondersteuning zelf de verantwoordelijkheid voor de ketenregie oppakken." (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, MO groep+).

In opdracht van de raad voor maatschappelijke ontwikkeling is onderzoek gedaan naar de toekomst van het sociaal werk in Nederland. Omdat dit onderzoek mogelijk interessant is voor de werkwijze MZD, die van invloed is op de verbinding, geven wij er hier een citaat van weer.

Burgerkracht

Omdat wij in de verbinding MZD-TZ kansen zien om TZ als een vorm van (professionele) 'burgerkracht' te benutten, voegen wij informatie toe over een recent onderzoek naar de toekomst van het sociaal werk in Nederland dat gaat over het benutten van aanwezige kracht in een wijk.

In het onderzoeksessay 'Burgerkracht': 'De Toekomst van het sociaal werk in Nederland', schetsen Nico de Boer en Jos van der Lans, in opdracht van de raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, een nieuw perspectief voor de welzijnssector. "Hun essay laat zien waar de pijnpunten en dilemma's, maar ook de perspectieven en keuzemomenten liggen voor het welzijnswerk." (Raad voor de Maatschappelijke ontwikkeling).

Jos van der Lans, cultuurpsycholoog en publicist, schrijft in dat onderzoeksessay: "Er is een zoektocht gaande naar nieuwe inzichten, andere organisatievormen, intelligente verantwoordingssystemen en een andersoortige professionaliteit. Tijdens die zoektocht wordt steeds duidelijker dat de bestaande institutionele logica van het welzijnsbeleid contraproductief uitpakt: de regels en wetten, de onderlinge verhoudingen. De structuur van instellingen en een bepaald type overheidsbemoeienis sluiten actief burgerschap uit en leiden tot een ernstige versnippering van de aandacht, juist voor de mensen die dit het hardst nodig hebben." (Burgerkracht, p16).

2.2 Ontwikkelingen van invloed op TZ

Dat de signalerende taak van thuiszorgmedewerkers op de maatschappelijke en politieke agenda staat, blijkt uit de twee onderstaande paragrafen.

Ontwikkelingen die te maken hebben met de rol van de (wijk)verpleegkundige

Uit een artikel in V&VN magazine blijkt dat ook de beroepsvereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland zoekende is naar een passend antwoord op de verwachte ontwikkelingen in de zorg: meer chronisch zieken en kwetsbare ouderen en een groeiende zorgvraag. Zij zien de verpleegkundige als spil, schakel in de eerste lijn.

In het artikel 'Verpleegkundige, schakel in een sterke eerste lijn', pleit men voor investering in de beroepsgroep (verpleegkundigen en verzorgenden).

"Mede omdat de verpleegkundige als brug kan fungeren tussen artsen, zorgverleners, cliënten en hun familie. Naast autonomie, zijn laagdrempeligheid en toegankelijkheid waardevolle kenmerken. Verpleegkundigen zijn gemakkelijk benaderbaar en kijken naar de cliënt in relatie tot zijn omgeving met aandacht voor zorg en welzijn.

De wijkverpleegkundige biedt een generalistische blik achter de voordeur en heeft een signalerende functie. Ze krijgt een beeld van de volledige zorgvraag en -behoeften. De wijkverpleegkundige is ook de generalist die kennis heeft van care, cure, welzijn en preventie. Ze coördineert de zorg en stemt deze af met mantelzorgers, de huisarts en andere zorgverleners in de eerste (en soms in de tweede) lijn.

De organisatie en financiering vormen nu nog een belemmering om het vak van wijkverpleegkundige goed vorm te vormgeven. Dat moet veranderen. De afgelopen jaren is bijvoorbeeld de indicatiestelling en uitvoering van de zorg gescheiden.

V&VN wil dat de wijkverpleegkundige de indicatie voor zorg terug krijgt. Indicatie en uitvoering horen volgens hen in één hand." (V&VN, december 2010)

Ook het landelijke project Zichtbare Schakels (ZS) laat zien dat de signalerende taak van de TZ-medewerker in de belangstelling staat. In dit onderzoeksrapport komt u de Zichtbare Schakels regelmatig tegen, daarom vindt u hier informatie over dit project.

Zichtbare Schakels

Het landelijke project 'Zichtbare Schakel, de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt', heeft als doel het verbeteren van een integrale aanpak tussen wonen, zorg en welzijn.

Uit een toespraak van de staatssecretaris van VWS:

“Een wijkverpleegkundige is meer dan een verpleegkundige. Ze heeft ook een signalerende en coördinerende functie en bovendien leert ze mensen de regie over het eigen leven te voeren. Het programma Zichtbare Schakels is er op gericht de wijkverpleegkundige deze spilfunctie in de wijk te laten uitoefenen. Als een wijkverpleegkundige bij iemand thuis komt neemt ze de hele situatie in ogenschouw. En indien nodig legt ze contacten met anderen instellingen, bijvoorbeeld de woningcorporatie, het welzijnswerk, de huisarts en de gemeente. De wijkverpleegkundige heeft een signalerende en coördinerende functie. Dat voorkomt ook dat er allerlei hulpverleners over de vloer komen die van elkaar niet weten wat ze doen. De wijkverpleegkundige is in mijn ogen een onmisbare schakel in de thuiszorg.” (www.rijksoverheid.nl, toespraak 04-02-2010)

Conclusie

De huidige ontwikkelingen in de maatschappij beïnvloeden de werkwijze van MZD en TZ. Participatie van mensen met een beperking en ouderen komt centraal te staan. Dat vraagt om nieuwe werkwijzen. Benutten van de kracht van burgers, outreachend en integraal werken zijn daarbij van belang. ZS hebben met de verpleegkundigen de taak verbindingen tussen vraag en aanbod op wijkniveau te optimaliseren.

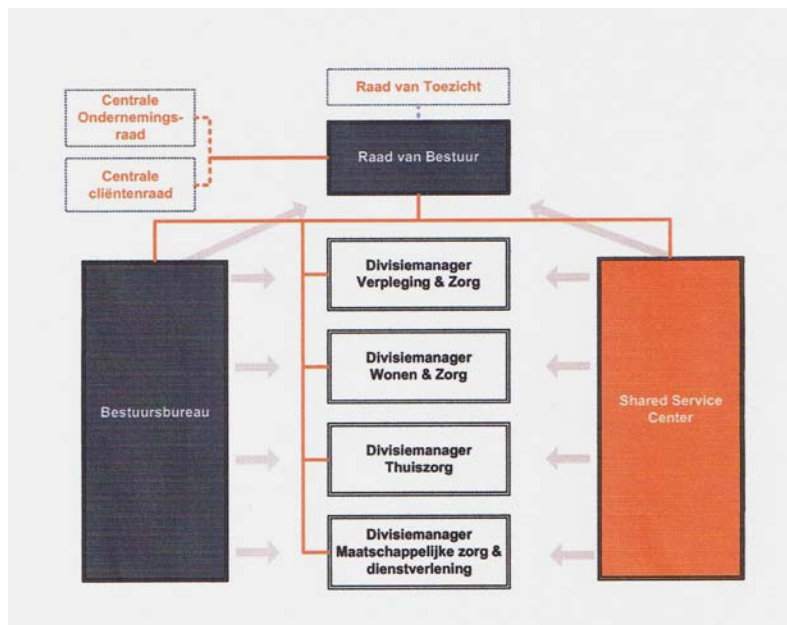
3 Beweging 3.0: Zorgonderneming

Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de organisatie waarbinnen ons afstudeeronderzoek heeft plaatsgevonden. We geven een algemeen overzicht van organisatie en beschrijven vervolgens de divisies MZD en TZ wat uitgebreider. Wellicht is deze informatie u bekend, dan kunt u dit hoofdstuk snel doorbladeren. Wij denken dat het voor lezers die de organisatie (nog) niet goed kennen zinvolle achtergrondinformatie is om dit onderzoeksrapport te kunnen begrijpen.

3.1 Over Beweging 3.0

Beweging 3.0 is een organisatie die voorziet in intramurale en extramurale zorg- en dienstverlening. Ze omschrijft zichzelf als een zorgonderneming die een breed scala aan activiteiten biedt op het gebied van wonen, zorg en welzijn in de regio Eemland. Beweging 3.0 richt zich met name op zorg- en dienstverlening aan cliënten in de derde levensfase.



De onderstaande informatie is overgenomen uit het Jaardocument 2009. Wij vernamen bij de afronding van dit rapport dat bij de aansturing van de divisies wijzigingen hebben plaatsgevonden.

Vier divisies

De kernactiviteiten van Beweging 3.0 worden uitgevoerd in vier divisies, te weten:

- Divisie Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening (MZD);
- Divisie Thuiszorg (TZ);
- Divisie Wonen & Zorg (W&Z);
- Divisie Verpleging & Behandeling (V&B).

Ter ondersteuning van de kernactiviteiten beschikt de organisatie over een Shared Service Center, waarin de afdelingen Financiën en Administratie (F&A), Informatie- en Communicatietechnologie (ICT), Human Resources (HR) en Facility Management (FM) zijn ondergebracht. De Raad van Bestuur en de divisiemanagers worden daarnaast ondersteund door het Bestuursbureau.

Werkgebieden

Beweging 3.0 richt zich primair op zorgkantoorregio Utrecht. De organisatie is werkzaam in de gemeenten Amersfoort, Baarn, Barneveld, Bunschoten/Spakenburg, Eemnes, Ermelo, Leusden, Nijkerk, Scherpenzeel, Soest, Voorthuizen en Woudenberg. Dit gebied omvat de gehele regio Eemland en heeft een omvang van ruim 300.000 mensen.

Missie

Zorg is in beweging en vraagt om beweging. Beweging 3.0 wil het leven van mensen verrijken door zorg op het allerhoogste niveau te leveren. Door op een innovatieve manier, zorg met aandacht te bieden en ervoor te zorgen dat er op de beste manier gewerkt wordt. Beweging 3.0 heeft één helder doel: het leven van haar klanten, in iedere levensfase, zo aangenaam mogelijk maken.

Visie

De markt waarop Beweging 3.0 zich beweegt, wordt bepaald door twee hoofdonderwerpen: zorg en wonen. Onze focus ligt bij Zorg. Beweging 3.0 wil zorg bieden die optimaal aansluit op de vraag en de wens van de klant. Het gaat om zorg die meegroeit en beschikbaar is op het moment dat het nodig is. Zorg die het verschil maakt: met aandacht en inzet van professionals met compassie. Zorg leveren op de plaats die het best past bij de levensfase en de situatie van de klant. Dat kan thuis zijn, maar ook in een dagactiviteitencentrum, een woonzorgcentrum of een verpleeghuis.

Medewerkers

Beweging 3.0 is een organisatie voor mensen door mensen. Zij kan haar visie niet waar maken als zij geen aandacht heeft voor haar medewerkers. Deze medewerkers vormen het kapitaal van de organisatie. Beweging 3.0 wil medewerkers het vertrouwen en de ruimte geven om zo goed mogelijk te kunnen aansluiten bij de vragen en behoeften van de klant en daar waar nodig creatieve oplossingen te zoeken. Daarnaast wil de organisatie oog houden voor de persoonlijke ontwikkeling van medewerkers, waardoor zij tot hun recht kunnen komen en zich voor langere termijn aan de organisatie zullen binden.

Beweging 3.0 in de samenleving

Beweging 3.0 is een maatschappelijk verantwoord ondernemer en draagt daarmee bij aan een leefbare samenleving. Speciale aandacht heeft de organisatie voor de kwetsbaren in de samenwerking, mensen met een grote draaglast en een geringe draagkracht. Door de laagdrempeligheid van voorzieningen als het Maatschappelijk Werk, Welzijn maar ook de Thuiszorg is binnen de organisatie veel kennis aanwezig over de sociale kaart en specifiek deze groep. Deze kennis wordt binnen de organisatie gebruikt om projecten gericht op de mensen die het moeilijk hebben onder de aandacht te brengen van verzekeraars en gemeenten. Hierbij werkt men vaak samen met welzijnsorganisaties maar ook bijvoorbeeld met het GGD, RIAGG, politie of verslavingszorg. Daarnaast gaan Maatschappelijk Werkers zelf de wijk in om mogelijke problemen in een vroeg stadium te signaleren en aan te pakken (outreachinge hulpverlening).

In het kader van maatschappelijk ondernemen is Beweging 3.0 founder van Matchpoint in Amersfoort en Contactpunt MBo (Maatschappelijk Betrokken Ondernemen) in Leusden. Ook werkt de organisatie samen met vrijwilligersorganisaties Ravelijn, UVV en Present. (tot zover de informatie uit het Jaardocument 2009, Beweging 3.0)

Op de website verwoordt Beweging 3.0 haar visie zo:

“Omdat Nederland grijzer, wijzer en bewuster wordt, verandert de zorg. Zorginstellingen beconcurreren elkaar om de gunst van de klant, klanten worden veeleisender, zorg moet aansluiten bij de individuele wensen en eisen van de klant. Meer mensen willen steeds langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

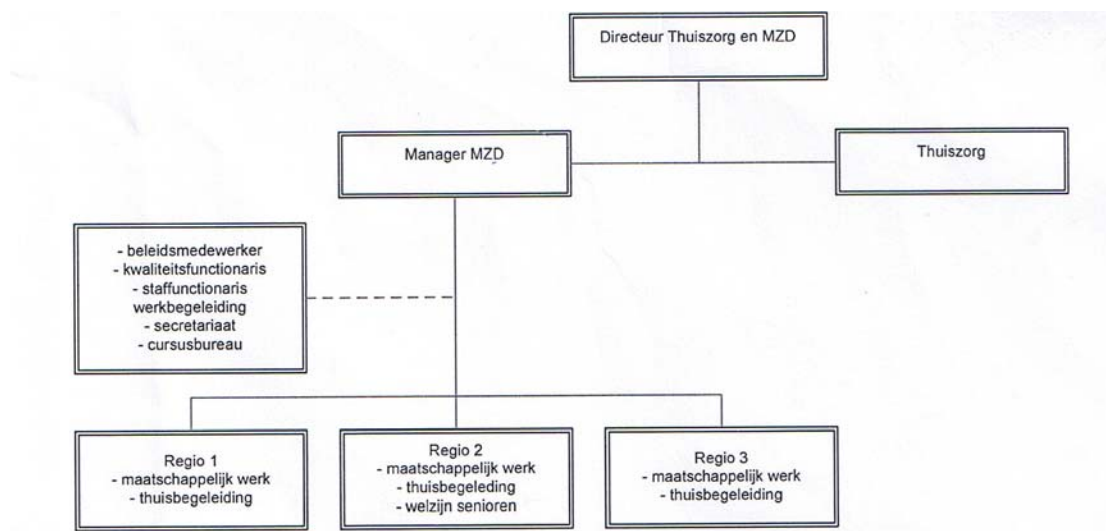
Beweging 3.0 wil andere, meer individuele zorg, die meebeweegt met de persoonlijke leefomstandigheden van de cliënt.

Het doel is niet om de grootste te zijn, maar om de beste te zijn. De organisatie is voortdurend in beweging op zoek naar nieuwe diensten, zorg- en woonvormen, nog betere service, nog meer kennis. Doel is wonen, zorg, welzijn en gezondheid met elkaar verbinden. Bij de visie horen twee kernwaarden. Zij vormen de uitgangspunten voor het beleid, voor de zorg. Deze kernwaarden zijn: betrokken en professioneel.” (www.Beweging3.nl/over ons).

3.2 Divisie Maatschappelijk Zorg & Dienstverlening

Inleiding

Ons onderzoek richt zich op de divisies Thuiszorg en Maatschappelijke Zorg & Dienstverlening. In dit gedeelte van het hoofdstuk beschrijven we wat in het algemeen verstaan wordt onder Thuiszorg, Maatschappelijk Werk en Thuisbegeleiding. Vervolgens de beschrijving hoe Beweging 3.0 de verschillende werksoorten vormgeeft binnen het geheel van de organisatie en welke woorden zij hiervoor gebruiken. Wij zullen hier ook kort beschrijven wat de afdelingen Gezondheidsvoorlichting en Welzijn Senioren inhouden. Binnen MZD is daarnaast ook een advies en steunpunt huiselijk geweld en zijn er zorgconsulenten voor allochtonen gepositioneerd.



(Adviesaanvraag herpositionering MZD en Welzijn Senioren, januari 2011).

Ontwikkelingen divisie MZD in de toekomst

In het divisie jaarplan 2011 van de divisie MZD verwoordt men het als volgt:

“Beweging 3.0 wil meer dan ooit haar positie in de wijken innemen en verder inhoud geven aan het maatschappelijk ondernemen. Verwevenheid met en onderdeel zijn van het sociale netwerk in de wijk. Onze intramurale voorzieningen staan midden in de wijken. Vanuit deze positie kunnen de producten en diensten van wonen en zorg, verpleging en behandeling, thuiszorg en maatschappelijke zorg en dienstverlening prima worden aangewend als een potentieel onderdeel van het stimuleren van de vitaliteit van de wijk. Het gaat hierbij om signaleren van problemen en hierop te anticiperen door innovatieve, duurzame en flexibele (zorg)voorzieningen te creëren, die bijdragen aan burgerschap en betrokkenheid bij de samenleving” (Divisie jaarplan MZD, 2011).

3.1.1 Algemeen Maatschappelijk Werk

In deze paragraaf zullen we eerst beschrijven wat onder Algemeen Maatschappelijk Werk wordt verstaan, vervolgens zullen we beschrijven hoe het Maatschappelijk Werk bij Beweging 3.0 is vormgegeven.

Kerntaak

De MO Groep Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening verwoordt de kerntaak van het Algemeen Maatschappelijk Werk als volgt: 'Mensen helpen op eigen benen te staan en mee laten doen in de maatschappij. In het bijzonder diegenen die dat door één of meerdere problemen even niet kunnen opbrengen. Zoals kansarme jongeren, eenzame ouderen, slachtoffers van huiselijk geweld en mensen met een zware schuldenlast.

De WMO

Via de Wmo zijn gemeenten verplicht burgers te helpen bij het zelfstandig deelnemen aan de maatschappij. Tegelijk heeft de gemeente de taak om een veilige samenleving te creëren. Bij het uitvoeren van deze taken speelt het AMW een belangrijke rol.

De aanpak

De aanpak van het AMW ziet er als volgt uit:

- AMW bevordert de psychosociale zelfredzaamheid van mensen door het voeren van persoonlijke gesprekken met mensen die problemen hebben en biedt praktische en materiële hulp.
- AMW helpt mensen met meerdere problemen (multiproblem cliënten) door de zogenaamde 'outreaching' hulpverlening. Op aanwijzing van bezorgende mensen in de buurt van cliënten neemt AMW zelf contact op met mensen en brengt hun probleem samen met hen in kaart. Vervolgens begeleidt AMW deze cliënten en helpt hen weer grip op hun leven te krijgen.
- AMW bemiddelt tussen cliënt en personen en instanties die de problematiek van de cliënt verergeren.
- AMW legt de focus niet op het probleem, maar op het individu en zijn directe omgeving – en pakt de problematiek samen met de cliënt integraal aan.
- AMW legt verbinding tussen de cliënt en het netwerk dat aanvullende hulp biedt. Zoals de geestelijke gezondheidszorg, woonzorg en integrale schulphulpverlening.
- AMW spreekt ook de sociale omgeving van de cliënt aan. Zodat burens, vrienden en familie actief meewerken aan het oplossen van problemen.

De hulpvragen

In Nederland bieden 107 organisaties voor AMW jaarlijks aan ongeveer 312.000 mensen hulp bij psychosociale problemen. De hulpvragen bij AMW zijn te onderscheiden in drie hoofdcategorieën.

1. psychisch/psychosociaal (o.a. depressies, verslaving, eenzaamheid);
2. relatieproblemen (o.a. scheiding, opvoedproblematiek, huiselijk geweld);
3. sociaal-materiële vragen (o.a. zware schuldenlast, verlies van werk, huisvesting).

De keten

AMW is onder meer actief in scholen, zorgadviesteams, steunpunten huiselijk geweld, centra voor jeugd en gezin, veiligheidshuizen en integrale schuldhulpverlening. AMW geeft hier hulp aan cliënten, maar heeft tegelijk een verbindende rol in de keten en een coördinerende rol tussen organisaties onderling. AMW is zo 'de spin in het web' (Tel uit je winst met AMW, MO Groep Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening).

3.1.2 Maatschappelijk werk binnen Beweging 3.0

Aanbod

Op de website van Beweging 3.0 staat de volgende informatie: "Maatschappelijk Werk houdt dagelijks spreekuur op verschillende locaties. Men kan daar zo binnenlopen. Een verwijfsbrief hiervoor is niet nodig. De maatschappelijk werker werkt samen met de cliënt aan het probleem.

Dat kan een relatieprobleem zijn (met partner, kind of ouders), of een financieel probleem (schulden, onvoldoende inkomen, een conflict over de uitkering). Het kan ook zijn dat men zich zorgen maakt over werk of gezondheid, of moeite heeft om een bepaalde gebeurtenis in het leven te verwerken.

Werkwijze

Individuele hulpverlening

Afhankelijk van de vraag maakt de maatschappelijk werker een afspraak voor een intakegesprek. Tijdens dat gesprek wordt besproken op welke manier het probleem aangepakt kan worden. Het kan zijn dat er vervolggesprekken komen. Het kan ook zijn dat de huisarts of een andere hulpverlener wordt ingeschakeld. Het inschakelen van anderen gebeurt alleen als de cliënt daarvoor toestemming geeft.

Gespreksgroepen en trainingen

Naast individuele hulpverlening organiseert het maatschappelijk werk van Beweging 3.0 verschillende gespreksgroepen en trainingen in de regio Eemland. In een groep ontmoet men andere mensen die dezelfde soort problemen hebben. In de groep kan men van elkaar leren, ervaringen uitwisselen, elkaar steunen en samen zoeken naar oplossingen. Iedereen uit de regio Eemland kan zich voor een groep of training aanmelden, ook zonder verwijzing" ([www.Beweging3.nl/maatschappij 3.0/maatschappelijk werk](http://www.Beweging3.nl/maatschappij%203.0/maatschappelijk%20werk)).

Ontwikkelingen binnen het Maatschappelijk Werk bij Beweging 3.0

"Gezien de maatschappelijke ontwikkelingen staat de divisie MZD voor een behoorlijk aantal uitdagingen en keuzes, deels afhankelijk van de ontwikkelingen die gaan komen. De corebusiness van de divisie MZD is het begeleiden van mensen bij het leren van competenties om zelfredzaam te zijn met als gevolg het bevorderen van de maatschappelijke participatie" (Maatschappelijke ontwikkelingen en strategie divisie MZD 2011-2012) .

Er liggen een groot aantal uitdagingen, maar de belangrijkste uitdaging ligt in de relatie tussen de corebusiness en de komende bezuinigingen en daarin een balans te vinden tussen preventie en hulpverlening. Uitdagingen zijn:

- er voor zorgen dat mensen in de 1^e lijn geholpen kunnen worden met lichte, laagdrempelige hulpverlening (om ergere problematiek te voorkomen: preventie) gericht op zelfredzaamheid.
- Het blijven bieden van een vangnetfunctie voor de kwetsbaren en het voorkomen van wachtlijsten.

Innovatie is nodig om te anticiperen op maatschappelijke ontwikkelingen.

De huidige werkwijze van het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) is een intakegesprek met een aantal vervolggesprekken (in principe maximaal 5, maar verlenging is soms nodig). De vanzelfsprekendheid van de werkwijze van het AMW met intake en een aantal gesprekken wordt losgelaten. Er worden interventies ontwikkeld die de huidige werkwijze aanvullen of kunnen vervangen. Er ontstaat een assortiment interventies dat wordt afgestemd met de interventies van de thuisbegeleiding en Welzijn Senioren. Dit zullen ook meer kortdurende interventies zijn (o.a. activiteiten zonder intake, quick en dirty, themabijeenkomsten, netwerkbijeenkomsten, wegwijs maken). Ook zal meer gebruik gaan worden gemaakt van de toepassing van ICT in interventies (screen-to-screen contact, internethulpverlening, digitale aanmelding/intake, communities etc.). Het resultaat is een afgestemd en integraal assortiment van interventies dat minder arbeidsintensief is met behoud en verbetering van effectiviteit, kwaliteit en toegankelijkheid (Divisie jaarplan MZD, 2011).

3.1.3 Thuisbegeleiding

In deze paragraaf zullen we beschrijven wat in het algemeen onder Thuisbegeleiding wordt verstaan en vervolgens hoe Thuisbegeleiding bij Beweging 3.0 wordt vormgegeven.

“Thuisbegeleiding is een (vaak intensieve) vorm van begeleiding in de leefomgeving van een cliënt(systeem) waarbij het dagelijks handelen en het functioneren van een cliënt(systeem) centraal staat. Het uitgangspunt van thuisbegeleiding is dat iedereen behoefte heeft aan het deelnemen aan de samenleving, ook degenen die zich aan de rand van de samenleving of in isolement bevinden. Thuisbegeleiding biedt hulp aan multiprobleemgezinnen en risicogezinnen, en aan volwassenen met psychiatrische en psychosociale problemen.

Doelstelling

Doel van de begeleiding is: structuur aanbrengen in het dagelijks leven waardoor problemen verminderen en erger voorkomen wordt.

Toegang Thuisbegeleiding

Thuisbegeleiding kan aangevraagd worden via de Wmo of via het CIZ. Na toekenning volgt een eerste huisbezoek en toewijzing van een vaste Na toekenning volgt een eerste huisbezoek en toewijzing van een vaste begeleider.

Kenmerken

Thuisbegeleiding vormt een schakel tussen eerstelijns zorg en tweedelijns hulpverlening in de vorm van behandeling. Thuisbegeleiding is aanvullend op de eerstelijns aandacht. Thuisbegeleiding werkt preventief ten opzichte van de tweedelijns behandeling (Jeugdzorg en GGZ. Zij verbindt de inzet van behandeling met de praktijk van alledag en leidt gericht toe naar andere vormen van hulpverlening” (www.actiz.nl/thuisbegeleiding).

3.1.4 Thuisbegeleiding binnen Beweging 3.0

Positie Thuisbegeleiding binnen Beweging 3.0

Beweging 3.0 heeft Thuisbegeleiding gepositioneerd binnen de divisie MZD.

Aanbod

Op de website van Beweging 3.0 presenteert men het aanbod van Thuisbegeleiding als volgt: het kan zijn dat de problematiek verder reikt dan de lichamelijke verzorging. Mogelijk kan men het huishouden niet goed meer aan of heeft men begeleiding nodig bij de opvoeding van de kinderen. Mogelijk heeft men moeite met het verwerken van een echtscheiding of het overlijden van een partner. Ook kan het gaan om financiële problemen. In die gevallen kan men een beroep doen op de thuisbegeleiding van Beweging 3.0. De thuisbegeleider komt bij de cliënt thuis en bespreekt samen met welke aanpak men het beste geholpen is. In veel gevallen kan de thuisbegeleider de cliënt verder helpen.

Samenwerking

Om cliënten goed van dienst te zijn werkt Thuisbegeleiding samen met andere voorzieningen zoals het Riagg en Bureau Jeugdzorg.

Bij opvoedingsproblemen kan videohometraining een hulpmiddel zijn om de situatie weer te verbeteren (www.Beweging3.nl/maatschappij/thuisbegeleiding).

Ontwikkelingen Thuisbegeleiding binnen Beweging 3.0

In het voorjaar van 2011 wordt het team thuisbegeleiding (dat nu bovenregionaal werkt), geïntegreerd in de huidige wijk- en regioteams van het maatschappelijk werk.

Doelen voor Thuisbegeleiding zijn professionalisering van de Thuisbegeleiding door integratie met de teams maatschappelijk werk in wijken / gemeenten, onderzoek effectiviteit Thuisbegeleiding, ontwikkeling digitaal dossier en aansluiting op het registratiesysteem van het maatschappelijk werk (Divisie jaarplan MZD, 2011).

3.1.5 GVO en Welzijn Senioren

Binnen de divisie MZD zijn ook de afdelingen GVO en Welzijn Senioren gepositioneerd. Hier volgt een korte beschrijving van de werkzaamheden van deze afdelingen.

GVO

De afdeling Gezondheidsvoorlichting en opvoeding organiseert cursussen en bijeenkomsten op het gebied van opvoeding, gezondheid en ziekte. De voorlichtingsactiviteiten aan senioren maken deel uit van de preventieprogramma's depressie en valpreventie. Beide programma's zijn ontwikkeld in samenwerking met o.a. GGD Midden Nederland en Riagg (Brochure Gezondheidsvoorlichting, Beweging 3.0).

Welzijn Senioren

De sector Welzijn Senioren van Beweging 3.0 organiseert en ontwikkelt activiteiten en diensten voor zelfstandig wonende senioren in de gemeente Amersfoort (www.Beweging3.nl/wonen/welzijnsenioren).

De toekomst

Innovatie is nodig om te anticiperen op de maatschappelijke ontwikkelingen. De rol die de afdeling Welzijn Senioren binnen de divisie MZD wordt in het Divisiejaarplan MZD als volgt beschreven:

“Doorontwikkelen van een integrale benadering en een breed pakket van diensten, Wmo-breed. Daarbij ontschotting van disciplines: thuisbegeleiders, maatschappelijk werkers en medewerkers van Welzijn Senioren en GVO gaan samenwerken met één opdracht en verantwoordelijkheid richting één wijk of gemeente.”

3.3 Divisie Thuiszorg

In deze paragraaf wordt beschreven wat Thuiszorg in Nederland inhoudt. Vervolgens wordt beschreven wat Beweging 3.0 onder Thuiszorg verstaat.

Onder Thuiszorg wordt in zijn algemeenheid verstaan:

“Verzorging of verpleging thuis of hulp bij de huishouding. Thuiszorg is bedoeld voor mensen die thuis hulp of begeleiding nodig hebben. Bijvoorbeeld door een ziekte, handicap of ouderdom. Thuiszorg wordt ook wel zorg zonder verblijf genoemd.

Vormen van thuiszorg

Er zijn verschillende vormen van verzorging en behandeling thuis. Zoals medicatie, algemene en specialistische verpleegkundige zorg en revalidatieprogramma's. Sommige vormen kunnen u en uw verzorger(s) zelf uitvoeren, met aanwijzingen van een behandelteam. Bij andere behandelingen is steeds toezicht nodig van een verpleegkundige of therapeut.

Thuiszorg is aanvullende zorg

Thuiszorg is bedoeld als aanvulling op wat uw gezinsleden kunnen doen. Uw gezinsleden kunnen bijvoorbeeld het huishouden (tijdelijk) van u overnemen. Dat wordt ook wel gebruikelijke zorg genoemd.

Thuiszorg aanvragen

Thuiszorg (zorg zonder verblijf) kan men zelf aanvragen bij de gemeente of bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Dit is afhankelijk van het soort zorg die men nodig heeft” (www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/thuiszorg).

3.2.1 Thuiszorg binnen Beweging 3.0

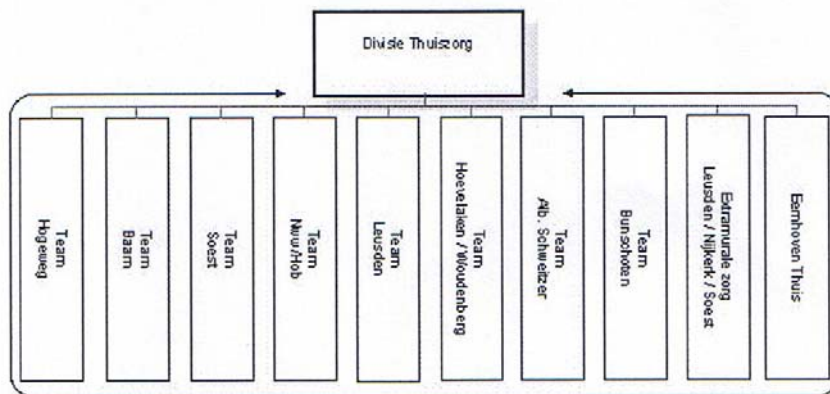
De divisie Thuiszorg (TZ) biedt zorg thuis in de gehele regio Eemland en vervult daarnaast ook de verpleegkundige achterwachtfunctie voor de woonzorgcentra van Beweging 3.0 en enkele andere zorgaanbieders. Het gaat om publiek gefinancierde activiteiten. Alleen de personenalarmering kent een particuliere financiering. De divisie Thuiszorg bestaat uit de volgende onderdelen: Verzorging, Verpleging, Gespecialiseerde Verpleging en Personenalarmering.

Ouderen die graag thuis in hun vertrouwde omgeving willen blijven wonen, maar zorg, verpleging, begeleiding of behandeling nodig hebben, kunnen gebruik maken van thuiszorg. De zorgvraag kan van lichamelijke, psychische of psychogeriatrische aard zijn. De thuiszorg is 24 uur per dag, zeven dagen per week bereikbaar en kan naar gelang de behoefte van de cliënt, tijdelijk of langdurig worden ingezet.

Ook vanuit verschillende zorglocaties kunnen vormen van (thuis)zorg en dienstverlening, waaronder maaltijdvoorziening en alarmopvolging, worden aangeboden.

Door integratie van de sector Amant V&V en de onderdelen Laak & Eemhoven Thuis en Extramurale zorg Leusden/Nijkerk/Soest van zorggroep Laak & Eemhoven is de divisie Thuiszorg ontstaan. De structuur wordt aangegeven in het schema hieronder (intranet.beweging3.nl):

Overzicht divisie Thuiszorg 3.0



“Zorg Thuis geeft hulp aan ouderen, zodat zij een zo comfortabel mogelijk leven kunnen blijven leiden in hun eigen vertrouwde en veilige omgeving.

Voor mensen die thuis meer comfort willen, voor mensen die zich niet meer zo zeker en veilig voelen in hun thuissituatie, voor mensen die hulp nodig hebben om zich thuis zelf te kunnen redden, voor mensen die na een ziekenhuisopname tijdelijk wat extra hulp nodig hebben, maar ook voor mensen in hun laatste levensfase. Zorg Thuis werkt met kleine teams van verzorgenden en verpleegkundigen. Medewerkers werken samen met mantelzorgers en andere zorg- en hulpverleners en coördineren indien nodig de zorg” (www.beweging3.nl/zorg/zorgthuis).

Onze werkbegeleider mailde ons de volgende informatie: “De divisie thuiszorg is een platte divisie: er is een divisiedirecteur en onder haar geven 10 teamleiders leiding aan 10 locaties, die weer onderverdeeld zijn in 29 of 30 wijkteams. De teamleiders geven direct leiding aan de uitvoerende medewerkers”.

De Kaders

Een voorbeeld van een teamplan thuiszorg laat zien dat een wijkteam een beperkte omvang heeft van 12 tot 15 medewerkers. De verhouding van deskundigheid is maximaal 40% verzorgenden en 60% verzorgenden individuele gezondheidszorg, verder te noemen ‘verzorgenden i.g.’ en verpleegkundigen.

Men hanteert een werkwijze die zich richt op de klantvraag en de behoefte van de klant en de kwaliteiten en capaciteiten die de teamleden hebben en kunnen ontwikkelen.

Primaire taken wijkteam

De afstemming van roosters/planning en uitvoering van de zorg ligt bij het team. Het team is verantwoordelijk voor het binnen de normproductiviteit oplossen van planningsvraagstukken en het uitvoeren van zorg. De medewerkers coördineren en plannen zelf de zorg. Klanten worden in en uit zorg genomen door het team en de bereikbaarheid borgt het team zelf. Verder onderhoudt het team op klantniveau contact met huisartsen en transferverpleegkundigen.

Verantwoordelijkheid wijkteam

- Kwaliteit van zorg
- Productiviteit/Effectiviteit
- Rechtmatigheid van zorg (declarabel)
- Leverbetrouwbaarheid
- PR activiteiten

(Teamplan thuiszorg, team Hoogland Amersfoort Noord, Zorg Thuis).

Ontwikkelingen binnen de Thuiszorg bij Beweging 3.0

De eerdergenoemde kaders zijn richtinggevend. Nog niet in alle teams is de structuur en werkwijze volledig ingevoerd. Zij maken deel uit van een 'toekomstplan' om de divisie Thuiszorg rendabel te krijgen. Hierin zijn een aantal strategische keuzes genomen over de doelgroep en de dienstverlening. De effectuering van het plan is eind 2009 in gang gezet. Om de lezer zicht te geven op de ontwikkeling van de divisie Thuiszorg in de afgelopen twee jaar, kiezen we ervoor de gemaakte keuzes hieronder te beschrijven.

Keuze

De divisie Thuiszorg wil zich primair richten op de chronische zorg voor ouderen.

Werkwijze

Verder werd gekozen voor de werkwijze waarbij de zorg vanuit kleinschalige wijkgerichte teams geleverd wordt. Wijkteams plannen en coördineren zelf de zorg. De differentiatie in functies is daarbij geminimaliseerd en er vindt een forse reductie plaats op overheadfuncties. De wijkteams gaan zelf plannen met een nieuw cliëntplanningssysteem. Dit plan is eind 2009 in gang gezet en wordt nog voortgezet.

Zorgleefplannen

Tijdens de interviews met medewerkers bleek dat de (nieuwe) Zorgleefplannen een belangrijke rol spelen in de signalerende taak van de TZ-medewerkers. Voor ons reden om iets over de invoering van de Zorgleefplannen op te nemen in dit hoofdstuk.

In 2009 is een start gemaakt met de implementatie van Zorgleefplannen op basis van de Normen voor Verantwoorde Zorg Thuis (NVT). In twee 'pilotregio's' is met behulp van alle betrokken teamleden en hun cliënten het landelijke model voor een Zorgleefplan op basis van de NVT aangepast aan de gewenste manier van verzorgen en verplegen in de thuissituatie van Beweging 3.0. Het eindresultaat, een samenhangend en gebruiksvriendelijk cliëntdossier, was eind maart 2009 gereed. Het Zorgleefplan (ZLP) is voor advies voorgelegd aan de divisie cliëntenraad (DCR) Thuiszorg.

In mei 2009 is de implementatie van dit Zorgleefplan (ZLP) en bijbehorende scholing van teams gestart. Alle teams zijn geschoold in het '4 domeinen denken' en medewerkers hebben een waaier met overzicht van de 4 domeinen gekregen dit zijn:

- lichamelijk welbevinden
- woon- en leefomstandigheden
- participatie / deelname
- mentaal welbevinden.

(Jaardocument 2009, Beweging 3.0). Er vindt halfjaarlijks een evaluatie van het Zorgleefplan plaats met de cliënt.

Project Zichtbare Schakels

Binnen de divisie Thuiszorg zijn ook de ZS gepositioneerd. We beschrijven hier hoe het project binnen Beweging 3.0 is vormgegeven. Reden hiervoor is dat signaleren en verwijzen belangrijke taken zijn van de ZS.

In hoofdstuk twee trof u informatie over het landelijke karakter van het project 'Zichtbare Schakels' aan. In dit hoofdstuk beschrijven wij de toepassing bij Beweging 3.0. De volgende informatie is overgenomen uit de subsidieaanvraag voor het programma 'Zichtbare Schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt' (18-05-2010). Voor de wijk Liendert/Rustenburg. Het project Zichtbare Schakel is een landelijk project van subsidieverstrekker ZonMw.

Door de inzet van wijkverpleegkundigen worden de problemen met name voor kwetsbare groepen teruggedrongen, de zelfredzaamheid bevorderd en de gezondheidssituatie verbeterd. De vraag van de cliënt staat centraal en de omstandigheden in de wijk en haar bevolking bepalen de dienstverlening.

Beoogde resultaten zijn o.a.

- een betere afstemming en samenwerking in de hulpverlening
- waar dat nodig is wordt de (multidisciplinaire) zorg goed gecoördineerd
- cliënten krijgen informatie voor hun keuzes ten aanzien van hulp- en dienstenaanbod en passende interventies
- de doorverwijzing en toeleiding naar hulpaanbod geschiedt middels een protocol en (warmer) overdracht

In de ontwerpfase wordt ontwikkeld:

- een samenwerkingsplan
- een voorstel voor uitbreiding van het aantal cliëntoverleggen

Samenwerking

Bij samenwerking tussen de verschillende disciplines is herkenning van elkaar competenties, verantwoordelijkheden en rollen en het maken van goede afspraken van groot belang.

Er wordt met een kleinschalig, buurtgericht team gewerkt (wijkteam) dat bestaat uit wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Het wijkteam zal centraal staan in een brede samenwerking. In de eerste omliggende schil wordt zeer intensief samengewerkt met de huisartsenpraktijken, de maatschappelijk werkers, de allochtone zorgconsulenten en de thuisbegeleiding. In de loop van het project zullen samenwerkingsafspraken met elkaar gemaakt worden en wordt toegewerkt naar een meer structurele vorm van samenwerking in de vorm van casusoverleggen.

Instrumenten en informatie, die gebruikt worden bij de uitvoering van de huisbezoeken zijn o.a. een protocol voor de informatie-, advies-, en verwijzfunctie. In het protocol staat per onderwerp kort weergegeven welke voorlichting, informatie en/of advies gegeven kan worden.

De gemeente Amersfoort heeft een nieuwe visie op het Welzijnswerk ontwikkeld (Visie op welzijnswerk Amersfoort 2010-2015), waarin wordt ingezet op wijkgericht werken, het ondersteunen van kwetsbare inwoners en het faciliteren van initiatiefrijke inwoners. De gemeente Amersfoort wil in iedere wijk een team van professionals, die in beeld brengen wat het aanbod is aan activiteiten, functies en gebouwen en vervolgens een sociale agenda maken per wijk. De sociale agenda vormt de basis waarop de gemeente de benodigde inzet van het welzijnswerk kan toewijzen.

Het project is tijdelijk: de duur is 26 maanden en in de Amersfoortse wijken Liendert en Rustenburg is het ingegaan op 01-11-2010. In de andere Amersfoortse wijken Kruiskamp en Koppel loopt het project al langere tijd.

De omvang van dit hoofdstuk laat zien dat Beweging 3.0 een grote organisatie is, met recht een zorgonderneming.

4 Gebruikte methoden bij het onderzoek: een samenvatting

Inleiding methoden

In dit hoofdstuk geven we een korte samenvatting van de wijze waarop wij het onderzoek hebben uitgevoerd. In bijlage A treft u een uitgebreide beschrijving aan van de gebruikte methoden.

Het eerst deel van het onderzoek is te definiëren als een behoefte-onderzoek. Er vindt een inventarisatie van het probleem plaats. Het tweede deel is te definiëren als een ontwikkelingsonderzoek waarbij gekeken wordt op welke manier problemen kunnen worden opgelost.

We hebben ons in het onderzoek gericht op de medewerkers en het management van de beide divisies en hen daarmee betrokken in ons onderzoek. Om zoveel mogelijk informatie te verzamelen hebben wij ervoor gekozen zowel gebruik te maken van een enquête als van interviews.

4.1 De enquête

Inleiding

De eerste fase van het onderzoek heeft bestaan uit een enquête die is verspreid onder de medewerkers van de twee divisies. Er zijn twee versies van de enquête opgesteld: één voor de medewerkers van de divisie Thuiszorg en één voor de medewerkers van de divisie Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening. De beide versies van de enquête treft u aan in bijlage B. Doel van deze enquête was vooral het verkrijgen van kwantitatieve gegevens. De enquête was van belang voor het beantwoorden van onze eerste deelvraag: *‘Welke factoren zijn van invloed op de verbinding tussen de beide divisies?’*

We hebben ervoor gekozen alle medewerkers een enquête te zenden om op deze manier zo breed mogelijk informatie te verzamelen. Bijkomend effect zou kunnen zijn dat medewerkers door het ontvangen van de enquête zich reeds bewust worden van de mogelijkheid tot samenwerking met medewerkers van de andere divisie.

Respons

Binnen de divisie Thuiszorg is de enquête onder ongeveer 508 medewerkers verspreid. 83 medewerkers hebben de enquête ingevuld. Dit is een respons van 16%.

Bij de divisie Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening hebben 80 medewerkers de enquête ontvangen. 49 medewerkers hebben deze ingevuld. Dit is 61%.

4.2 De interviews

Inleiding

In vervolg op de enquête hebben wij interviews gehouden met medewerkers in wisselende samenstelling. De interviews waren bedoeld om een kwalitatief beeld te krijgen van de huidige samenwerking en verwijspraktijk bij beide divisies. Tijdens de interviews is doorgevraagd op belemmerende factoren. Ook hebben wij gevraagd naar wensen voor een goede samenwerking en voorwaarden die nodig zijn om de verbinding tussen beiden divisies te borgen.

Analyse van kwalitatieve gegevens

Om de schat aan informatie die de interviews ons hebben opgeleverd te ordenen en later te kunnen interpreteren, hebben wij deze eerst op methodische wijze geprepareerd en geanalyseerd.

Datapreparatie en data-analyse

Om te komen tot een analyse van de kwalitatieve data hebben wij deze eerst geprepareerd. Alle interviews zijn door ons uitgewerkt in een tekstbestand. Vervolgens hebben wij de tekstbestanden van de interviews gecodeerd op basis van de functie van de geïnterviewden. Vervolgens zijn analyse-eenheden vastgesteld. Hierbij hebben wij gekozen voor tekstfragmenten: globaal zijn dit de antwoorden op de interviewvragen.

De tekstfragmenten hebben we voorzien van een kenmerkende naam, thema of korte omschrijving.

Vervolgens hebben we geprobeerd op een hoger abstractieniveau een bepaalde structuur te ontdekken in de verzameling labels. De thema's die hierbij naar voren kwamen hebben wij verder uitgewerkt in een overzicht. Dit overzicht met zogenaamde kernthema's zullen wij gebruiken bij de beantwoording van de onderzoeksvragen en de conclusies die we daaraan verbinden.

U treft de basisdocumenten van de datapreparatie en –analyse aan in bijlage E.

5 Resultaten uit de enquête

Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven wij de resultaten van de enquête. In een combinatie van tekst en grafieken maken we duidelijk welke informatie uit de enquête naar voren is gekomen. De twee versies van de enquête met de volledige uitkomsten zijn als bijlage B toegevoegd.

Aan de medewerkers van de divisie TZ en de divisie MZD is een verschillende versie van de enquête toegezonden. Zoals u in onze deelvragen leest willen wij van beiden divisies weten welke factoren volgens hen van invloed zijn op de verbinding. Daarnaast hebben wij ook per divisie specifieke deelvragen opgesteld. In de onderstaande tekst en grafieken wordt per enquêtevraag aangegeven aan welke divisie de vraag werd gesteld. De enquêtevragen aan de verschillende divisies zijn, waar het dezelfde vraag betrof, gebundeld. Om het onderscheid in antwoorden van TZ en MZD duidelijk te maken zijn sommige vragen in één grafiek samengevoegd. Verder zijn de vragen op onderwerp gebundeld, in de volgende paragrafen:

- 5.1 Respons
- 5.2 Algemene informatie uit de enquêtes
- 5.3 Vragen over verwijzen
- 5.4 Vragen over factoren die van invloed zijn op de samenwerking
- 5.5 Vragen over wederzijdse bekendheid
- 5.6 Vragen over signaleren
- 5.7 Vragen over andere (thuis)zorgaanbieders en hulpverleningsinstanties
- 5.8 Overige vragen
- 5.9 Conclusies

Eventuele bijzonderheden staan cursief gedrukt bij de betreffende vraag.

De enquête was bedoeld om ons een algemeen beeld te geven van de huidige 'stand van zaken' ten aanzien van de verbinding. De enquête was inventariserend van aard en bedoeld om ons met name van kwantitatieve informatie te voorzien.

5.1 Respons

Zoals al eerder aangegeven is de respons vanuit MZD hoog en vanuit TZ laag. Mogelijk is de respons vanuit TZ 'technisch' gezien hoger: ons is niet duidelijk geworden onder welk aantal medewerkers de enquête daadwerkelijk is verspreid.

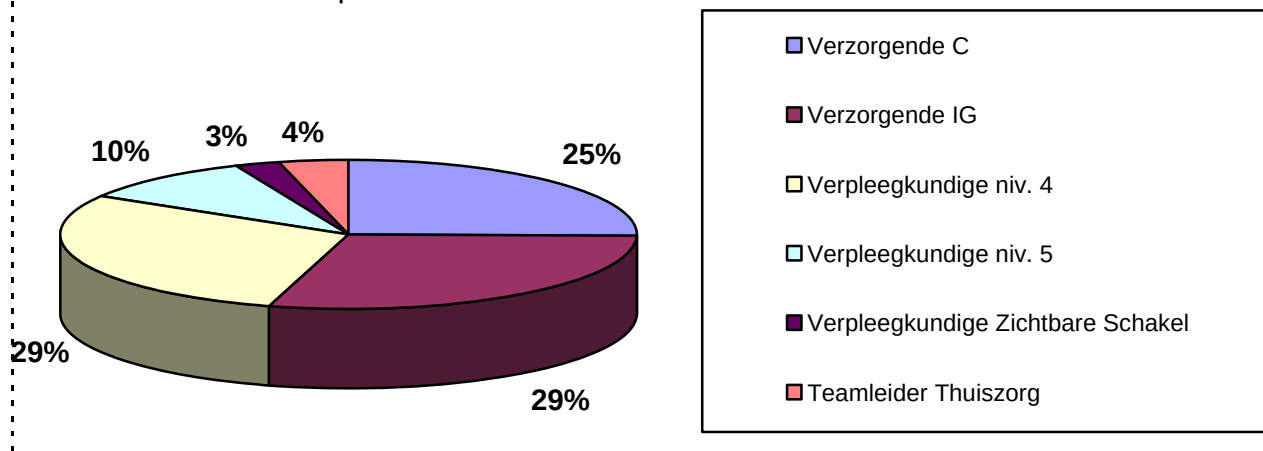
MZD: 61% respons
TZ: 16% respons

Vraag aan MZD: welke functie hebt u?

Maatschappelijk werker: 53%
Thuisbegeleider: 47%

Vraag aan TZ: welke functie hebt u?

Grafiek 1: functie respondenten TZ

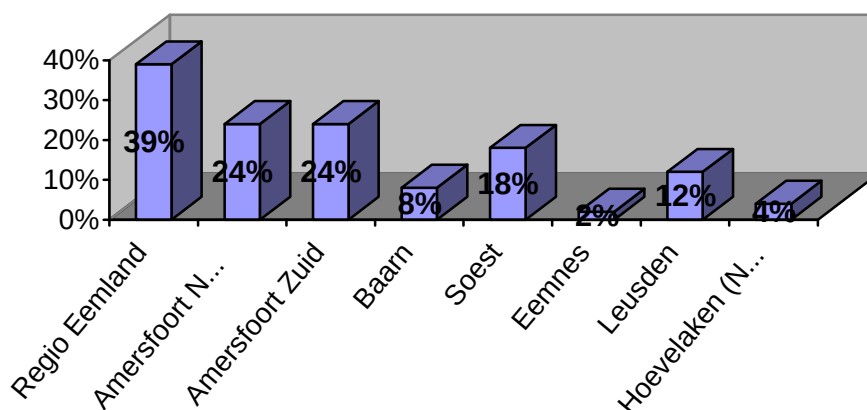


5.2 Algemene informatie uit de enquête

Om een algemeen beeld te kunnen vormen van de respons op de enquête hebben wij de respondenten van beide divisies gevraagd naar hun 'standplaats'. We hebben hiervoor gebruik gemaakt van de globale indeling zoals aangeleverd door onze werkveldbegeleiders. De verdeling per werklocaties treft u aan in de bijlage.

Vraag aan MZD: ik ben werkzaam in:

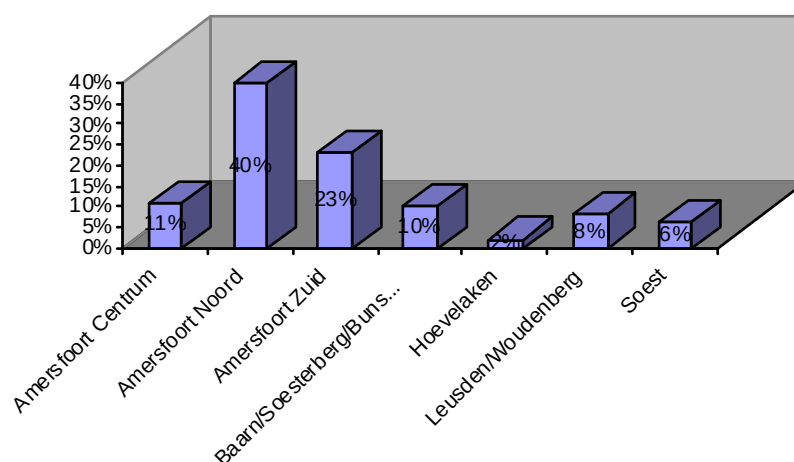
Grafiek 2: gemeente of wijk waar respondenten MZD werkzaam zijn



Opvallend is dat een groot deel van de respondenten MZD werkzaam is in de gehele regio Eemland. Dit zijn de medewerkers Thuisbegeleiding.

Vraag aan TZ: ik ben werkzaam op de locatie:

Grafiek 3: werklocatie TZ-respondenten



Opvallend is de hoge respons uit Amersfoort Noord. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat onze werkveldbegeleider hier teamleider is. Zij heeft haar medewerkers mogelijk (meer) gemotiveerd aan het onderzoek mee te werken.

Vraag aan beide: deelt u de werklocatie met medewerkers van de andere divisie?

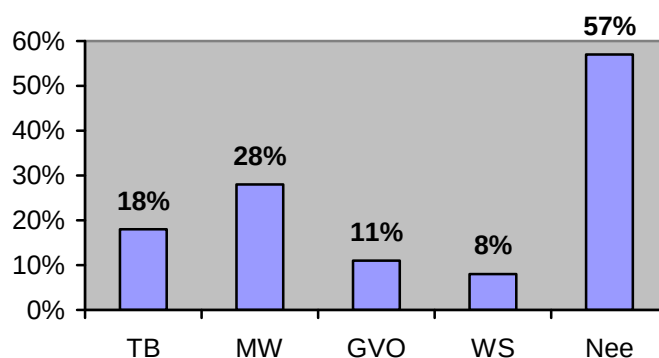
TZ-respondenten: 59% deelt de werklocatie met het MW
MZD-respondenten: 45% deelt de werklocatie met TZ

Hierbij moet worden opgemerkt dat de Thuisbegeleiders, die bijna de helft van de MZD respondenten waren, nu nog vanuit de hoofdlocatie van Beweging 3.0 op de Computerweg in Amersfoort werkt.

5.3 Vragen over verwijzen

Vraag aan TZ: verwijst u wel eens naar MZD?

Grafiek 4: verwijzingen naar MZD door TZ



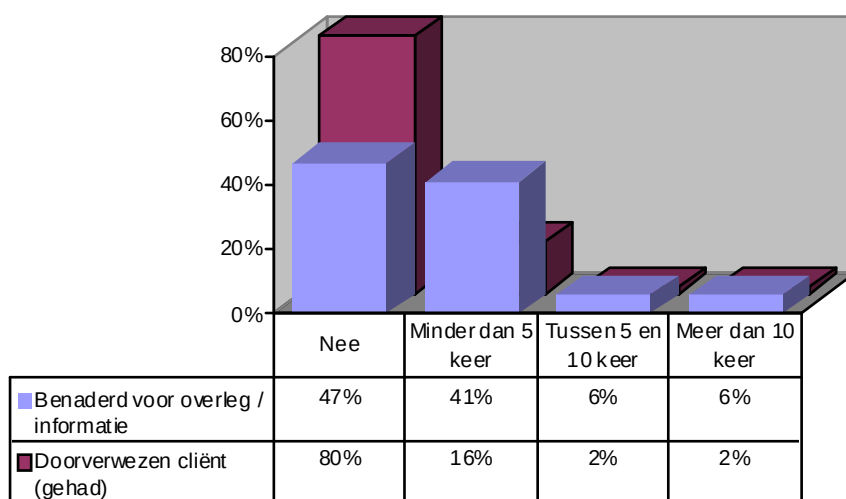
Vraag aan MZD: hebt u cliënten verwezen naar TZ in het afgelopen jaar?

Nee: 65%
Minder dan 5 keer: 29%
Tussen 5 en 10 keer: 6%

Vragen aan MZD:

- Bent u wel eens benaderd door een medewerker TZ voor informatie / overleg in het afgelopen jaar?
- Had u in het afgelopen jaar een cliënt, die is verwezen vanuit TZ?

Grafiek 5



Vraag aan MZD: welke functie had de verwijzende medewerker TZ?

Weet ik niet: 31%
Verpleegkundige: 18%
Verzorgende IG: 2%
Verzorgende C: 2%

Vraag aan TZ: op welke manier verwijst u naar MZD?

36% van de respondenten geeft aan dat de cliënt zelf contact opneemt met MZD
28% van de respondenten neemt zelf contact op met MZD
24% verwijst na overleg met de teamleider

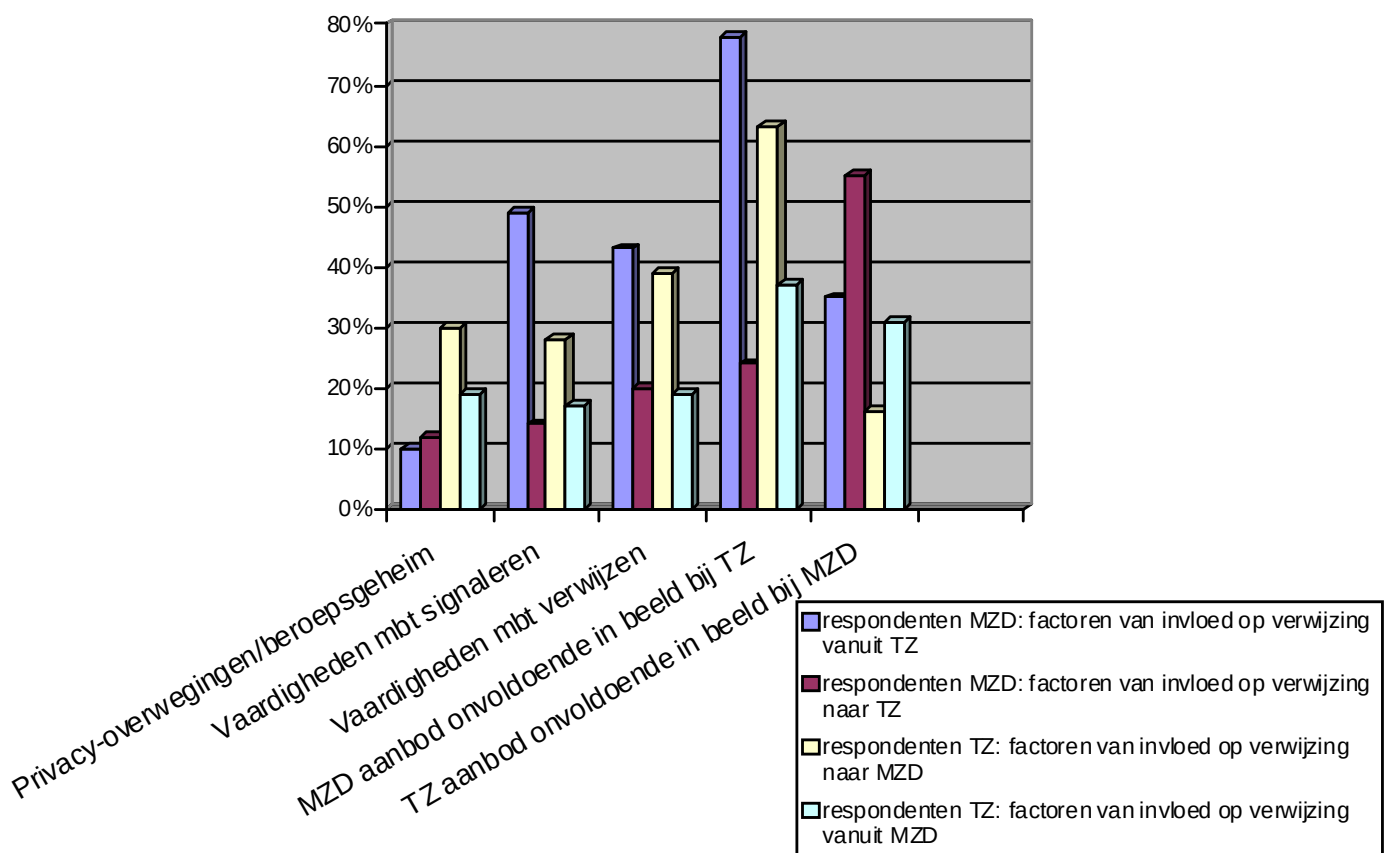
5.4 Vragen over factoren die van invloed zijn op de samenwerking

Vraag aan beide: zijn er belemmerende factoren voor verwijzing naar de andere divisie?

TZ respondenten: 82% zegt 'nee'
MZD respondenten: 78% zegt 'nee'

Vraag aan beide: welke factoren spelen een rol in de samenwerking en verwijzing tussen beide divisies? In grafiek 5 staan de factoren in beeld.

Grafiek 6: factoren van invloed op de samenwerking tussen beide divisies



Enkele opvallende cijfers

MZD over verwijzing vanuit TZ:

- 78% geeft aan dat het MZD aanbod onvoldoende in beeld is bij medewerkers TZ
- 49% geeft aan dat vaardigheden m.b.t. signaleren een factor van invloed zijn

MZD over verwijzing naar TZ:

- 55% geeft aan dat het TZ aanbod onvoldoende in beeld is bij medewerkers MZD

TZ over verwijzing naar MZD:

- 63% geeft aan dat het MZD aanbod onvoldoende in beeld is bij medewerkers TZ
- 39% geeft aan dat vaardigheden m.b.t. verwijzen als factor een rol speelt

TZ over verwijzing vanuit MZD:

- 31% geeft aan dat het TZ aanbod onvoldoende in beeld is bij medewerkers MZD

5.5 Vragen over wederzijdse bekendheid

Vraag aan TZ: weet u van het bestaan van de divisie MZD?

95% van de TZ-respondenten weet van het bestaan van MZD

Vraag aan TZ: weet u wat MZD 'doet' / kent u het aanbod van MZD?

Respondenten TZ: ja, ik ken MZD van:

60%, Maatschappelijk Werk

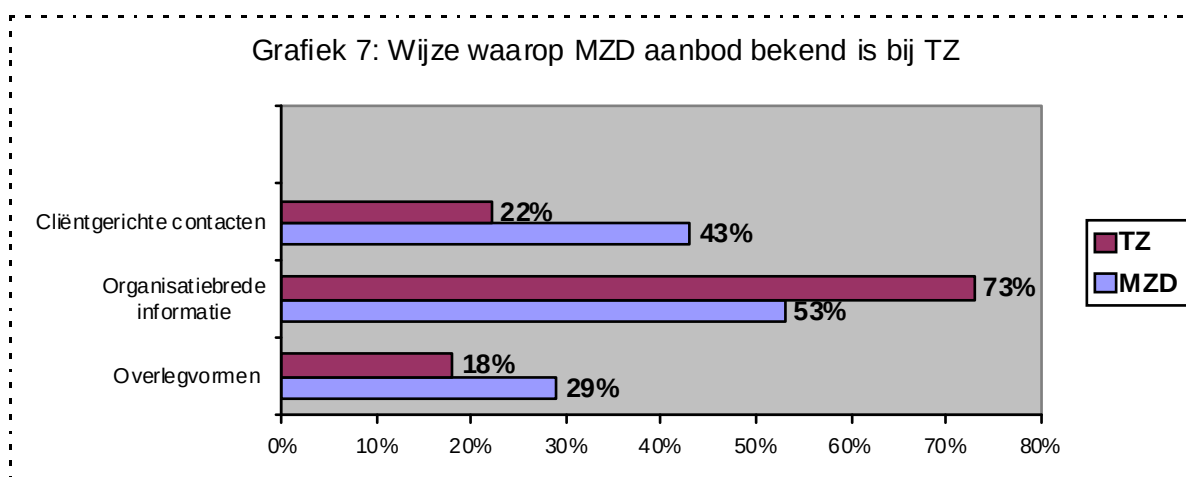
37%, Thuisbegeleiding

33%, Gezondheidsvoorlichting

23%, Welzijn Senioren Amersfoort

29%, nee, ik ken het aanbod van MZD niet

Vraag aan beide: hoe is volgens u het aanbod van MZD bekend bij medewerkers TZ?



Organisatiebrede informatie: folders, website, nieuwsbrieven.

Overlegvormen: Multi Disciplinair Overleg, Buurtnetwerken, etc.

Vraag aan beide: participeren medewerkers MZD en TZ gezamenlijk in overlegvormen en/of netwerken?

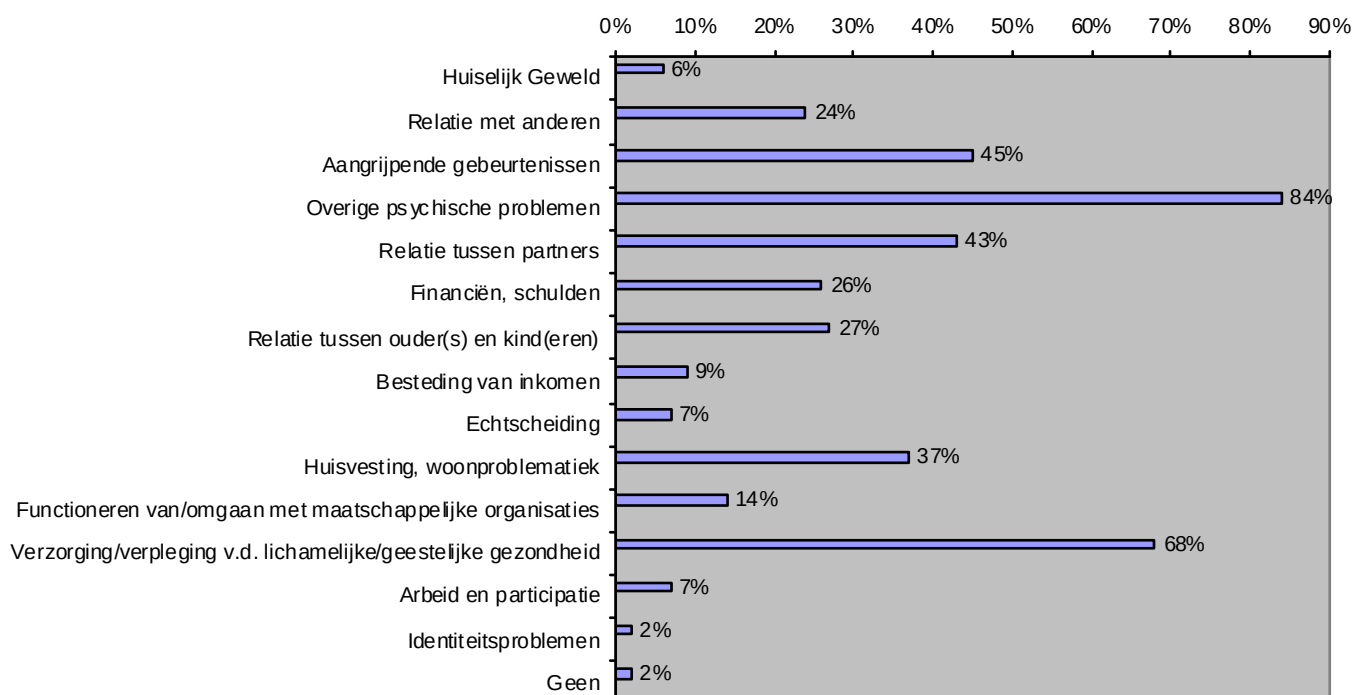
Respondenten MZD: 25% participeert in overlegvormen met TZ-medewerkers

Respondenten TZ: 16% participeert in overlegvormen met MZD-medewerkers

5.6 Vragen over signaleren

Vraag aan TZ: welke problematiek komt u in uw werk tegen?

Grafiek 8: problematiek die TZ medewerkers in hun werk tegenkomen



Om de problematiek te kaderen hebben wij gebruik gemaakt van een overzicht van de 'problematiek casussen 2009 Amersfoort' uit het inhoudelijke jaarverslag 2009 van de divisie MZD.

Vraag aan MZD: hebt u zicht op de problematiek die medewerkers TZ in hun werk tegenkomen?

65% van de MZD respondenten beantwoordt deze vraag met 'ja'

Vraag aan TZ: met wie overlegt u over de problematiek die u signaleert?

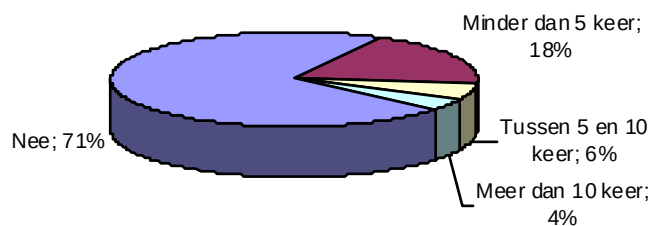
**92%: met collega's
58%: met de cliënt zelf
42%: met de teamleider**

5%: met (de) maatschappelijk werker (in de wijk)

5.7 Vragen over andere (thuis)zorgaanbieders en hulpverleningsinstanties

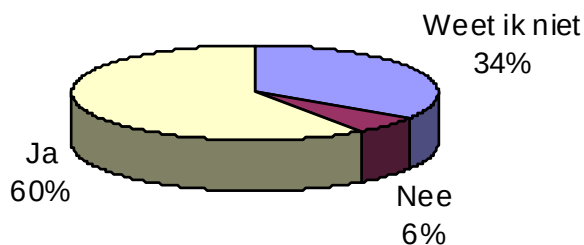
Vraag aan MZD: hebt u cliënten die vanuit een andere (thuis)zorgaanbieder naar u zijn verwezen in het afgelopen jaar?

Grafiek 9: MZD: cliënten die vanuit een andere (thuis)zorgaanbieder zijn verwezen



Vraag aan TZ: hebt u cliënten die elders psychosociale hulpverlening ontvangen?

Grafiek 10: TZ: cliënten die elders psychosociale hulpverlening ontvangen



5.8 Overige vragen

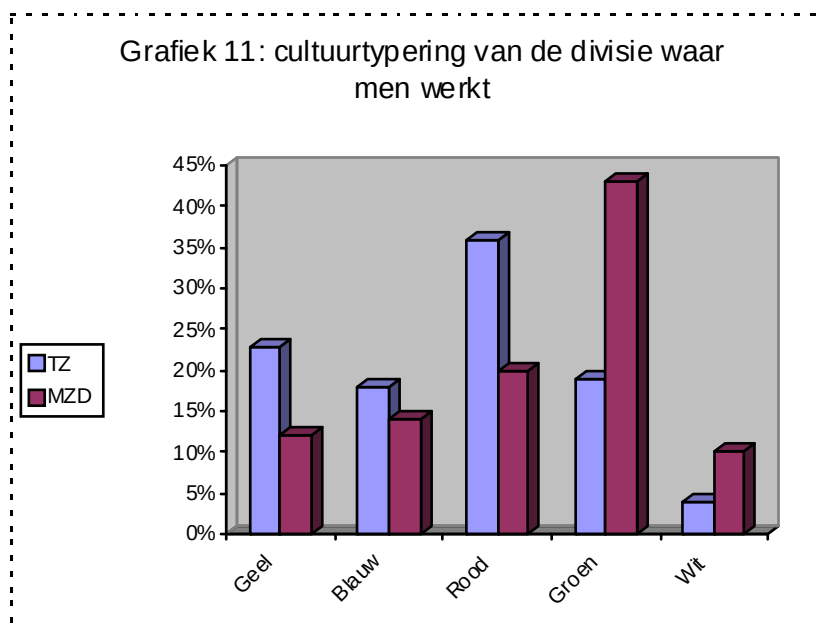
Vraag aan beide: hoe typeert u de cultuur binnen de divisie waar u werkzaam bent?

TZ respondenten:

'betrokkenheid op elkaar en een goed gevoel hebben over het werk'

MZD respondenten:

'we leren van elkaar, we wisselen kennis en ervaring uit'



We hebben bij deze vraag gebruikt gemaakt van de theoretische uitgangspunten van Léon de Caluwé, een Nederlands bedrijfskundige, organisatie-adviseur, en hoogleraar advieskunde aan de Vrije Universiteit. Hij is gespecialiseerd in veranderingsmanagement, en heeft een kleurenmodel voor veranderen ontwikkeld.

We hebben hiervoor de volgende typeringen als optie genoemd:

Geeldrukdenken: Het is belangrijk dat we het met elkaar eens zijn over de doelstellingen van de divisie.

Blauwdrukdenken: We hebben een duidelijk resultaat voor ogen, we werken volgens vaste schema's en protocollen zijn belangrijk.

Rooddrukdenken: Betrokkenheid op elkaar en een goed gevoel hebben over het werk is belangrijk

Groendrukdenken: We leren van elkaar, we wisselen kennis en ervaring uit.

Witdrukdenken: We kunnen onze creativiteit en ideeën kwijt in het werk.

Vraag aan beide: vindt u dat er meer kan worden samengewerkt door TZ en MZD?

TZ respondenten: 96% zegt 'ja'
MZD respondenten: 98% zegt 'ja'

Vraag aan beide: welke vraag heeft u gemist en waar wilt u zelf nog iets over kwijt?

De laatste vraag in beide enquêtes was de bovenstaande. Geënuquëeerden maakten van de gelegenheid gebruik hun mening te geven over (het onderzoek naar) de verbinding tussen beide divisies. Het algemene beeld dat uit de beantwoording is ontstaan is:

MZD: beide divisies zijn 'eilandjes'
TZ: behoefte aan meer informatie over dienstverlening van MZD

Verder worden inhoudelijke opmerkingen gemaakt over de enquête. Voor alle antwoorden verwijzen wij u naar bijlage B.

5.9 Conclusies uit de enquête

Respons

- vanuit MZD hoog
- vanuit TZ laag

Verwijzen

- 57% van TZ respondenten verwijst niet naar MZD
- 65% van MZD respondenten verwijst niet naar TZ

Belemmerende factoren

- ongeveer 20% van de respondenten van beide divisies ervaart belemmerende factoren voor verwijzing naar de andere divisie

Factoren van invloed op de samenwerking tussen beide divisies

- 'onbekendheid met het aanbod' is een factor van betekenis bij het verwijzen door medewerkers van beide divisies naar elkaar
- medewerkers MZD geven aan dat vaardigheden met betrekking tot signaleren en verwijzen factoren van betekenis zijn bij het verwijzen naar MZD door medewerkers TZ
- medewerkers TZ zien vaardigheden met betrekking tot verwijzen als grotere factor dan vaardigheden met betrekking tot signaleren

Bekendheid met het aanbod van MZD

- 29% van de TZ respondenten zegt het aanbod van MZD niet te kennen
- het aanbod MZD is volgens de respondenten van beide divisies het meest bekend door organisatiebrede informatie

Participatie van medewerkers in gezamenlijke overlegvormen en/of netwerken

- respondenten van beide divisies geven aan dat men elkaar beperkt ontmoet in gezamenlijk overlegvormen en (buurt)netwerken

Problematiek die medewerkers TZ in hun werk het meest tegenkomen

- categorie 'overige psychische problemen' (dementie, angsten, depressiviteit, eenzaamheid, etc.)
- categorie 'verzorging/verpleging van de lichamelijke/geestelijke gezondheid (is een groot deel van de taak van thuiszorgmedewerkers)

Omgaan met problematiek

- 65% van de MZD respondenten zegt zicht te hebben op de problematiek die TZ-medewerkers in hun werk tegenkomen
- slechts 5% van de TZ respondenten overlegt over de problematiek met MW
- 92% van de TZ respondenten overlegt met collega's over de problematiek

Andere (thuis)zorgaanbieders / hulpverleningsinstanties

- 71% van de MZD respondenten heeft geen cliënten (gehad) vanuit een andere (thuis)zorgaanbieder
- 60% van de TZ respondenten heeft cliënten die elders (psychosociale)hulpverlening ontvangen

Cultuurtypering divisies

- 36% van de TZ respondenten:
'betrokkenheid op elkaar en een goed gevoel hebben over het werk'
- 42% van de MZD respondenten:
'we leren van elkaar, we wisselen kennis en ervaring uit'

Samenwerking tussen beide divisies:

- bijna alle respondenten vinden dat er meer kan worden samengewerkt

6 Resultaten uit de interviews

Met de verzameling afgenomen interviews, hebben we flink wat informatie in huis over wat medewerkers over de verbinding TZ-MZD te zeggen hebben.

De uitgewerkte interviewverslagen vindt u in bijlage D achter dit onderzoeksverslag. Wij geven in dit hoofdstuk onze bevindingen weer. Dit doen wij aan de hand van thema's die uit de interviews naar voren zijn gekomen.

In de labellijsten waaruit wij de thema's hebben gecodeerd, zijn de thema's in kleur te herkennen. Deze vindt u in bijlage E. In de lijsten kunt u zien welke thema's het meest aan de orde zijn gekomen. Over die thema's treft u de meeste citaten aan. We besluiten dit hoofdstuk met de resultaten uit de interviews met medewerkers uit andere organisaties. Voorafgaand een klein gedeelte over het wijkgerichte werken.

Blij met wijkgericht werken

Uit de enquêteresultaten blijkt dat de verbinding op een aantal punten ontbreekt. Ook uit de interviews blijkt dat respondenten problemen ervaren in de verbinding tussen beide divisies. We willen echter beginnen met iets waar mensen enthousiast over zijn. Wij hoorden regelmatig dat medewerkers het kleinschaliger, wijkgerichte werken waarderen. Deze verandering in werkwijze is geen onderdeel van ons onderzoek, toch merkten wij dat het een wijziging is die mensen in positieve zin bezig houdt.

Een verpleegkundige zegt:

"Ik vind het wel leuk om meer betrokken te zijn. De lijn is korter, je mag zelf naar het CIZ om indicaties uit te breiden".

Een gespecialiseerd verpleegkundige:

"Er moet meer interactie zijn. Meer met elkaar in gesprek gaan. Daarom geloof ik ook in een kleinschalige opzet."

Manager thuisbegeleiding: "TB heeft de verwachting dat wanneer medewerkers meer wijkgericht gaan werken, daarmee meer een gezicht gaan krijgen en dat er dan meer contacten zullen ontstaan tussen TB en TZ medewerkers".

Een andere gespecialiseerd verpleegkundige:

"Er is al veel veranderd door het wijkgerichte werken, want als je steeds naar verschillende cliënten moet, dan krijg je ook geen band met de mensen. Nu met het nieuwe systeem van wijkgericht werken, ontstaat dat veel meer en zouden medewerkers graag verwijzen.

Het is niet meer centraal op grote afstand plannen. Zelf plannen is een grote vooruitgang. Het is eigenlijk een beetje terug naar vroeger."

6.1 Thema's en factoren

Wij onderzochten welke factoren van invloed zijn op de verbinding. De factoren die onze respondenten van invloed achten op de verbinding hebben wij ingedeeld in twaalf thema's, te weten:

- 6.1.1 Samenwerking
- 6.1.2 Informatie
- 6.1.3 Structuur
- 6.1.4 Huisarts
- 6.1.5 Mantelzorg en familie
- 6.1.6 Verantwoordelijkheid
- 6.1.7 Cliëntbelang
- 6.1.8 Werkwijze MZD
- 6.1.9 Privacy
- 6.1.10 Vertrouwen
- 6.1.11 Deskundigheid
- 6.1.12 Oplossingen, ideeën en behoeften van medewerkers van Beweging 3.0

Wij beschrijven in dit hoofdstuk de thema's per paragraaf. Bij alle thema's citeren wij een aantal geïnterviewden. Zo kunt u als het ware horen wat zij er over hebben gezegd. Het kan zijn dat sommige geïnterviewden meer malen geciteerd worden over een bepaald onderwerp, omdat het van belang is bij meerdere thema's.

Vanaf het begin van onze onderzoeksactiviteiten is het onze bedoeling geweest om op succesverhalen te letten, deze vragen immers om meer. We beginnen daarom ieder thema met een positief geluid, dat u kunt herkennen aan een kader.

Wanneer u de weergegeven citaten teveel vindt kunt u volstaan met het lezen van de conclusies. Wij vonden het echter waardevol om deze informatie van de werkvloer een plaats te geven in dit rapport.

Functie

Om weer te geven wat de functie is van de respondent die wij citeren, hieronder eerst een schema met functies en de code die wij daar aan hebben gegeven. Bij een deel van de citaten staat alleen de code vermeld. De kleur oranje geeft aan dat een functie hoort bij divisie MZD, de kleur blauw geeft aan dat het gaat om een thuiszorgmedewerker.

Verzorgende C	VZ
Verzorgende i.g.	VIG
Verpleegkundige	VK
Gespecialiseerd verpleegkundige	GV
Maatschappelijk werker	MW
Thuisbegeleider	TB
Medewerker gezondheidsvoorlichting en opvoeding	GVO
Zichtbare Schakel	ZS
Teamleider	TL
Manager MZD	M
Directeur	D

Bij de afronding van het onderzoek ontvingen wij de informatie dat er m.i.v. 15 april 2011 ook een 'algemeen manager MZD' is. Dit kan voor verwarring zorgen. Wij bedoelen met manager MZD: een manager MW of een manager TB.

6.1.1 Samenwerking

Het eerste thema dat naar voren komt uit de verhalen van respondenten is samenwerking. Een voor de hand liggend thema bij dit onderwerp. Wij scharen onder dit thema aspecten als: een klik ervaren, betrokkenheid, toegankelijkheid etc. Medewerkers vinden het over het algemeen belangrijk dat er meer wordt samengewerkt. In twintig van de dertig interviews zien wij dit thema langskomen. Allereerst een positief geluid over samenwerking:

Een verzorgende i.g. is uit gaan zoeken wat MZD voor hen kan betekenen sinds zij cliënten kregen die ook bij de thuisbegeleiding zaten: "Toen vroeg ik me af wat wij konden doen om goed samen de cliënt te helpen en de samenwerking te verbeteren. Want daar zag ik juist veel pluspunten: dat we juist heel goed kunnen samenwerken. We wisten niet wat we van elkaar deden. En dat is daardoor nog meer naar voren gekomen. Bij die cliënt loopt het heel goed. Geweldig."
"Bij de samenwerking met TB is het zo dat we evaluatiemomenten afspreken. We bespreken dan wat we mogelijk nog meer van elkaar nodig hebben en dat gaat geweldig."

Samenwerking wordt gemist

Soms wordt de samenwerking echter gemist. Een verzorgende C antwoord op onze vraag wat zij ziet van MZD:

"Ik zie ze op onze locatie, maar er is geen klik naar beide kanten. Ik loop wel eens bij de MW' er binnen om te vertellen hoe het met de cliënt gaat, maar verder nodigen ze niet uit voor een gezellig praatje. Ik denk dat ze het druk hebben".

Een verpleegkundige vertelt niet altijd zo te spreken te zijn over het Riagg, omdat ze groot en langzaam zijn. Dat signalen soms stagneren, ook bij de huisarts: "Misschien kan het MW toch iets meer doen, met wat meer pressie. Dat missen we best wel vaak."

Een maatschappelijk werker ontmoet haar collega's in het 55+ overleg. Op onze vraag wat dat betekent voor de samenwerking antwoordt ze:

"Zij zitten 'daar' en ik zit 'hier'. Het zijn mensen uit mijn 'wijk', maar ook van andere organisaties zoals Buurtzorg zijn ze er. Er is geen contact. Beweging 3.0. begin maar met bruggen slaan."

Een verpleegkundige zegt: "Ik denk dat het een gebrek aan integratie is. Ik moet namelijk ook bedenken wat ik er eigenlijk mee kan".

Er is reeds gepoogd om verbinding te bewerkstelligen tussen beide divisies op het gebied van signaleren en verwijzen vanuit TZ naar een MZD aanbod bij de afdeling gezondheidsvoorlichting. Zo spraken wij een GVO-medewerker die vertelde dat er is gepoogd 'vraag' vanuit TZ met 'aanbod' vanuit MZD met elkaar te verbinden. Aan thuiszorgmedewerkers zijn daartoe trainingen gegeven om het signaleren van valrisico's en dreigende depressie onder de aandacht te brengen. Er is naar haar zeggen helaas geen match ontstaan en het heeft niet opgeleverd wat men ervan verwachtte.

Samenwerking is een wens

Respondenten hebben de wens om meer samen te werken. Dit blijkt uit de volgende citaten:

"Ik denk dat er zeker ruimte is voor samenwerking. Ik zou maatschappelijk werkers meer kunnen vertellen over mijn vakgebied, zodat zij mij kunnen vinden als zij een cliënt hebben waar een probleem uit mijn vakgebied speelt. Maar natuurlijk kijk ik ook breder, want ik ben ook gewoon wijkverpleegkundige en ik zie dat daar veel samenwerking zou kunnen zijn."
"Ik zou niet weten wie de maatschappelijk werker is, er is geen samenwerking".(GV)

Een andere gespecialiseerd verpleegkundige zegt: "Ik denk ook 'dit is zonde, dit hebben we in huis en dat moet bij elkaar gebracht worden' en "Dat is de mooie combinatie die wij in deze organisatie hebben, dat het ook gewoon kan".

Op dezelfde locatie werken

Dat werken op dezelfde locatie niet veel uitmaakt om elkaar te 'vinden' blijkt uit onderstaande citaten:

Een verzorgende C zegt over het MW op haar locatie: "Ze zullen nooit een gesprekje met je hebben of zo. Ze staan apart buiten. Ze komen afstandelijk over. Ik weet dat zij niet méér zijn dan wij, maar zo voelt het wel." En op de vraag wat er voor nodig zou zijn om meer samenwerking te krijgen met deze collega's antwoordt zij o.a.: "Het zou fijn zijn als MW wat meer betrokken is op onze cliënten en op ons."

"Daar weet ik iets te weinig van. Ze zitten geloof ik wel bij ons in het gebouw. Ik ken ze niet."(VIG)

Ook de Zichtbare Schakels (verpleegkundigen die op projectbasis zijn ingezet om verbindend te werken) geven aan dat samenwerking en toegankelijkheid een aandachtspunt is: "Met het MW hier, dat is van beide kanten, is er nog niet zoveel contact. Ik heb niet het idee dat zij zicht hebben op wat wij precies doen en wat zij daar dan mee kunnen. Misschien is dat ook omdat iedereen zijn eigen eilandje wil behouden."

"Het blijkt dat medewerkers van de verschillende divisies in één gebouw werken en elkaar niet kunnen vinden. Dat zit 'in de mensen', in de manier waarop mensen hun vak uitoefenen."(M)

Tekenend bij dit thema was voor ons een situatie die zich voordeed toen wij gezamenlijk één van onze laatste interviews gingen afnemen. Wij liepen een redelijk klein gebouw van Beweging 3.0. binnen en vroegen aan een maatschappelijk werker waar wij de betreffende collega - een teamleider TZ- konden vinden. De maatschappelijk werker wist ons de richting te wijzen waar wij TZ konden vinden. Maar wie degene was die wij zochten, dat wist deze maatschappelijk werker echter niet.

Een maatschappelijk werker op een heel andere locatie:

"Ik zie ze sporadisch. We maken gebruik van dezelfde keuken. Volgens mij is het voor verzorgenden de werkdruk en de onbekendheid met MZD dat ze ons niet weten te vinden. Ze komen bij de mensen thuis dus ze moeten wel heel veel zien, het komt niet bij ons terecht. Vroeger werkten we samen met de thuiszorg. Die konden we er gemakkelijk inkrijgen, verzorging moet echt worden aangevraagd. En dan is het maar de vraag welke organisatie er bij te pas komt."

Zoeken naar samenwerking

Respondenten geven aan dat het belang zien van samenwerking en dat zij zoeken naar mogelijkheden daartoe:

"Ik denk dat we veel aan elkaar kunnen hebben". "Ik denk dat ze (de cliënten) er meer baat bij kunnen hebben om toch nog eens te kijken naar wie en wat voor hulp we nog meer kunnen inschakelen en hoe we kunnen samenwerken. Ik denk dat dit meer moet. Ook van de andere kant, de TB. Die hebben nu wel geleerd dat wij een stop hebben en niet alles kunnen doen wat zij van ons vragen, dat was voor hen ook een leermoment".(VIG)

Een verzorgende i.g. geeft haar visie op de samenwerking: “Ik zie dat de samenwerking stukken beter zou kunnen. Ik zie dat er dingen missen. Het kan heel anders. Bij mijn vorige werkgever in een ander deel van het land werkten wij intensief samen met MW. In mijn vorige baan kenden we elkaar en hielden wij elkaar op de hoogte”.

Een thuisbegeleider meldt het volgende:

“Het is niet normaal dat wij contact hebben met elkaar. Ik heb ook een cliënt die is alcoholverslaafd. Maliebaan coördineert de zorg. Daar komt iedere dag een TZ-medewerker voor de medicatie. Zodat de cliënt geen behoefte krijgt aan alcohol. Nu we het hier zo over hebben bedenk ik: Zal ik contact opnemen met de verzorging, zodat we kunnen afstemmen? Maliebaan coördineert het, maar misschien is het toch handig dat ze weten dat ik daar ook ben.”

Zichtbare schakels zijn aanwezig bij het cliëntoverleg:

“We zitten bij het cliëntenoverleg. Het is belangrijk dat medewerkers weten wat wij doen”.

“Het team heeft voor een bepaalde situatie ook contact opgenomen met MW”(TL)

Zichtbare schakels noemen het contact met het AV-team:

“Vragen komen via het team bij ons, ook via het AV-team.”

Een gespecialiseerd verpleegkundige zegt over samenwerken:

“Het moet een persoon zijn waar je wel even binnen kunt lopen. Ik zou niet weten waarom dat nu niet gebeurt. Ik denk ook dat ik dan wel een heel belangrijke vraag moet hebben en niet een simpel probleempje. Ik zou al snel denken, laat maar, zo dramatisch is het niet.”

Dat brengt ons op het volgende thema, want wij vroegen ons ook af wat medewerkers weten van elkaars aanbod. Dit leest u in de volgende paragraaf.

Conclusie

Bij het thema ‘samenwerken’ concluderen wij dat TZ en MZD medewerkers soms met elkaar samenwerken en dat dan ook waarderen. Meer wordt de samenwerking echter gemist. Een enkeling moet bedenken wat men ‘kan’ met de andere divisie. Een poging om samenwerking te bewerkstelligen tussen GVO en TZ heeft niet geleid tot het beoogde resultaat. Werken op dezelfde locatie leidt over het algemeen niet tot een betere samenwerking. Ook daar mist men de ervaring een ‘klik’ te hebben met de andere werksoort. Men mist betrokkenheid en toegankelijkheid. Respondenten hebben de wens om meer samen te werken en zoeken naar mogelijkheden daartoe.

6.1.2 Informatie

Dit thema zien wij in de respons regelmatig terugkomen in onbekendheid met het aanbod van de verschillende divisies. Informatie over het aanbod van collega's die niet is meegekregen of die nog opgezocht moet worden. Het gaat over informatie die wel of niet wordt meegegeven in teamoverleg of op andere wijze.

Wij hebben navraag gedaan naar de inwerkprocedure en daaruit hebben wij begrepen dat in een instructiebijeenkomst algemene informatie wordt gegeven over de organisatie en per divisie meer specifieke informatie over het werk en het aanbod van Beweging 3.0.

Wat ons over het algemeen is opgevallen dat de enquête en het onderzoek naar de verbinding voor veel respondenten een 'eyeopener' was. Veertien respondenten geven tijdens het interview aan dat zij of cliënten informatie missen.

We beginnen weer met positieve geluiden:

Een teamleider zegt over contact op managementniveau:

"We weten elkaar te vinden. Ik vind dat Beweging 3.0 een goede stap zet door alle managers elkaar regelmatig te laten ontmoeten".

"Verpleegkundigen (gespecialiseerd verpleegkundigen) zijn onze vraagbakens, die komen af en toe bij ons als ze een project hebben ergens voor (incontinentiemateriaal o.i.d.) ik zou dat wel willen voor MZD".(VIG)

Een teamleider:

"Als medewerkers van elkaar weten waar zij terecht kunnen voor wat betreft zorgverlening aan onze cliënten, dan is dat prachtig voor alle partijen."

Informatie ontbreekt

Of de informatie nu wel of niet goed terecht is gekomen willen we in het volgende gedeelte even in het midden laten. Uit de volgende citaten blijkt dat er informatie ontbreekt. Dat medewerkers niet weten van elkaars aanbod en dat dit onderzoek voor sommigen werkt als een eyeopener:

"Toen ik de enquête zag, ging ik er eigenlijk pas over nadenken. Eigenlijk zou ik niet weten wat de divisie MZD doet." (GV)

Een verpleegkundige:

"Voor mij is het een eye-opener, wat er nog meer kan."

Een verzorgende i.g. antwoordt op onze vraag over signaleren en verwijzen:

"Dat is best moeilijk, wij krijgen daar niet zoveel over mee. Ik weet niet wat het MW doet."

Een andere verzorgende i.g. zegt: "Ik vraag me af of men hier, binnen de organisatie überhaupt open staat voor MW. Ik denk dat het nodig is dat het MW zich profileert: Hier zijn wij, dit doen we."

"Ik heb nooit voorlichting meegekregen. Het kan wel dat het aan teamleiders is doorgegeven. Maar vanuit daar moet het dan wel zijn weg vinden richting de werkvloer, en daar staat mij niets van bij."(VK)

Een maatschappelijk werker zegt:

"Het zou goed zijn aan de TZ-medewerkers informatie te geven over wat wij kunnen doen. Ik denk dat dat te weinig bekend is bij TZ".

"Ik heb ook geen idee wat zij precies doen voor cliënten. Daar weet ik te weinig van af."(VK)

Een verpleegkundige over het aanbod van MZD:

"Het is niet helder."

Nog een verpleegkundige zegt:

"Ik zie ze nooit. Ik weet niet eens wie het is. Ik weet wat het MW zo'n beetje doet vanuit privé-situaties in mijn eigen omgeving, maar niet als collega's. Wat is een thuisbegeleider?"

Een teamleider TZ vertelde dat er na de reorganisatie meer ruimte kwam voor verdieping. Zij leek informatie te missen over de noodzaak van verbinding met MZD toen zij zei:

"Ik vraag me nog wel af in hoeverre het noodzakelijk is dat wij meer gaan samenwerken. We hebben werk genoeg in ieder geval, dat geldt voor beide afdelingen."

Zoeken naar informatie

Wanneer respondenten informatie missen gaan zij er wel naar op zoek:

"Ik weet er weinig van. Toen ben ik er voor een cliënt, waarbij ik merkte dat zij iets vroeg wat wij niet konden bieden, ingedoken en heb uitgezocht wat TB en MW doen.

Dan kom je er achter dat wij als team veel te weinig weten van wat zij doen en wat zij voor ons kunnen betekenen. Zij kunnen heel veel doen, maar wij weten niet waarvoor we ze kunnen vragen." (VIG)

Op onze vraag hoe de informatie blijvend onder de aandacht zou kunnen zijn bij TZ, antwoordt deze Zichtbare Schakel:

"Er wordt nog teveel gedacht in termen van 'dit is ons ding en dat is jouw ding'. Er lijkt dan concurrentie. Weer een nieuwe partij. Ik weet niet precies wat onder MZD valt. Ik heb wel contact met GVO, maar wist niet dat dit er ook onder viel.

Ik weet ook niet waar ik dat zou moeten opzoeken. Ik denk dat ik misschien zelf ook wel 'MZD-achtig' bezig ben."

"Ik merkte wel dat bij de presentatie van TB, in een teamoverleg, dat er een wereld open ging. Er is geen idee van het aanbod. Wij hebben hen uitgenodigd vooral omdat wij zelf zoekende waren naar het aanbod binnen Beweging 3.0." (ZS)

Werkt informatie?

Of informatie geven over het aanbod werkt, en resulteert in meer verbinding, daar wordt door respondenten verschillend over gedacht. In het volgende gedeelte citaten daar over en ook over de manier waar op informatie volgens respondenten wel of niet werkt:

Een thuisbegeleider laat weten dat informatie over het aanbod werkt. Op onze vraag wat zij zien van TZ antwoordt zij:

"Nu die zichtbare schakels, daar hebben wij laatst informatie over gehad. Ik zie er ook posters van hangen. Het geeft een geruststellend idee dat ik naar de zichtbare schakel kan gaan. Ik weet niet precies op dit moment wat er nog nodig is en ik kan wat betreft de verpleging dan met haar overleggen."

Een gespecialiseerd verpleegkundige zegt het volgende:

"Een gezicht is heel belangrijk, dat werkt het beste. Mensen zeggen dan: 'O ja, jij bent die en die met dat aandachtsgebied. Ik heb je naam wel eens gehoord. Mijn naam en functie worden dan aan elkaar gekoppeld, maar het is een passieve bekendheid"

"Ik probeer me een situatie voor te stellen waarin ik zou willen verwijzen. Ik zou dan bellen naar TZ en vragen mij door te verbinden met MZD en dan ga ik daar wel weer verder zoeken. Voordat ik dan bij de juiste persoon ben, bij de juiste regio. Dan zou het kunnen dat die persoon zegt dat er een verwijzing nodig is van de huisarts, ik weet niet of het zo werkt."

Er zijn zoveel papieren hobbels die genomen moeten worden, dan denk ik: ach, zo erg is het nou ook weer niet”.

En even later:

“Als ik een soort ideaalplaatje schets, dan denk ik dat het prachtig zou zijn als je werkelijk met zijn allen in één team, in een wijkgebouw zit en dat je elkaar kunt benaderen. De maatschappelijk werker komt naar ons toe met een vraag over een cliënt die niet goed meer voor zichzelf zorgt en wij vragen de maatschappelijk werker mee te denken in bijvoorbeeld een situatie waar veel sociale problematiek speelt naast de lichamelijke zorg. Meedenken over wat we daarmee kunnen.”

Over informatie zegt zij ook het volgende: “TB bijvoorbeeld was ik helemaal vergeten. Vroeger zat het team gespecialiseerde verzorging naast het team gespecialiseerde verpleging. Er was toen een link, bijvoorbeeld bij psychiatrie (team verpleging) en video home training daarbij (team verzorging), dus je kende elkaar. Je verliest elkaar uit het oog, door verhuizingen etc”.

Onlangs kwamen ze in het team uitleg geven en dan denk je wat hartstikke goed wat zij doen, wat suf dat ik daar nooit meer aan heb gedacht.”

Manager MZD over de verwijzingen van TB naar MW:

De zichtbare schakels zijn vanaf het begin al heel actief in de richting van TB. Hebben zelf gevraagd of zij een keer voorlichting konden geven in het team TB en andersom heeft een medewerker van TB bij ZS voorlichting gegeven. Dit heeft meteen geleid tot verwijzingen.

Een gespecialiseerd verpleegkundige vertelt over voorlichting in een team:

“Het is een manier om bekend te worden. Het is een groot team, dertig tot vijftig mensen. De vergaderruimte voelt te vol. Als je achterin zit dan hoor je de helft niet en denk je: het is toch niet voor mij, wat moet ik ermee?”

Uit het interview met managers MZD willen we over informatievoorziening het volgende citeren:

“MW weet TZ wel te vinden en TB ook, maar andersom niet. Het is ook lastig om vanuit het MW steeds die informatie te blijven geven, vooral wanneer gemerkt wordt dat het niet of nauwelijks resultaat heeft. Informatieoverdracht via voorlichting lijkt dus niet te werken. Voor de TB geldt dat er voorlichting is gegeven aan teamleiders TZ. Er is sprake van mondelinge en schriftelijke informatieoverdracht. Dit heeft nauwelijks iets opgeleverd. Het idee om alle TZ teams langs te gaan is even losgelaten vanuit het idee dat er toch wijkgericht gewerkt gaat worden. Het zou daar weer ergens opgepakt moeten worden.”

Conclusie

Bij het thema ‘informatie’ concluderen wij dat er onbekendheid is met het aanbod van MZD. Tijdens de inwerkprocedure ontvangen nieuwe medewerkers naast algemene informatie over de organisatie, alleen over de eigen divisie specifieke informatie over het werk en het aanbod van Beweging 3.0. Respondenten blijken informatie te missen en dit onderzoek wordt ervaren als een eye-opener. Wanneer medewerkers dit voor hun werk denken nodig te hebben gaan zij op zoek naar informatie. Informatie geven over het aanbod resulteert in sommige situaties tot meer verwijzingen, vooral als daar een ‘gezicht’ bij is.

In andere gevallen heeft het geven van voorlichting nauwelijks iets opgeleverd. Eén respondent geeft aan dat in een massale voorlichtingsbijeenkomst, zij het gevoel kreeg dat het niet voor haar zou zijn. Wij noemen dit omdat het mogelijk voor meerdere medewerkers geldt.

6.1.3 Structuur

In de vorige paragraaf, stelt een manager MZD dat de informatievoorziening over het aanbod van MZD weer ergens opgepakt zal moeten worden. Waar dat opgepakt zal moeten worden is dus nog de vraag. Wij merkten in de loop van ons onderzoek dat er onduidelijkheden zijn over taken, verantwoordelijkheden, routes en bevoegdheden. Daar is in alle interviews iets over gezegd. We hebben daarom structuur als belangrijk thema in dit onderzoek opgemerkt.

Binnen de divisie TZ worden voor dezelfde functies worden verschillende benamingen gebruikt merkten wij. Wij hebben het volgende meegekregen: thuiszorgmedewerkers die vroeger als cliëntbegeleiders functioneerden, zijn nu verder gegaan onder de titel coördinator of voortrekker. Al of niet in combinatie met een functie als arrangeur. Een arrangeur is o.a. een planner. Een cliënt heeft een medewerker toegewezen gekregen die eindverantwoordelijk is voor de zorg. Dit kan een eerst verantwoordelijke verzorgende (EVV) of verpleegkundige (EVV) zijn, of een eerst verantwoordelijke medewerker (EVM). Ook werden de functies contactverzorgende en dagoudste tijdens interviews genoemd.

Toen het onderzoek al een heel eind gevorderd was, kwamen wij er achter dat er ook nog een flink aantal verzorgenden A en B bestonden, van wie wij het bestaan niet vermoeden bij het opstellen van de enquêtes. In de enquêtes was een keuzemenu was opgenomen om je functie aan te klikken. Als die medewerkers de enquête onder ogen hebben gekregen, hebben zij hun functie daar dus niet gevonden. Ook het verspreiden van de enquêtes koste nogal wat moeite. Een aantal medewerkers bleek niet via de mail bereikbaar. Ook de schriftelijke exemplaren zijn niet aan iedereen uitgereikt. Dit zegt ons over de postroute, dat er onduidelijkheden zijn over de bereikbaarheid van sommige medewerkers.

Ook bij dit thema beginnen we met een positief geluid:

Medewerkers gaan het steeds meer met elkaar doen. Je wilt ook dat mensen hun capaciteiten kunnen inzetten. Ik vind dat alle medewerkers moeten kunnen bellen met een medewerker van MZD om iets aan te kaarten of te overleggen over een cliënt. Alleen verzorgenden C doen dit in overleg met een verpleegkundige. Je wilt dat mensen er ook iets mee mogen, met wat ze signaleren. Ik geloof dat je mensen motiveert door ze ruimte te geven.”(TL)

Signalen

Uit enquêtes en interviews blijkt dat er gesignaleerd wordt. U zult de verhalen die dat illustreren regelmatig langs zien komen in citaten. U kunt ze ook teruglezen in de interviews die in de bijlagen zijn opgenomen.

Een paar illustraties:

“Een vrouw waarvan de man was overleden door een ongeval. Hun dochter had een dwarslaesie en wilde euthanasie. Ook had ze nog een dochter met een hersentumor. Deze vrouw was suïcidaal. Ze kwam bij ons in zorg nadat haar maag was leeggepompt. Dit had zij niet gewild”(VIGVK)

“Wij zorgen ook voor een man die wij twee keer per week douchen. Na het overlijden van zijn vrouw had hij een nieuwe vriendin en die is ook overleden. Hij is eenzaam en drinkt dan. ‘S morgens wil hij door ons gewekt worden en dan wil hij ook zijn verhaal kwijt. Zulke mensen zakken daar soms ook een beetje in door. Hij schijnt af en toe ook wel eens wat seksistisch te zijn.”(VIG)

“Er is een cliënt met een oorlogstrauma wat boven komt. Hij gilt soms. Elke maand komt iemand een gesprekje houden en ik houd ook een oogje in het zeil.

Er komt iemand van het Riagg, die is daar naartoe gestuurd door de huisarts. Het gaat ook om zijn vrouw, die vindt het moeilijk. Ik verwijs haar dan naar de vrouw van het Riagg die komt.” (VIG)

Blijft nog de vraag wat er met de signalen gebeurt.

Competenties, taken en bevoegdheden rond signaleren, rapporteren en verwijzen

Wanneer wij vragen stelden over wat er gebeurt met signalen of hoe het gaat met verwijzen, merkten wij onduidelijkheden en verschil in opvattingen over wie wat kan of mag oppakken. Wij hebben deze onduidelijkheden ingedeeld in drie aspecten: Signaleren, rapportage & overleg en als derde het daadwerkelijke verwijzen:

signaleren

“Ik denk niet dat het aan de vaardigheden van signaleren ligt. In mijn wijk dan. In andere wijken weet ik dat ze daar helemaal niets mee doen, die hebben er geen tijd voor en die zien ook het nut er niet van. Als stel ik mijzelf wel de vraag:”Zien we het nut er niet van omdat het dan toch niet in gang gezet wordt?”

“In mijn wijk kiezen we er bewust voor om één keer per dag een verpleegkundige naar de cliënten toe te laten gaan. Omdat wij toch anders kijken dan de verzorgenden. Niet allemaal hoor, want zij hebben op hun manier toch wel hun ogen in de wijk zitten. Toch gaan wij af en toe op een verzorgende-route staan. Wij zien als buitenstaander toch meer dan wanneer je jaar in jaar uit bij dezelfde cliënt zit, dan weet je op een gegeven moment niet beter dan dat iemand snel huilerig is.” (VK)

Een verzorgende i.g.:

“Ik wil niet teveel zeggen, maar dat is juist zo, wij zien het wel. Mijn collega's en ik en de verzorgenden juist ook. Die worden soms onderschat. Er wordt gedacht: verpleging kijkt, verzorgenden i.g kijken, maar juist verzorgenden komen heel veel bij de cliënt en praten met hen, bijvoorbeeld tijdens het douchen.”

Een thuisbegeleider: “Ja, dit vind ik nog een belangrijk punt, dat we van elkaar leren. Zo hadden we in de opleiding voor TB een gastles video hometraining. Ik denk dat het voor verzorgenden ook wel iets zou zijn om een eenduidige aanpak voor dementeren cliënten te hebben.... Uiteindelijk voelt de cliënt zich begrepen. Dat is beter voor de cliënt en voor zijn familie”

Een teamleider TZ ziet het verschil in competenties van verpleegkundigen en verzorgenden
Vooral op medisch gebied:

“Ik heb de indruk dat verpleegkundigen op medisch gebied over het algemeen wel meer zien dan sommige verzorgenden. Zo zullen zij soms alerter op zijn op het voorkomen van decubitus of een slecht genezende wond. Op psychosociaal vlak is dat anders. Dan spelen aanleg, leeftijd, karakter en interesse mee. Die bepalen voor een groot deel waar je oog voor hebt. Ik denk zelfs dat HBO-verpleegkundigen soms minder goed signaleren op dat gebied, omdat zij technisch kijken en daardoor psychische en sociale klachten soms minder waarnemen. Dus in dat opzicht zie ik het opleidingsniveau als een minder belangrijke factor.”

Een verpleegkundige vertelt dat het afhankelijk is van de persoon hoe iemand signaleert of rapporteert. Zij is er niet voor de steunkous, maar voor de mens. Wij vroegen haar of dat niet voor iedereen zou gelden. Hierop antwoordde zij:

“Dat denk ik niet, ik denk dat er een heleboel gewoon in en uitvliegen, hun ding doen en weer gaan. Maar dat is denk ik ook een beetje afhankelijk van het niveau.

Er zijn volgens haar ook zeker veel verzorgenden die signaleren en ergens mee terugkomen en naar een EVV'er gaan. Over het algemeen weten ze ons wel te vinden, en elkaar wel, maar de ruimte ervoor is nu wat minder, omdat je de minuten achter de voordeur moet schrijven."

Een verzorgende C zegt:

"Wij missen nu de samenwerking met de huishoudelijke zorg. Die zien nog veel meer dan wij."

Een maatschappelijk werker zegt: "Het zou goed zijn als alle medewerkers van TZ weten wat het MW doet. Ze kunnen daar hun werk ook mee afbakenen. Door aan te geven dat ze geen tijd hebben om die begeleiden en aandacht te geven, maar dat ze wel weten bij wie de cliënt terecht kan. Dan maak je de afbakening ook wat scherper. Als TZ het erbij gaat doen dan komen ze nooit bij ons."

Rapportage & overleg

Een teamleider zegt over het ondernemen van actie:

"Als verzorgenden met signalen naar verpleegkundigen gaan merk je dat de ene verpleegkundige het deskundiger oppakt dan de andere. De ene verpleegkundige plant een tweewekelijks overleg met haar EVV'ers om cliëntzaken door te spreken en de ander zegt het wel te horen als er iets is".

"Dat werkoverleg is wel intensief want bij ons moet alles in één, agendapunten én cliënten bespreken. Dat is afwegen van wat moet eerst want de tijd is zo weg en waar zit dan toch nog het enthousiasme en de inbreng van iedereen? Dat werkoverleg maar ééns in de zes weken is, heeft puur te maken met een financiële kwestie."(VK)

"Een oplossing zou kunnen zijn om de cliëntbesprekingen meer te structureren. Nu worden vaak de bekende mensen ingebracht, waar al heel veel zorg is. Mensen waar het allemaal wel loopt komen nooit aan bod. Misschien zou je het zo kunnen structureren dat het psychosociale aspect een standaard plaats krijgt ook al denk je misschien op voorhand dat er niets aan de hand is. De waarneming van de verschillende TZ medewerkers in een situatie kan ook verschillend zijn. Dat kan ook met een klik met de cliënt te maken hebben en met vertrouwen.' (GV)

"Nu werk ik ook weer bij de cliënten," zegt een verpleegkundige. "Het coördineren doe ik er naast. Ieder regelt nu zelf opstart van de zorg voor zijn eigen cliënten. Toen was het gezelliger en hadden we meer contact met het MW. We hadden op het laatst nog per half jaar een casusbespreking, ook met diëtië. Op deze locatie bloedt dit nu een beetje dood. "(VK)

"Nee, we hebben aparte dossiers, dan ligt er bij de cliënt één van de verpleging, één van mij en één van de huishoudelijke zorg. Dat is ook iets dat je denkt... dat is niet goed."(TB)

"De structuur is niet in elk team hetzelfde."(TL)

"Bij de TB hebben we nu de harde kant van de structuur neergezet en de zachte kant moeten we nog gaan uitvinden. Ik vind daarbij korte lijnen belangrijk, herkenning over en weer van elkaar en zichtbaarheid. Mensen moeten zich durven te laten zien en het moet concreet zijn wie waar terecht kan."(Manager thuisbegeleiding)

"De organisatie vindt dat hele overlegverhaal natuurlijk zo oninteressant als het maar kan. Ik merk dat aan de sturing op productiviteit van boven af. Het wordt een beetje een wedkamp van wie de meeste procenten haalt. Aan de ene kant is dat wel goed, want ik denk dat het leuk is als je met elkaar kunt laten zien dat de productiviteit omhoog gaat.

Aan de andere kant merk ik dat we het kwartiertje overleg vóór het werk niet meer mogen hebben, maar dat we allemaal vanuit huis moeten starten. Het zijn juist die minimale overlegmomenten, ook in de loop van de dag die zoveel helderheid kunnen geven. Dat doet wel zeer. Ik weet ook niet of dat de kwaliteit altijd zo ten goede komt". (VK)

Een thuisbegeleider zegt:

"Ik zie TZ bezig bij cliënten. Ik wil de zorgmedewerker erbij hebben als we iets over een cliënt bespreken. Laatst was deze verhinderd, ik zorg er dan voor dat zij nadien op de hoogte wordt gesteld".

Zorgleefplan

Uit het interview van een verzorgende i.g. en een verpleegkundige:

"We rapporteren dat en de EVV'er is verantwoordelijk om actie te ondernemen als er problemen zijn. We proberen het meeste bij cliënten in hun dossier te schrijven, dat is de bedoeling. Maar als er echt iets moet gebeuren schrijven we dat in een schriftje wat de betreffende EVV'er in zijn/haar postvak heeft liggen".

Een verpleegkundige: "Een verzorgende vult wel de rapportage in, maar in mijn wijk worden de zorgplannen door verpleegkundigen ingevuld. De eindverantwoordelijkheid ligt bij een HBO-verpleegkundige, omdat je dan toch merkt dat het anders geformuleerd wordt in de dossiers. Voor mijn eigen wijk vind ik dat wel het prettigst, dat er geen vreemde Nederlandse zinnen instaan en zo."

Een verzorgende i.g.: "Soms neem je dingen van elkaar over. Bijvoorbeeld ook om het Zorg/leefplan op orde te brengen en evaluatiegesprekken met de cliënt te kunnen doen. Dat zijn erg veel formulieren. Wij zijn er hard mee bezig om het op orde te brengen en alle domeinen in te vullen. De zorgvraag komt vaak eerst".

"In het dagelijkse werk ben je erg op de zorg gericht. Het invullen van de domeinen is erg veel, dat zou wat beknopter mogen van mij. Het is bedoeld als hulpmiddel voor het ondernemen van acties maar het is teveel. Minder formulieren zouden helpen."

"Ik zou graag meer actie zien voor wat betreft de communicatie, zorgdossiers, intake van cliënten, het in gang zetten van dingen. Het doel was dat cliënten meer vaste medewerkers zouden zien maar dat is niet zo. Ik vind dat ook belangrijk bij cliënten die terminaal ziek zijn. Ik stel tijdens vergaderingen zaken aan de orde, maar er wordt niets mee gedaan. Ik krijg geen gehoor. Ik heb het idee dat EVV'er niet goed weten wat hun taak precies inhoudt. Er staat wel iets op papier, maar er wordt geen cursus voor gegeven. Ik koppel zaken terug naar de voortrekkers, maar ervaar niet dat er iets met mijn opmerkingen gebeurt. Ik ben het idee dat mijn collega's daar passief van zijn geworden."

Er wordt met signalen van medewerkers niets gedaan. Daar word ik moedeloos van en ik kan me voorstellen dat de gedachte ontstaat om het maar niet meer aan te geven.

Deze zaken kosten mij veel energie, maar ik blijf ervoor vechten, t.b.v. de cliënten."(VIG)

Een teamleider over het Zorgleefplan: "bij de intake wordt het Zorg/leefplan besproken, daarin komen al best pittige vragen naar voren. Alle medewerkers zouden zo'n gesprek moeten kunnen voeren, maar ik vind niet iedereen geschikt om zo'n gesprek te doen. Er staan vragen in over bijvoorbeeld bewindvoering, best heel persoonlijke dingen. Die moet je niet letterlijk zo vragen, dat vraagt echt iets van iemand. Ik vind dat spannend. Naarmate een TZ-medewerker langer bij de cliënt betrokken is, komt er steeds meer zicht op de omgeving".

Verwijzen

Een verpleegkundige vertelt over een situatie dat zij heeft verwezen naar het MW. Op onze vraag hoe de route van verwijzen loopt voor een verzorgende antwoordt zij:

“In het geval van een verzorgende C zal er nog een schakel tussen zitten. Die neemt eerst contact op met de EVV'er die aan de cliënt is verbonden. Dat hoeft overigens niet per sé. Het mag wel maar vaak weten ze de weg niet.”

“Verwijzen is niet zo aan de orde. Ik heb één keer zelf een huisarts gebeld en toen kreeg ik op mijn sodemieter van een collega dat ik dat niet had moeten doen.”(VZ)

Een thuisbegeleider merkte het volgende op toen wij haar vroegen of zij zicht had op de problematiek die TZ-medewerkers tegenkomen met verwijzen:

“Ik denk dat zij te bescheiden zijn en niet beseffen dat zij iets te melden hebben. Ook onbekendheid met elkaars werk, bij wie je terecht kan. De drempelverschillen, de hiërarchie, dat is echt vreselijk. Het is belangrijk om samen om de tafel te zitten met groot casusoverleg bijvoorbeeld.”

“Wij krijgen wel eens een verkeerde aanvraag binnen via het cliënt servicebureau die voor TB is bedoeld en niet voor ons. Je zit dan natuurlijk ook een beetje in het grijze gebied tussen ZS en TB. Volgend jaar is dat subsidieverhaal afgelopen en dan moet daar wel een vangnet voor zijn. Het is voor hen ook gemakkelijker omdat ze de ruimte hebben om de wijk in te gaan en om zichtbaar te zijn. Dat vind ik wel goed, dat het gebeurt. Voor ons is dat wel anders. Wij hebben wel de ruimte om te verwijzen maar voor ons moet het snel binnen de geïndiceerde tijd en bij de cliënt gebeuren. Het kost tijd en geld.”(VK)

“Ik zit te denken hoe komt zo iemand binnen. Het is goed mogelijk dat je eerst een vooraanmelding doet. Dat je als verzorgende contact opneemt en het aan ons voorlegt. Er is iemand waar ik mij zorgen over maak. Dat die meneer dan zelf nog belt. Wij willen weten of iemand gemotiveerd is en zichzelf ook aanmeldt. Dan krijgt hij een uitnodiging voor een intakegesprek en dan kunnen wij uitgebreid gaan kijken of dat iets is voor het MW of dat iemand toch verwezen moet worden naar Maliebaan of naar de Geriater”.(MW)

Een andere maatschappelijk werker ziet het zo:

“Dat is mogelijk bij TZ ook zo: heel erg bezig zijn met je eigen stuk en niet verder kijken. Er zijn veel mensen met problemen en daar zijn we voor. Als ze die weg naar ons niet weten te vinden of niet op die weg worden gezet, dan komen ze nooit binnen, maar de problemen blijven. Wij verwijzen wel door naar TZ. We wijzen cliënten er op dat en waar TZ aangevraagd kan worden. Maar andersom zie ik dat niet gebeuren. Dat heeft ook met vaardigheden te maken die MW'ers wel hebben. Die hebben een HBO-opleiding waar dit ook een onderdeel van is en dat is in de TZ niet zo. Eigenlijk laten ze het los van het niveau allemaal liggen. Niet omdat ze het niet willen maar omdat ze de weg niet weten of ze weten niet hoe”.(MW)

“Er zitten hier natuurlijk nu ook de Zichtbare Schakels. Die zetten wij soms wel in als we ergens onze twijfels bij hebben. Wij sturen ze af op mensen die dreigen te vereenzamen. Zij gaan er dan verder mee aan de gang, maar dat wordt niet meer naar ons teruggekoppeld”.(VK)

“Er was een cliënt die vaak viel en haar dochter had het daar erg moeilijk mee. Ik heb toen gezegd dat zij zelf naar een maatschappelijk werker kon gaan. Er was ook een ouder echtpaar. De vrouw kon niet meer voor de man zorgen. Ik heb toen overlegd met collega's. Daarna heb ik geadviseerd dat deze vrouw contact zou opnemen met MW. Dat heeft ze gedaan en de man is nu ook in een verpleegtehuis geplaatst. Dit contact gaat verder buiten mij om. Ik hoor ervan via de cliënt. Dat vind ik prima”.(VZ)

Veranderingen in de organisatie, werkdruk

Er zijn tot slot nog andere structuuraspecten die van invloed lijken te zijn op de verbinding tussen beide divisies. Wij hebben de indruk gekregen dat de veranderingen in de organisatie hun tol hebben geëist. Ook werd in de interviews regelmatig de werkdruk, de tijd en de nadruk op productiviteit genoemd.

Hieronder wat citaten:

Veranderingen

Een teamleider TZ ziet het zo: “We hebben een intensieve tijd achter de rug en nu er meer rust is gekomen en het lekker loopt, komt er meer ruimte voor verdieping.”

“We zijn er net wat meer structuur aan het inbrengen, maar we zijn nog aan het zoeken. We zijn pas in september wijkgericht gaan werken. Daarvoor was het een soort aanloopchaos alom.”(VK)

“Dat ze dit komen vertellen moet regelmatig gebeuren ook vanwege de wisseling van het personeel. Ik kan me voorstellen dat Maatschappelijk Werk ook verandert en dat wij daar ook van op de hoogte worden gesteld” en “Je moet wel op zoek blijven gaan naar informatie want er verandert veel. Je denkt dat je veel weet, maar dat is niet zo. Taken veranderen soms.” (VIG)

“Dit bedrijf moet eens tot rust komen.” “Niet afstoten, niet fuseren, niet reorganiseren. Er ontstaat bij medewerkers een houding van: ‘het zal wel, het zal mijn tijd wel duren’ Mensen hebben al heel wat voor de kiezen gehad. Er kunnen bruggen geslagen worden, maar er moet eerst rust in de organisatie komen. Dat is de basis.”(MW)

Wij merkten in een ander team aan iemand op dat ze de enige uit het team was die had gereageerd en wilde meewerken aan het onderzoek. Of ze een idee had hoe dat kwam: “Er is de afgelopen jaren ontzettend veel gebeurd. In het team waar ik werk is nu de vijfde teamleider in twee jaar tijd. Er worden veel snelle besluiten genomen, die niet overlegd worden met de medewerkers. Dat geeft veel weerstand.”(VK)

Een andere teamleider TZ:

“Ik ben hier de elfde teamleider in tien jaar tijd. Om je heen gaan kijken kun je pas na een jaar wanneer je het idee hebt dat het allemaal wat onder controle is.”

Op ‘tijd’ werken

“Als voorbeeld kan ik noemen dat er iemand was die zich afvroeg wanneer TB ingeschakeld kan worden bij bijvoorbeeld alcoholproblematiek. Dan blijkt het lastig om bespreekbaar te maken met de cliënt, ervaart deze het ook als een probleem en vervolgens wat je ermee doet, wetende dat je in een route zit, dat je op tijd werkt. Ik denk dat daar meer uit te halen is.”(TL)

“Ik werk officieel twintig uur per week en maak gemiddeld tien overuren. De planners zijn er uit gegaan en nu zijn wij arrangeurs. Vroeger had je de cliëntbegeleiders. Ik heb ongeveer tien cliënten en dan spreek ik iedere maand met de verzorgenden hun cliënten door. Daar heb ik dus ook de verantwoordelijkheid over. Ik snap niet dat ze niet meer met viggers werken hoor want die mogen officieel hetzelfde werk doen als wij.. Dat er meer Verpleegkundigen in dienst komen heeft volgens mij te maken met dat je als arrangeur in een hogere schaal komt. Daardoor is het voor verpleegkundigen nog wel aantrekkelijk om in de thuiszorg te werken. Er zijn veel onvoorziene werkzaamheden die maken dat je dagen langer worden.” (VK)

Wij vroegen aan een verpleegkundige of zij een idee had hoe het kwam dat wij zo slecht verzorgenden konden bereiken. Zij antwoordde:

“Ze zijn heel druk. Ze zijn er alleen op de drukste tijden in de ochtend, van 7.00 uur tot 11.00 uur, daarna gaan ze naar huis. Regelmatig komen ze dan s’avonds weer werken. Ik denk dat zij het allemaal wel best vinden. Er is soms ook meer dan genoeg en er hangt zoveel op het prikbord. Dit is allemaal administratie hè, daar is niet zoveel tijd voor. Ik ben als arrangeur wel op kantoor, maar verzorgenden werken vooral bij de cliënten, want dat wordt betaald.” (VK)

Een manager MZD weet van zijn medewerkers:

“Het is voor een maatschappelijk werker moeilijk om binnen te komen (bij TZ), er is altijd wel wat en dan komt het weer niet uit. Het lijkt er op dat factor tijd een belemmering is om er tijd voor te maken. Binnen het MW is ketensamenwerking veel meer een integraal onderdeel van het werk, dan voor TZ.”

“Ook binnen de eigen divisie is de verwachting dat door de structuurwijziging naar wijkgericht werken, de samenwerking tussen TB en MW gaat verbeteren. Wellicht kunnen in de toekomst ook TZ medewerkers daarbij worden gevoegd. Samenwerking is soms moeilijk te realiseren en als cliëntbelang het doel is, dan moet de structuur daarop aangepast worden.”

Conclusie

‘Structuur’ is een thema dat in alle interviews terugkomt als van invloed op de verbinding. Er zijn verschillende functies binnen TZ en er blijkt onduidelijkheid over taken en bevoegdheden binnen die functies. Verzorgenden bleken ons moeilijk bereikbaar per email. Er wordt door medewerkers TZ gesignaleerd, het is minder duidelijk wat er vervolgens met deze signalen gebeurt. Het Zorgleefplan lijkt als middel om te rapporteren niet tot zijn recht te komen (uitgebreidheid, deskundigheid uitvragen domeinen).

Een aantal respondenten geeft aan dat het ruimte krijgen om wat met signalen te mogen doen, mensen stimuleert in de samenwerking met MZD. Over competenties met betrekking tot rapporteren en verwijzen wordt verschillend gedacht. Dit leidt tot een verschillende mate van bevoegdheden per functie.

Werkoverleg en cliëntbesprekingen die in minder of meerdere mate plaatsvinden zijn ook van belang bij de verbinding. Daar ervaren medewerkers betrokkenheid en delen er cliëntsituaties. Bij TZ is een reorganisatie naar kleinschaliger werken net achter de rug. De veranderingen in de organisatie hebben geleidt tot een veelheid van informatie en onrust, waardoor informatie sneller wordt ‘verwerkt’, of niet wordt opgepikt. Ook (gebrek aan) tijd is voor respondenten een factor van invloed.

6.1.4 Huisarts

Tijdens de interviews inventariseerden wij welke factoren van invloed zijn op de verbinding tussen de divisies TZ en MZD. Wij merkten dat er regelmatig werd gesproken over het betrekken van de huisarts bij probleemsituaties. Wanneer het gaat over signaleren en vooral over verwijzen blijkt de huisarts een belangrijke rol te hebben. We geven u de volgende citaten mee:

Een verpleegkundige:

“Ik denk dat je vrij snel grijpt - dan praat ik voor mijzelf- ik zou snel terugkoppelen naar de huisarts, dat is een sneller lijntje.”

Een verzorgende i.g.:

“De eerste paar keer wacht ik af om een goed beeld te kunnen krijgen, ik overleg met mijn werkbegeleider. Ik zou dan de huisarts raadplegen.”

“Met de huisartsen hebben we goede contacten. Daar overleggen we ook wel mee, maar die weten het soms ook niet. Ik denk dan: ‘we moeten toch wat’, maar dan stop dat soms ook. Zo was er onlangs een cliëntsituatie met het vermoeden van huiselijk geweld. Je merkt dan dat er iets niet klopt. We belden de huisarts en die zei dat hij die situatie wel vaker tegenkwam, maar ik dacht: ‘wat doen we daar dan aan? Want wij zitten er voor de cliënt in. De huisarts gaat er nu wel mee aan de slag. Hier merken we dat we een grens bereiken. In geval van nood bellen we elkaar ook ‘s avonds over zorgelijke situaties’.”(VIG)

Een maatschappelijk werker zegt over verwijzen van TZ naar MZD en de rol van de huisarts daarin: “Rechtstreeks is mooi, maar als het niet anders kan is de huisarts een goed alternatief. Het is belangrijk dat iemand de zorg meedraagt met de verzorgende als er problemen zijn die buiten de expertise van TZ vallen.”

“Dus er zal wel hulpverlening in dat gezin hebben gezeten, maar hoe en wie hebben wij niet geweten. De huisarts was er wel bij betrokken. Die heeft meer wegen en schakelt andere disciplines in”(VK)

“Neem bijvoorbeeld een cliënt met een hersenbloeding. In het ziekenhuis duiken ze met 10 man op zo iemand. Zodra ze dan denken dat je weer lekker in je vel zit laten ze je weer los. Maar de hele relatie met de partner verandert. De combi is weg. Je wordt ineens de verzorger van je partner. Daar heeft iemand begeleiding bij nodig. Op dit moment gaan we met zoiets naar de huisarts. Ik weet niet of dat zo ideaal is. De huisarts heeft niet altijd oog voor de psychosociale problematiek, voor het netwerk van de cliënt. Een huisarts komt met iets rustgevends. Deze mensen hebben wel iets meer nodig”(VK)

Dementie D is een project waar Beweging 3.0 ook in zit. Je hebt geen verwijzing van de huisarts nodig. Dat is fijn want huisartsen zijn niet altijd even zorgvuldig in het beoordelen van de verschijnselen van dementie.”(VK)

Heb je zicht op samenwerking met andere zorg/hulpverleners rondom een cliënt?

“Ja, meestal wel. We overleggen vaak met huisartsen.”(VK)

Een teamleider: “In situaties dat Voortrekkers het ook na overleg met collega’s even niet meer weten en ik denk dat het aan problematiek bij de cliënt ligt, adviseer ik nogal eens om de huisarts te bellen. Al vraag ik me af of huisartsen de cliënt goed genoeg kennen om sommige situaties te kunnen beoordelen. Zij komen eenmalig en denken over het algemeen medisch. Het is mogelijk dat zij wel eens medicijnen voorschrijven terwijl er nog andere mogelijkheden zijn.”

Aan een andere teamleider vroegen wij:

Voor zeer complexe vragen komt men bij jou: wat adviseer jij dan?

“Ik ben er altijd voor meteen de huisarts in te schakelen, omdat dat degene is die uiteindelijk verantwoordelijk is voor de cliënt. Ik probeer de grens te bewaken. Je hebt een signalerende rol en verder kun je niet.

Als je er maar voor zorgt dat je wat met je signalen hebt gedaan. Daarna zit je altijd met de grens rond privacy. Wat mag je wel en wat mag je niet delen als de cliënt geen probleem ervaart. Ik denk dan eerder aan de huisarts dan aan MW omdat die vanuit zijn functie ook een bepaalde druk en dwang kan uitoefenen die soms gewoon nodig is. Je moet wel van hele goede huize komen wil je met behulp van gesprekken en methodes een verandering kunnen bewerkstelligen in zeer complexe zaken.”(TL)

Een volgende teamleider vroegen wij waar de signalen nu blijven. Zij antwoordde: “bij de familie of bij de huisarts. Het is natuurlijk toch zo dat wij thuiszorg leveren.”

Conclusie

Uit meerdere gesprekken met respondenten blijkt dat de huisarts wordt benaderd voor psychosociale problematiek. Cliënten worden zo via de huisarts verwezen naar MZD. Een aantal respondenten vindt dit niet ideaal omdat men zich afvraagt of de huisarts de cliënt goed genoeg kent en genoeg oog heeft voor psychosociale problematiek. De vraag wordt gesteld of de huisarts deze problematiek genoeg kan beoordelen in de beperkte tijd van een consult en omdat deze de cliënt minder vaak ziet.

6.1.5 Familie en mantelzorg

Naast de huisarts, speelt ook familie en/of mantelzorg een rol bij het signaleren van problematiek door TZ. Ook bij het verwijzen naar MZD blijkt familie een belangrijke plaats te hebben. Daarom is het belangrijk ook familie en mantelzorg als factor in de verbinding tussen beide werksoorten te benoemen. Hieronder wat citaten van respondenten die daar iets over zeggen:

“Wij bouwen wel vertrouwen op en nemen contact op met de kinderen of de huisarts”(VIG)

“Voor een ander familielid komen we daar niet, maar we zien dat ook”.(VIG)

“Er was hier een CVA verpleegkundige, die is wegbezuinigd, dat is jammer. Die begeleidde mensen ook, na een CVA is het vaak moeilijk in wisselwerking met de partner. Ook bij Parkinson valt het vaak niet mee voor de familie. Ik kom ook in situaties waar nauwelijks mantelzorg is, waar een te klein sociaal netwerk is. Ik wist niet dat het MW daar ook hulp bij bood.”(VK)

“In de opleiding die ik heb gedaan krijg je kennis mee over alle ziektebeelden en wat daarbij komt kijken. Ook als een man bijvoorbeeld ziek is geworden en de vrouw voor hem gaat zorgen. Wij proberen dan de vrouw te ontlasten, zo van:”Ga maar even lekker zitten, wij doen dit of dat wel.”(VZ)

“Ik merk dat sommige psychiatrische cliënten het nodig hebben om hun netwerk weer op te bouwen, nadat het een periode niet goed met ze is gegaan. Daar kunnen ze wel wat hulp bij gebruiken.”(VK)

“Ik heb wel situaties waarin ik hen bel om te overleggen, of waarin ik naar hen verwijs. Zo werd ik laatst in de situatie erbij geroepen waar de vrouw dementie had en de man hartproblemen en een beroerte had gehad. Het liep daar spaak in huis”.(VK)

Bescheiden, want familie eerst?

“Wij hadden een cliënte die moeilijkheden had met haar zoon. Hij was volwassen en goed opgeleid, maar aan lager wal geraakt.

Hij sliep op een matrasje bij zijn moeder in huis. Tegen ons deed hij altijd vriendelijk, maar als wij op de gang liepen hoorden wij hem ruzie maken met zijn moeder.

De moeder was dementerend.

Er was ook nog wel een slimme dochter en dan houd je je als thuiszorgmedewerker toch wat afzijdig en ga je er van uit dat ze daar zelf wat aan doen.

Als je dat opmaakt uit de gesprekken met de dochter bijvoorbeeld, dan heb je je als thuiszorgmedewerker toch bescheiden op te stellen. Dus er zal wel hulpverlening in dat gezin hebben gezeten, maar hoe en wie hebben wij niet geweten. De huisarts was er wel bij betrokken.”(VIG)

“Wel moeten zij (of een familielid) zelf de telefoon pakken anders krijgen ze het idee dat het door hun strot geduwd wordt”.(VZ)

“We bellen ook de familie wel eens en dan zeggen we: ‘Joh, we zien dit of dat bij je moeder’. Sommige families zijn ook wel overbezorgd en verwachten veel van ons”.(VK)

Conclusie

'Familie en mantelzorg' speelt een rol bij de verbinding. Sommige thuiszorgmedewerkers zien kinderen van cliënten als méér verantwoordelijk voor het sociale welbevinden van de cliënt. De verantwoordelijkheid van de familie vinden zij groter dan die van henzelf. Familie van de cliënt wordt benaderd bij psychosociale problematiek.

Daarbij maakt het wel uit of een familielid zich opstelt als 'mantelzorger'. Ook hier kan stagnatie van signaleren en verwijzen plaatsvinden.

6.1.6 Verantwoordelijkheid

Dat de mate van verantwoordelijkheidsbesef voor integraal werken een factor van invloed is, merkten wij ook op uit de interviews. In zestien van de dertig interviews wordt daar iets over gezegd. Daarom hebben wij ook deze factor als thema apart gezet.

Een manager MZD noemt als doel voor de verbinding tussen MZD en TZ:

“Gebruik maken van elkaars kwaliteiten. Op de ene plek constateren dat er iets nodig is dat op de andere plek geboden kan worden en daar gebruik van maken. Dat moet een persoonlijk samenwerkingsdoel zijn tussen mensen.”

“Bijvoorbeeld bij een wond of een vraag rond oncologie, dan zoeken we contact met een gespecialiseerde verpleegkundige. Die hebben we in huis. Dat is heel gericht, je ziet het en komt in actie. TB en MW dat is minder concreet en daar moeten we wel meer naar toe.”(VIG)

De directeur TZ-MZD ziet het als sociaal maatschappelijke taak om te signaleren: “Door een integraal aanbod kan de beste zorg worden geboden”.

Een verzorgende C zegt over deze verantwoordelijkheid: “De cliënten, we pamperen ze dicht met pleisters en hebben maar weinig aandacht voor hun zielenleven.”

“Ik merk dat de psychosociale zorg een ondergeschoven kindje is. Het zou goed zijn als we daar met elkaar wat meer aandacht voor hebben. We bespreken het nu nauwelijks tijdens de cliëntbesprekingen.”

Bij dit thema maakt het ook nog uit wie verantwoordelijk is voor welke cliënt:

Een verzorgende i.g.: “Wij werden niet in kennis gesteld van wat TB daar deed. Het was niet ‘mijn’ cliënt, dus ik weet het verder niet zo goed, maar zij waren dus bij de cliënt en wij ook. Wij werden niet geïnformeerd over hun werkzaamheden.”

Een maatschappelijk werker antwoordt op onze vraag hoe aan te kijken tegen de wil van medewerkers (van twee kanten) om kansen voor samenwerking te benutten: “Ik vraag me soms af of men ziet wat er aan de hand is. Ben je alleen maar met je eigen stuk bezig of kijk je ook naar de mensen die problemen hebben, want daar zitten we voor. We zitten hier niet voor onszelf.”

“We zouden het met de terugkerende agendapunten en onderwerpen op het werkoverleg mee kunnen nemen.”(VK)

“Daar zit een eigen stukje verantwoordelijkheid vanuit ons”. “Bij elke activiteit van ons zou er een lijntje naar TZ moeten worden gelegd”.(GVO)

“Het is ons werk niet zo om met problematiek bezig te zijn. Het zou goed zijn als zij zich wat meer profileren en we wat meer met elkaar kunnen afstemmen.”(VK)

Een verzorgende i.g. antwoordt op onze vraag of ze kwam aan de nieuwe positieve ervaring met samenwerken doordat ze op zoek was gegaan naar informatie, hieruit blijkt verantwoordelijkheidsbesef:

“Ook, maar ook omdat we gebeld hebben. Wie zitten er in en wat kunnen ze doen. Dat initiatief hebben wij genomen. Niet dat we nu alles weten. Ik denk dat het heel goed is om een keer af te spreken. Een groepje van hen en van ons..” “Ik denk dat we veel aan elkaar kunnen hebben”.

“Wat ik merk is dat het werken in de Thuiszorg je al meer oog laat hebben voor sociale problematiek dan werken in een ziekenhuis. Je ziet veel meer in een thuissituatie.”(GVK)

Een andere gespecialiseerd verpleegkundige is dit opgevallen: “Mogelijk denken mensen dat het niet bij hun taak hoort. Dat moet de huisarts maar doen of de familie. Zo is de laatste tijd wel gewerkt. Ik noem wel eens het voorbeeld: ‘Als het been afgeschroefd kon worden waar een kous aangetrokken moet worden, dan zou dat heel gemakkelijk zijn, want dan heb je niets met dat mens te maken’. Zo extreem zie ik het. Er zijn zoveel minuten om die kous aan te trekken en o, wat jammer er zit ook nog iemand aan vast. Mensen in de Thuiszorg zouden dit gráág anders willen”.

Een geluid dat daar op lijkt:

“Wij zeggen wel eens tegen elkaar: Dit is thuiszorg hoor!”

“Ik bedoel daarmee: In een instelling of verpleeghuis ben je toch verantwoordelijker voor het totale welbevinden van de cliënt. Dat kan niet als je thuiszorg geeft, want je ziet de cliënt alleen maar op het moment dat je zorg biedt. Dus dat is beperkt. Je geeft de zorg die je moet geven en daar blijft het bij.”

Deze maatschappelijk werker zegt dit over verantwoordelijkheid:

“Er ‘moet’ een vervolgstap zijn. Het is de verantwoordelijkheid van Beweging 3.0 dat als er iets wordtesignaleerd, dat er dan ook iets mee gedaan wordt. In het belang van de cliënt.”

Conclusie

De mate van verantwoordelijkheidsbesef voor integraal werken is een factor van invloed. Constateren dat ergens iets nodig is en kijken waar dat geboden kan worden is volgens respondenten een maatschappelijke taak. In actie komen illustreert dat verantwoordelijkheidsbesef. Een respondent merkt op dat aandacht psychosociale zorg een ondergeschoven kindje is. Bij verantwoordelijkheidsbesef voor integraal werken maakt het uit of medewerkers de totale aandacht voor de cliënt zien als hun verantwoordelijkheid. We bedoelen hier niet het ‘technisch’ verantwoordelijk zijn zoals beschreven volgens taken in de functieomschrijving, maar het besef van verantwoordelijkheid voelen. In sommige situaties lijkt de arbeidsdeling nog merkbaar te zijn en belemmerend te werken.

6.1.7 Cliëntbelang

Tijdens het zoeken naar factoren die van invloed zijn op de verbinding tussen TZ en MZD kwam het belang van de cliënt, of in ieder geval de visie van medewerkers op het belang van de cliënt in vijftien interviews naar voren. Ook dat benoemen we apart.

Want hoe groot is het belang van cliënten, om verwezen te worden naar Maatschappelijke Zorg een Dienstverlening? Meerdere medewerkers vragen zich dat af. Ook dat is dus een factor die van invloed is op de verbinding.

“De oplossing zit nooit in de structuur alleen, mensen moeten het verschil maken, het belang ervan snappen”. (Manager MZD)

Deze gespecialiseerde verpleegkundige ziet wel degelijk belang: “Verpleegkundigen zijn snel in de ‘oplossing’ bezig, de praktische oplossingen. Maar soms moet eerst de ‘geestelijke’ oplossing. Ik ben zelf een ‘ouderwetse wijkverpleegkundige’ waarbij het welzijn van iemand zo belangrijk is. En als dat welzijn goed zit dan komen cliënten ook wel weer tot oplossingen. Het kan zeker zo zijn dat als iemand qua welzijn beter in z’n vel zit, dat het medische stuk meegaat.”

Een verzorgende C: “Ik zie bijvoorbeeld dat mensen blokkeren. Ze hebben het ergens vaak over en ze komen er niet uit. Dit belemmert hen dan zelfs in hun dagelijkse bezigheden. Het lukt dan allemaal niet meer. Of ze hebben allerlei lichamelijke klachten.”

Behoefte

Een teamleider TZ zegt het volgende over het thema ‘Cliëntbelang’: “Als tweede is voor mij nog de vraag hoe groot de behoefte is bij thuiszorgcliënten voor hulp van het MW. In mijn beleving is die behoefte namelijk niet zo groot. Vooral ouderen hechten aan een vertrouwde persoon en aan betrokkenheid van degene die bij hem over de vloer komt.”

Een verzorgende C zegt dit: “Veel cliënten zitten er denk ik niet op te wachten om naar een Maatschappelijk Werker te gaan. Wij zijn voor hen vertrouwd natuurlijk. Als je 32 uur werkt kom je bij de cliënten heel wat keren per week over de vloer.”

Ouderen

Een maatschappelijk werker: “We moeten inzicht hebben in elkaars werk. Wanneer denk je aan ‘iets’ wat wij ook bieden. Mijn collega’s zijn ook niet zo geïnteresseerd in ouderen. Wat moet je nou met ouderen? Het is een specifieke doelgroep. Daar wordt erg naar gekeken met jonge ogen. De aard van ouder worden is eenzaamheid. Ouderen vinden dat best redelijk normaal. Ouder worden betekent dat je mensen verliest en ook de zin en het vermogen om nieuwe contacten aan te gaan. Je keert meer naar binnen. Wij, de wereld, ziet dat als een probleem en dat kan het ook zijn, maar ik vraag me af of dat juist gezien en getoetst wordt. Het is belangrijk eerst in beeld te brengen waar het schort en dan kijken naar waar verbindingen gelegd kunnen worden.”

Een verpleegkundige: “Doordat je de mensen goed kent heb je in tien minuten al goed contact. Dat is ook de jeu van ons vak. Het is maar de vraag of het zo ideaal is om mensen te verwijzen naar een persoon die ze niet kennen. Veel cliënten zullen dat niet graag zien.”

Een verpleegkundige: “Mensen vinden het meestal genoeg dat er iemand zorg komt geven. Ze willen niet dat er nóg iemand in hun privé leven komt. Ze hebben het idee dat hun hele leven overhoop wordt gehaald. En ik kan me dat ook wel voorstellen.”

“Ik denk dat oudere mensen dat niet gemakkelijk doen. Wij geven aan die generatie nog zorg. Ik denk wel dat er nu een generatie aan komt waarbij het anders is. Die gaan zeggen: “ik merk dat ik hier niet zo goed mee om kan gaan”.

Autonomie

Een andere verpleegkundige: “De autonomie van de zorgvrager vind ik belangrijk. Degenen die wij in zorg hebben zijn allemaal wilsbekwaam. Wie ben ik dan om iets te gaan dwingen.”

Een Zichtbare Schakel: “Met TB hebben we goed contact”. Ik denk dat het aanbod van TB beter past bij wat cliënten nodig hebben”.

“Niet iedereen zal er een maatschappelijk werker bij willen hebben. Het moet in de eerste instantie blijven bij een voorstel. Thuiszorg is minder bedreigend.”

“Ik vind het belangrijk dat er afstemming is over de zorg. Je bent er in het belang van de cliënt. Het moet voor mij wel transparant zijn. De cliënt moet betrokken zijn als er iemand anders wordt ingeschakeld. Ik heb er dan ook geen probleem mee als dat een andere zorgverlener is. Als de cliënt daar iets mee heeft dan is dat ook prima. Er zijn voor mij geen belemmerende factoren om door te verwijzen binnen Beweging 3.0.”(TB)

Huiselijk geweld

Een maatschappelijk werker vertelt: “Laatst was er een thuiszorgmedewerker die een vorm van ouderen mishandeling signaleerde. De cliënt wilde niet naar het Maatschappelijk Werk. Ik heb toen gevraagd of ze mij wilde introduceren bij de cliënt, dat we er samen naartoe zouden gaan, maar ook dat wilde de cliënt niet.”

Een GVO medewerker vraagt zich af in hoeverre thuiszorgmedewerkers het belang zien van verwijzing naar één van de cursussen in hun aanbod.

Conclusie

Of de verbinding tussen beide divisies gaat werken hangt ook af van de visie van medewerkers op het belang voor de cliënt om gebruik te maken van een ander product van Beweging 3.0. Respondenten denken daar verschillend over. Hierbij speelt een rol hoe een medewerker de behoefte van de cliënt aan MW schat, hoe deze aankijkt tegen eenzaamheid bij ouderen en of medewerkers het idee hebben dat een andere hulpverlener voor de cliënt wenselijk is. Ook speelt een rol in welke mate medewerkers de autonomie van de cliënt willen respecteren, wanneer zij problemen signaleren en een cliënt wil daar geen hulp voor. In situaties van huiselijk geweld kan dit tot lastige situaties leiden.

6.1.8 Werkwijze MZD

De werkwijze van Maatschappelijk werk en dienstverlening kwam in negen interviews aan de orde en dient dus ook als factor te worden meegenomen. Hieronder wat citaten:

Bij mensen thuis

“TB komt bij de mensen thuis en als er al TZ is, dan komen ze elkaar daar tegen en weten van elkaar. Wij als MW komen niet bij de mensen thuis. In principe. Hoewel dat per werker verschillend is. Als er een aanleiding voor is, ga ik zelf wel op huisbezoek. De meeste van mijn cliënten zie ik wel een keer thuis.” (MW)

Een zichtbare schakel:

“Ik heb begrepen dat ze wel meer naar outreachend werken toe gaan. Dat zou een stuk gemakkelijker zijn voor bepaalde mensen.”

Voor mensen is de drempel soms te hoog om hier te gaan zitten. Iedereen ziet dan dat zij MW nodig hebben. Andere mensen zijn slecht ter been en vinden het dan teveel moeite om hier naartoe te komen.”

Intakeprocedure

Een verzorgende zegt: “Niet een officiële intake. Als je dit zo noemt haken mensen meteen af”

Een maatschappelijk werker: “Het uitgangspunt van MW is dat de cliënt zichzelf moet aanmelden. Dat is al heel lastig. Als een TZ medewerker iets signaleert en dat nog nooit met de cliënt heeft besproken, maar het wel kwijt wil. Als zij dan van ons de boodschap krijgen dat de cliënt zichzelf moet aanmelden... Hoe kunnen we bij de cliënt binnenkomen, wat is een ingang, zijn er andere mogelijkheden, bijvoorbeeld via de huisarts. Dat is een aandachtspunt voor ons. Ben je ook bereid om te zeggen: ‘ik ga daar eens naartoe en wat heb ik hen te bieden’. Daar ligt een rol voor MZD.”

Gezamenlijke visie

Iemand anders:

“Ik heb eerlijk gezegd ook wel een beetje een vooroordeel bij MW'ers. Die maken overal een probleem van. Ook als ik het geen probleem vind. Ik geloof dat ik anders kijk, veel meer somatisch. Maatschappelijk werkers kijken anders. Ik geloof zeker dat daar een samenwerking mogelijk is, maar die moet dan wel zo zijn dat je echt het gevoel hebt dat je voor dezelfde zaak staat. De gezamenlijke visie moet zijn dat het in het belang van de cliënt is. Dat kan ook zijn dat de cliënt het prima vindt zoals het is. Elkaar daar in ondersteunen.”(GVK)

Een teamleider TZ zegt: “Ik vraag mij af of de werkwijze van MW van dertig jaar geleden anders is dan de huidige visie op cliënten zorg en de daarbij behorende benadering. Past de werkwijze van MW wel bij de werkwijze van TZ? Een antwoord op die vraag vind ik wel van belang voor onze cliënten. Het is belangrijk dat we op één lijn zitten. Ik ben wel blij met de verjonging in het MW. Ik merk dat maatschappelijk werkers die kortgeleden bij Beweging 3.0 zijn gekomen meer betrokken zijn en op een meer gelijkwaardige manier met cliënten omgaan.”

“MW staat ook ver van de cliënt af.”(VIG)

Uit het interview met managers MZD: “Het vraagt iets van de vaardigheden en competenties van de medewerkers die daar zitten om zo verbindend en outreachend bezig te zijn dat je wel in contact komt met een TZ-medewerker.”

Dat zegt dan dus niets over de wijk, maar over de mensen. Daarnaast komt het wijkgerichte werken vanuit MZD onder druk te staan vanwege bezuinigingen. Er moet (in de toekomst) meer werk met minder 'poppetjes' gedaan worden. Wel zou het kunnen zijn dat een wijkgerichte aanpak veel oplevert."

Ook Marlijn Lenselink, directeur MZD-TZ geeft in een interview haar mening over de werkwijze van MZD:

"Bezinning op de vraag welke rol het MW wil en kan vervullen in de samenleving is nodig. Niet voor alle cliënten is een systeemgerichte benadering nodig. Soms kan een groepsaanbod, een korte oplossingsgerichte interventie of verwijzing voldoende zijn".

Conclusie

De werkwijze van MZD blijkt ook een factor van invloed te zijn op de verbinding. Maatschappelijk werkers van Beweging 3.0 werken nu in principe niet bij mensen thuis. Dit wordt door medewerkers als een nadeel gezien voor TZ- cliënten. Ook de aanmeld- en intakeprocedure wordt door zowel TZ- als MZD medewerkers als een nadeel gezien voor TZ- cliënten. Door respondent wordt de visie op de cliënt en de benadering genoemd als aarzeling bij het inschakelen van professionals uit de andere divisie.

6.1.9 Privacy

Zoals u in het voorwoord hebt kunnen lezen begon dit onderzoek naar de verbinding tussen TZ en MZD met vragen rond privacy. Thuiszorgmedewerkers signaleren soms nare situaties waar ze iets mee zouden willen, maar hoe kunnen zij dit oppakken als de cliënt geen actie wil (laten) ondernemen?

Een maatschappelijk werker heeft zicht op de problematiek die thuiszorgmedewerkers tegenkomen in hun werk en zegt daar het volgende over:

“Al is het alleen maar dat zij een consult willen hebben over: ‘Dit zie ik en hoe ga ik dat oppakken’.

Die keren dat ik dat heb meegemaakt, belde de medewerker bij de cliënt vandaan. Die was dus op de hoogte.

Maar ik denk dat er veel situaties zijn waarbij ze dat niet aandurven of niet weten hoe dat op te pakken. Dus wel van alles zien, maar niet weten waar ze ermee terecht kunnen.

Bij TZ zou dat een training kunnen zijn, wanneer je iets signaleert, hoe dat dan op te pakken. Doe je dat anoniem, of doe je dat in overleg met de cliënt. Mijn idee daarover is dat het lastig is. Ze moeten niet in de problemen komen doordat ze een melding doen. En als ze dat doen dan is het aan ons hoe daar mee om te gaan. Ga je dat outreachend oppakken, zonder dat cliënten weten dat het bij de TZ-medewerker vandaan komt.”

Een verzorgende i.g. deed dat in haar vorige werkring als volgt:

“Ik verwees niet meteen naar MW maar vroeg de cliënt of deze behoefte had er eens met iemand over door te praten die daar ook tijd voor heeft. Dat wilden ze dan wel graag”.

“.....vervolgens gaf ik wel aan dat het iemand was die MW had gestudeerd. Dat moet je ook aanvoelen. Met het woord maatschappelijk werk moet je niet beginnen. Zo belde ik bijvoorbeeld, na overleg met cliënten, naar MW met de vraag of zij eens langs wilden gaan bij een echtpaar van rond de 80 die wilden scheiden. Het was een en al ruzie en ellende. Ik vertelde haar kort wat er speelde. Zo gaandeweg het gesprek met de cliënten noteerde zij een aantal dingen. Niet een officiële intake. Als je dat zo noemt dan haken mensen meteen af.”

Niet pluis gevoel

Een zichtbare schakel zegt: “Stap één is: Ik signaleer een bepaalde behoefte waar ik zelf niets mee kan doen en wie kan daar dan wel wat mee doen. Als je dit ingewikkeld vindt, dan haak je snel af. Je moet het goed kunnen analyseren en definiëren. Je hebt een niet pluisgevoel, maar wat is er aan de hand. Wij communiceren nu naar de TZ teams: ‘Bij het gevoel dat er iets aan de hand is, kom dan maar bij ons, want dan gaan wij meekijken. Ik heb niet de ervaring dat dat als bedreigend wordt gezien.”

Een teamleider TZ: “Als je er maar voor zorgt dat er iets met je signalen wordt gedaan. Daarnaast zit je altijd met de grens rond privacy. Wat mag je wel en wat mag je niet delen als de cliënt zelf geen probleem ervaart.”

Toestemming

Een verzorgende C zegt: “Als MW en TZ dezelfde cliënt hebben vind ik dat zij er gewoon met elkaar over kunnen praten. Omdat het in dezelfde organisatie is. Je hebt de zorg voor de cliënt voor ogen. In andere gevallen moet de cliënt zelf contact opnemen met het MW. Dat ligt bij mijn weten niet vast ergens.”

Een verpleegkundige zegt dat zij het wel goed zou vinden om toestemmingsformulieren te gebruiken wanneer je over de cliënt contact wil opnemen met MW of een andere discipline.

Een andere verpleegkundige antwoord op onze vraag of privacy een rol speelt: “Ja ook, maar ik vraag het vaak: ‘vindt u het goed? Deze mogelijkheden zijn er denk er over na, volgende week ben ik er weer en dan hebben we het er over’. Soms zeggen ze: ‘Bel maar’, of: ‘ik wacht nog even af’. En als ik de huisarts dan toevallig spreek dan kaart ik het aan.”

Een gespecialiseerd verpleegkundige: “De cliënt moet het er wel mee eens zijn dat je een verwijzing gaat doen”.

Een teamleider TZ: “Op het moment dat het aan de orde is zal toestemming gevraagd moeten worden aan de cliënt om iemand anders bij de zorg te betrekken. Als dat onmogelijk is kan anoniem consultatie worden gevraagd of advies ingewonnen. Je kunt hierover bij het in zorg komen geen afspraken maken. Dan zou je cliënten iets aanpraten of iets suggereren wat niet aan de orde is.”

Rapporteren en privacy

In een gesprek met een verzorgende i.g. en een verpleegkundige kwam het volgende naar voren:

“Wat rapporteren betreft is het ook belangrijk om respect te hebben voor de cliënt. Ik merk dat cliënten er ook niet op zitten te wachten dat wij ons teveel met hun leven bemoeien. Laatst las een cliënt van mij in haar dossier dat een medewerker had opgeschreven: ‘Mevrouw zat een ijsje te eten.’ Zij was daar nogal verbolgen over. Wat gaat iemand anders dat aan.”

Conclusie

Een aantal respondenten geeft aan dat TZ medewerkers situaties tegenkomen waarbij zij het niet aandurven MW in te schakelen, of niet weten hoe zij actie kunnen ondernemen. Zichtbare Schakels geven naar TZ teams aan dat zij mee gaan kijken bij een niet-pluis gevoel over cliëntsituaties. Uit de interviews blijkt dat niet duidelijk is welke privacy afspraken binnen de organisatie gelden. Medewerkers gaan verschillend om met privacygevoelige informatie van cliënten. Het gaat hierbij om wat gerapporteerd wordt en om toestemming vragen aan de cliënt of met andere disciplines overlegd mag worden.

6.1.10 Vertrouwen

Dicht tegen de thema's 'Clientbelang' en 'Privacy' ligt het thema 'Vertrouwen'. In vijftien interviews komt dit aspect naar voren. Thuiszorgmedewerkers hebben veelal het vertrouwen van cliënten. Sommige medewerkers willen om die reden een extra poppetje voorkomen. Bij het thema 'Cliëntbelang' kwam dit aspect al een aantal keer langs, toch willen wij dit als aparte factor noemen, omdat het een thema is dat in veel interviews aan de orde kwam.

Een verzorgende C zegt: "Ze zijn blij dat ik kom en dat het geen vreemde is. Ik ben een vertrouwd iemand voor ze, die regelmatig komt."

Een andere verzorgende vertelt daar dit over: "Het kost soms ook wel tijd om iets te kunnen signaleren. Ik had een cliënt waar ik het eerst helemaal niet mee kon vinden omdat ze zo snauwde en tijd rekte. Ik had in het begin niet door dat zij dat deed omdat ze wat meer aandacht nodig had. Tot het moment waarop ze tegen mij zei dat ze zo ontzettend blij met me was. Dat was een omslag en toen leerde ik haar beter kennen. Ik had het met haar te doen toen ik merkte dat haar kinderen heel veel spullen van haar hadden weggedaan. Ik dacht: 'Wat hebben jullie gedaan!' Die mevrouw had zoveel verdriet. En ik zie ook dat het twee kanten heeft. Ook voor de kinderen kan het soms heel moeilijk zijn."

Een verzorgende i.g. vertelt: "Als ik iets signaleer dan vraag ik me af wat ik ermee zou kunnen doen. De eerste paar keer wacht ik af om een goed beeld te kunnen krijgen."

"Continuïteit is heel belangrijk. Ik merk dat cliënten hechten aan een vertrouwd persoon. Door het geven van zorg zijn wij intensief en ook intiem betrokken bij de cliënt. Je hoort ongelooflijk veel. Doordat je mensen goed kent heb je in 10 minuten al goed contact. Dat is ook de jeu van ons vak".

Wij vroegen aan een verzorgende i.g. welke rol het 'thuis' zijn bij de mensen heeft, als je kijkt naar TB, MW of TZ. Zij antwoordt: "Ik denk dat dat ook meespeelt. MW staat ook ver van de cliënten af. En die willen ook liever niet hun problemen ergens neerleggen. Terwijl ze soms bijvoorbeeld tijdens het douchen erover praten tegen ons. Dat is moeilijk, ook voor ons. Toch kom je er soms wel verder mee. Dan zeg je soms even niets. Soms praat je bewust niet over de problemen en dan komen ze er zelf mee. Dat vind ik mooi. Maar je hebt niet de kennis in huis, zoals MW, om sommige problemen goed aan te kunnen pakken".

Praatpaal

Een maatschappelijk werker: "Ouderen ervaren soms de TZ medewerker als praatpaal. Als iemand waar zij hun verhaal bij kwijt kunnen, maar dat zou niet moeten. Ze zouden daarvan niet afhankelijk moeten zijn. Eenzaamheid is een groot onderdeel van de problemen bij ouderen. Gebruik die aanwezigheid van TZ medewerkers nou juist om binnen te komen en om te kijken naar het werkelijke probleem en mensen daarbij te helpen. We hoeven ze geen problemen aan te praten, maar er moet wel duidelijk zijn wat er speelt en ook duidelijk worden dat die verantwoordelijkheid niet bij de TZ medewerker ligt. Die is er niet om de eenzaamheid op te lossen".

Een verpleegkundige vertelt: "Wij zijn voor de cliënten een vertrouwde persoon. Soms komen we er zeven dagen per week, soms wel twee keer op een dag. Je bouwt een soort intimiteit op. Ze vertellen je soms alles als je er bezig bent. Ik heb het meegemaakt dat een partner van een cliënt met parkinson het zo moeilijk had met de situatie dat hij achter me aan kwam. Hij zou wel uren nog willen praten over de situatie.

Ook was er een jongen die financiële problemen had en die suïcidaal was. Hij was gevallen en kreeg daarom wondverzorging. Als ik hem aanraadde om hulp te zoeken zei hij dat hij er met mij over wilde praten."

Een verpleegkundige geeft antwoord op de vraag of het zo kan zijn dat zij indirect doorverwijst naar MW, via de huisarts: “Ja, en dat heeft aan de ene kant te maken dat ik niet weet waarmee ik terecht kan maar ook gezien de situatie dat je het niet altijd rechtstreeks kan doen. Het ligt maar net aan de vertrouwensband die je met de cliënt hebt”.

Signaleren en vertrouwen als proces

Op onze vraag wanneer het MW in beeld zou moeten komen, antwoord zij: “In het begin is te vroeg, want dan signaleer je het niet en mensen gaan hun vuile was niet buiten hangen. Mensen weten soms niet eens dat ze een probleem hebben. Als ze eenmaal in zorg zijn dan zie je vaak het hele verhaal in de loop van de tijd erachter”.

Een andere verpleegkundige: “Ik weet het niet zo goed. Wij kennen de cliënt natuurlijk in hun dagelijkse doen en laten. Ze kleden zich letterlijk en figuurlijk voor ons uit. Tijdens het douchen en kleden of als je er bent als vertrouwde verpleegkundige of verzorgende krijg je meer te horen. Als er iemand met een bloknoetje tegenover ze komt zitten zal dat niet altijd werken”.

“Er kwam een vraag binnen van een huisarts of wij wilden gaan kijken bij een vrouw van 78 jaar. Het was een zeer ontwikkelde vrouw die veel van de wereld had gezien. Via het netwerk van deze cliënt was het signaal gekomen van lichte verwaarlozing. Ik ben toen twee weken lang bij haar langs geweest, alleen ik. Geen andere collega's, om vertrouwen op te bouwen”.

Een maatschappelijk werker: “Ik heb veel met ouderen gecommuniceerd. Die vaste thuiszorg is heel belangrijk voor hen. Ze krijgen veel verschillende mensen over de vloer. Voor hen is het belangrijk dat er stabiele hulpverlening is. Vaste mensen, bekende gezichten.”

Op onze vraag hoe een verpleegkundige signaleert, antwoord zij:

“Je ziet dingen meestal na verloop van tijd. De gezondheidsbeleving is ook voor iedere cliënt anders. Als je na tien minuten weer buiten staat zie je minder dan wanneer je anderhalf uur bij iemand bezig bent. Dan komt er een gesprek op gang en hoor je vaak veel over iemands achtergrond.”

Een gespecialiseerd verpleegkundige: “Er zijn situaties waar ik in een gezin kom, bijvoorbeeld voor het ogen druppelen. Een heel simpele taak, tien minuten per keer. Als je daar wat langer komt, dan zie je en merk je dat die mensen best wel tobben, echt tobben. Administratie, onbegrip, vergeetachtigheid en frustraties die dat oplevert richting elkaar.”

Een andere gespecialiseerd verpleegkundige zegt: “Wij kunnen de terughoudendheid en schaamte soms, niet zomaar verhelpen. Dat zit in onze maatschappij en cultuur. Dus dan is het hebben van een vertrouwensrelatie met de cliënt erg belangrijk.”

Signalerende rol

Een Zichtbare Schakel heeft de volgende visie op het signaleren en vertrouwen. Wij vroegen haar over het scholingsplan voor het weer leren signaleren binnen het wijkteam of signaleren moeilijk is. Zij antwoordde hierop:

“Nou, wel de tijd nemen denk ik, om te signaleren. Dat is nu het vervelende, je hebt een indicatie en daar moet je mee werken en daardoor ben je erg aan tijd gebonden. Daardoor heb je geen tijd om even rustig met iemand te zitten, terwijl je dan juist meer signaleert dan wanneer je gewoon je werk doet en na een kwartier weer naar de volgende moet. Bepaalde dingen zie je natuurlijk wel, maar voor andere dingen geldt dat je soms tijd nodig hebt om het vertrouwen van iemand te winnen. Een cliënt kan zich het eerste kwartier voordoen alsof hij/zij alles kan, maar als je dieper op het hele gebeuren ingaat, dan merk je dat het soms allemaal schijn is.

De signalerende rol is in de loop van de jaren weggegaan, door de bezuinigingen mochten we ook niet meer het echte signaleren doen, want daar hadden we geen tijd voor. En nu is het mooi dat we dat als ZS wel weer kunnen doen en daar voldoende tijd voor hebben. Dat moet uiteindelijk ook weer teruggebracht worden naar korte bezoeken.”

Een teamleider TZ zegt dit over vertrouwen: “Medewerkers komen vaker bij dezelfde cliënt omdat we nu wijkgericht werken, in kleine teams. Daaraan voorafgegaan is uit onderzoek van Beweging 3.0. gekomen dat cliënten niet steeds ‘weer een ander’ willen. Het lijkt mij dan ook belangrijk dat te beperken. Een extra poppetje dan voor cliënten onrust geven. Het kan het vertrouwen in medewerkers schaden.”

Een andere teamleider zegt over de intake: “bij de intake wordt het zorg/leefplan besproken, daarin komen al best pittige vragen naar voren. Alle medewerkers zouden zo’n gesprek moeten kunnen voeren, maar ik vind niet iedereen geschikt om zo’n gesprek te doen. Er staan vragen in over bijvoorbeeld bewindvoering, best heel persoonlijke dingen. Die moet je niet letterlijk zo vragen, dat vraagt echt iets van iemand. Ik vind dat spannend. Naarmate een TZ-medewerker langer bij de cliënt betrokken is, komt er steeds meer zicht op de omgeving”.

“Verder is het zo dat TZ medewerkers het zelf ook leuk vinden om gesprekken te hebben met cliënten. Vooral rond het thema psychosociale vragen. Dat is toch wat spannender. Het levert verpleegkundigen ook wat op voor de uitdaging in hun werk. De vraag is of helder is waar hun grens ligt, weten ze die zelf?”

Conclusie

Thuiszorgmedewerkers zijn voor cliënten over het algemeen vertrouwde personen. Tijdens de verzorging zijn zij dichtbij. Door cliënten worden zij soms ervaren als iemand waar zij graag mee praten. TZ medewerkers vinden dit een uitdaging in hun werk. Een respondent noemt dit de ‘jeu’ van het vak en andere respondenten noemen het ‘echt goede contact’ als datgene wat hun werk leuk maakt. TZ medewerkers signaleren na verloop van tijd, door de band die zij met cliënten krijgen, tijdens de verzorging en/of verpleging.

Een teamleider ziet een ‘extra poppetje’ echter als iets dat beperkt moet worden omdat het dat vertrouwen van TZ medewerkers kan schaden. Een Zichtbare Schakel geeft aan tijd nodig te hebben om vertrouwen te winnen. Het terugbrengen van de tijd die er nu is om te signaleren naar korte bezoeken wordt door de Zichtbare Schakel als nadelig gezien.

6.1.11 Deskundigheid

“De vraag is of helder is waar hun grens ligt, weten ze die zelf?”

Dit laatste citaat uit de vorige paragraaf gaat over de grens in tijd en deskundigheid van TZ-medewerkers. Verschillende medewerkers zeggen daar iets over. Die grens is wel aan de orde gekomen. Daarom nemen wij dit op in een apart hoofdstukje, qua thema past het ons inziens onder ‘Structuur’.

Een verzorgende i.g. zegt het volgende:

“Natuurlijk mag die cliënt mij alles vertellen en ik wil daar best een heel eind in meegaan, maar op zeker moment houd mijn werk daar op. Er is een grens aan mijn deskundigheid, dat is voor MW. In dit soort situaties verwijst mijn leidinggevende mij terug naar de voortrekkers, maar die begrijpen het niet en dan houdt het op.”

“Wat ik wel zou willen,” zegt een thuiszorgmedewerker, “Het MW een situatie voor kunnen leggen. Wanneer zij hun kennis aan ons overbrengen in bepaalde situaties zodat wij er zelf wat mee kunnen bij de cliënt.”

Een andere verpleegkundig zegt: “Ik kijk wel iets verder dan persoonlijke verzorging en verpleging, en ben wel vertrouwenspersoon, maar dat is op een ander vlak. Als er financiële problemen of relatieproblemen zijn dan kan ik daar niets mee. Ook als het erg vies is in huis is er andere begeleiding nodig. Ik denk dat dat niet voor alle collega's geldt misschien, dat ze precies hun grenzen weten. Soms is er iemand te betrokken en die wordt dan wel teruggefloten.”

Een maatschappelijk werker: “Ik kan me voorstellen dat een TZ-medewerker in een situatie zit waarin zij begaan is met de cliënt en dat ze dan proberen wat dingetjes te doen, maar eigenlijk moet je dat niet doen en niet willen. Het is te belastend. Het hoort niet bij je werk, dan komt er teveel binnen. Daar zijn anderen voor en als je dan ziet dat dat werkt en dat dat werkt, dan doe je dat bij de volgende cliënt ook.”

Deze maatschappelijk werker zegt ook: “Het is de vraag of de TZ-medewerker in staat is om de cliënt zover te krijgen dat deze zichzelf aanmeldt. Daar ligt juist een rol voor MZD”

Een verpleegkundige vertelt: “Ja en die verwijs ik dus wél naar het MW, maar vaak loopt het balletje dan al wel via de huisarts. Dat ik dan even opbel en dingen terugkoppel omdat niet iedere cliënt relatieproblemen maar zo benoemd. Dan zeg ik: ‘dit is wat ik signaleer’, en dan drop ik het daar en dan weet ik niet wat de afloop is.”

Een andere verpleegkundige zegt: “Je moet behoorlijk deskundig zijn op psychosociale problematiek wil je kunnen bepalen of je wel of niet verwijst. Wij hebben daar als we wat langer in het vak zitten natuurlijk wel een bepaalde antenne voor, maar ik weet niet altijd of het iets is voor het MW. Het zou fijn zijn in een dergelijk situatie te kunnen vragen aan een maatschappelijke werker wat die ervan denkt.”

Een gespecialiseerd verpleegkundige over die grens:

“Ik heb ook ervaring in een andere organisatie waar wij direct samenwerkten met het Maatschappelijk Werk. Ook de richting van mijn studie heeft er raakvlakken mee. Je krijgt wel wat mee over de effecten van een beroerte zoals somberheid en depressie, rouwverwerking en coping. Voor ons is het wel alleen het herkennen. Ik denk dat een maatschappelijk werker er wel meer over weet en er meer mee zou kunnen”.

Conclusie

Respondenten geven over het algemeen aan een grens te ervaren in het bieden van psychosociale zorg wat betreft deskundigheid of als taakafbakening.

Sommige maatschappelijk werkers vinden dat die grens duidelijker moet worden.

TZ-respondenten geven aan dat zij gebruik zouden willen maken van de deskundigheid van MZD.

6.1.12 Oplossingen, ideeën en behoeften van medewerkers van Beweging 3.0

Met het laatste citaat uit de vorige paragraaf: “Ik denk dat een maatschappelijk werker er wel meer over weet en er meer mee zou kunnen”, gaan we op weg naar onderzoeksresultaten die iets zeggen over mogelijke ontwikkelingen. Wat zou bijdragen de verbinding? Hieronder geven wij suggesties weer die medewerkers hebben gedaan om de verbinding te versterken en te behouden, of wat blijkt te werken. De cijfers wijzen op het aantal geïnterviewden die deze suggestie deden.

(Ervaring met) samenwerken (8)

Een gespecialiseerd verpleegkundige noemt hierboven ervaring met het samenwerken met Maatschappelijk Werk. Ook een verzorgende i.g. had die ervaring en wij hebben daar uit begrepen dat dat dus werkt. Deze mensen weten het Maatschappelijk werk op te zoeken als dat nodig is en als ze de bevoegdheid daartoe krijgen.

“We hadden een cliënt met parkinson waarvan de partner er niet goed mee om wist te gaan. Die raakte aan de drank en was regelmatig aan geschoten. Bij voorbeeld als verzorgenden er 's avonds langs moesten. Toen hebben wij de ouderenzorg van MZD ingeschakeld en deze hebben 'Maliebaan' ingeschakeld”.

Consultatie (19)

In de citaten hierboven wordt ook genoemd het raadplegen van MW'ers om te vragen wat zij van een situatie denken. Consultatie, ondersteunen, even kunnen bellen voor een vraag komt in bijna alle interviews met TZ-medewerkers aan de orde. Ook dat wordt dus wel als een mogelijkheid voor verbinding.

“Ik denk dat het goed zou zijn om een maatschappelijk werker te laten kijken of zij wat kunnen doen net als een wondverpleegkundige. Daar hoort dan een gezicht bij.”

“Nee, niet structureel, dat gaat ook weer af van de indicatie van cliënten als zij daar bij zijn. Als we het MW kunnen consulteren is dat goed”(VIG)

“Dat een maatschappelijk werker een bekend figuur wordt waar wij mee kunnen overleggen of aan wie we een cliënt kunnen verwijzen”.

“Op cliëntniveau is dat goed. Het zou goed zijn om elkaar wat vaker te spreken. In sommige cliëntsituaties gaan ze één keer kijken, maar blijkt het later toch niet goed te gaan. Je kunt dan gemakkelijker de kwestie nog eens aankaarten.”(VK)

“Wij hebben daar als we wat langer in het vak zitten natuurlijk wel een bepaalde antenne voor, maar ik weet niet altijd of het iets is voor het MW. Het zou fijn zijn in zo'n situatie te kunnen vragen aan een maatschappelijk werker wat die ervan denkt.”(VK)

Rollenspel of training met casus (5)

Gelijkwaardig, cursus op behoefte

“Dat we in hetzelfde gebouw zitten, elkaar kennen, in een teamvergadering ons aan elkaar voorstellen. Dat we groot overleg hebben over cliënten. Het zou leuk zijn als we een gezamenlijke cursus zouden doen met rollenspellen over signaleren en doorverwijzen, op basis van gelijkwaardigheid, om er achter te komen wat we voor elkaar zouden kunnen betekenen.” (MW)

Informatie (17)

Folders, nieuwsbrief, instructie, kaartje met naam en foto, kort en sprekend.

“Een folder met informatie moet kort maar krachtig zijn. Een vlotte powerpoint met gekke anekdotes, dat onthouden mensen. En rechtstreeks naar de medewerkers, want een afvaardiging bereikt niet alle mensen” (VK)

Introductie met ‘een gezicht erbij’ (12)

Menselijk contact, afstemmingsgesprek, elkaar kennen, vast persoon

“Wij willen heel graag concrete dingen horen, bijvoorbeeld met een casus. Een nummer of email kan ook. Als we maar weten wat we kunnen neerleggen. Mijn ervaring is dat als je een gezicht ziet en er wordt iets verteld, dan blijft het beter hangen. En ik ben ervan overtuigd dat de mensen in ons team dat juist heel prettig zouden vinden.” (VIG)

“Het is vooral belangrijk om elkaar persoonlijk te kennen.”(VIG)

“Het zou ook leuk zijn om eens in elkaars keuken te kijken. Als wij bij een cliëntenoverleg van jullie zouden zitten dan zien wij wat voor cliënten over de tafel komen en als jullie bij ons teamoverleg zouden zitten kunnen jullie horen voor welke problematieken mensen bij ons aankloppen, welke analyses wij maken en welke doelen wij stellen.”(MW)

Teamoverleg, Aansluiten bij team TZ (9)

Meedenken, pilot, experiment

“Het is misschien wel de beste optie dat er iemand bij is van ons. Omdat als je geen zicht hebt op het grote terrein van het aanbod van MW, dan kun je ook niet bedenken wat ze voor je kunnen doen. Een experiment, pilot daarop zou aardig zijn om het te toetsen. Het moet dan van bovenaf opgelegd worden. Je moet als manager het nut uitleggen en horen wat mensen vinden.”

Stap, lef (4)

Een thuisbegeleider zegt aan het einde van het interview: “Dus meer bekendheid zou goed zijn, zodat wij TZ ook ondersteuning kunnen bieden en elkaar weten en dŭrven te vinden.”

“Ik zou al gauw denken, laat maar, zo dramatisch is het niet. Terwijl ik juist, ook in mijn eigen vakgebied, werk met de eerste tekenen die je moet aanpakken, want dan kun je nog preventie toepassen. Misschien zou ik in de eerste instantie vooral advies willen. Misschien weten zij goed de weg in de sociale bureaucratie, het aanvragen van voorzieningen etc.”

Marlijn Lenselink: “Het zou goed zijn als de maatschappelijk werker in de wijk meer oog zou krijgen voor thuiszorg en andersom. Verplegend en verzorgend personeel moet meer lef krijgen om MW in te roepen.”

Conclusie

Als mogelijke oplossing voor het tot stand brengen van de verbinding tussen TZ en MZD zien de meeste respondenten het consulteren van MZD door TZ medewerkers.

Op cliëntniveau met elkaar samenwerken wordt regelmatig als optie genoemd in de interviews. Daarnaast is er behoefte aan informatie over het aanbod van MZD. Een introductie over elkaars werk, op een persoonlijke manier, wordt als derde mogelijkheid genoemd om verbinding te bewerkstelligen. Het gevolg is dan dat men het samenwerken als werkzame factor in de verbinding gaat ervaren. Het aansluiten van MZD bij teamoverleg, een rollenspel of training op basis van behoefte en gelijkwaardigheid, en tot slot het lef, de durf die TZ medewerkers nodig hebben om MZD te benaderen.

6.2 Onderzoek bij andere organisaties

Om de vraag te beantwoorden hoe de verbinding geoptimaliseerd kan worden zijn wij ook naar andere organisaties geweest om te vragen hoe daar de verbinding tussen MZD en TZ is vormgegeven. Wij informeren u hierover omdat de informatie over hoe andere organisaties hiermee omgaan mogelijk kunnen bijdragen aan de verbinding bij Beweging 3.0. U kunt de complete interviews vinden in bijlage D. Wij hebben gemerkt dat ook in andere organisaties gezocht wordt naar een passende manier van integraal werken.

ZuweZorg

Bij zorgorganisatie ZuweZorg is men bezig met een project integraal werken.

Hillie Zwart, projectleider integraal werken bij Zuwe Zorg, vertelt dat ook in haar organisatie voorheen ieder met zijn eigen ding bezig was. Zij hebben brainstormsessie gehouden met medewerkers van alle afdelingen. “Daar gebeurde al heel veel.” zegt zij. “De behoefte en de bereidheid om meer samen te werken werd daar duidelijk.

In het interviewverslag met haar kunt u lezen welke acties daaruit zijn voortgekomen. Het project was op het tijdstip van het interview nog niet geëvalueerd.

Volgens beleidsmedewerker Franck Wagemaker van ZuweZorg, wordt bij de intake standaard nagegaan of er andere zorgverleners actief zijn in het cliëntsysteem. Er kan integraal gewerkt worden omdat zij één zorgaanbod hebben. Wij hebben ook begrepen dat cliënten bij de aanvang van Thuiszorg een algemene brochure krijgen aangeboden waar al het aanbod van Zuwe in staat vermeld.

CMD/Vitras

Zo zegt Hans Bosman, beleidsmedewerker bij ‘CMD/Vitras’, dat de meldcode voor ouderen mishandeling hun organisatie heeft gestimuleerd het signaleren door Thuiszorgmedewerkers onder de aandacht te brengen.

Opella

Francien van Andel, maatschappelijk werker bij zorgorganisatie ‘Opella’ vertelt dat cliënten via het servicepunt op de hoogte worden gesteld van het aanbod van de organisatie. Mocht er outreachende aanpak nodig zijn, is dat ook mogelijk. Daar zijn voorwaarden voor gesteld.

Conclusie

Ook in andere organisaties zoekt men naar verbinding tussen Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening en Thuiszorg. Door brainstormsessies over integraal werken werd bij ZuweZorg de behoefte en bereidheid om samen te werken duidelijk. Bij CMD/Vitras was de invoering van de meldcode voor ouderen een stimulans om het signaleren door TZ medewerkers onder de aandacht te brengen. Bij zorgorganisatie ‘Opella’ werkt het ‘servicepunt’ als informatiebron voor cliënten over het complete aanbod van de organisatie.

6.3 Verzamelde conclusies bij de resultaten uit de interviews

In deze paragraaf vindt u de conclusies bij de resultaten uit de interviews op een rij gezet:

o Samenwerken

Bij het thema 'samenwerken' concluderen wij dat TZ en MZD medewerkers soms met elkaar samenwerken en dat dan ook waarderen. Meer wordt de samenwerking echter gemist. Een enkeling moet bedenken wat men 'kan' met de andere divisie. Een poging om samenwerking te bewerkstelligen tussen GVO en TZ heeft niet geleid tot het beoogde resultaat.

Werken op dezelfde locatie leidt over het algemeen niet tot een betere samenwerking. Ook daar mist men de ervaring een 'klik' te hebben met de andere werksoort. Men mist betrokkenheid en toegankelijkheid. Respondenten hebben de wens om meer samen te werken en zoeken naar mogelijkheden daartoe.

o Informatie

Bij het thema 'informatie' concluderen wij dat er onbekendheid is met het aanbod van MZD. Tijdens de inwerkprocedure ontvangen nieuwe medewerkers naast algemene informatie over de organisatie, alleen over de eigen divisie specifieke informatie over het werk en het aanbod van Beweging 3.0. Respondenten blijken informatie te missen en dit onderzoek wordt ervaren als een eye-opener. Wanneer medewerkers dit voor hun werk denken nodig te hebben gaan zij op zoek naar informatie. Informatie geven over het aanbod resulteert in sommige situaties tot meer verwijzingen, vooral als daar een 'gezicht' bij is.

In andere gevallen heeft het geven van voorlichting nauwelijks iets opgeleverd. Eén respondent geeft aan dat in een massale voorlichtingsbijeenkomst zij het gevoel kreeg dat het niet voor haar zou zijn. Wij noemen dit omdat het mogelijk voor meerdere medewerkers geldt.

o Structuur

'Structuur' is een thema dat in alle interviews terugkomt als van invloed op de verbinding. Er zijn verschillende functies binnen TZ en er blijkt onduidelijkheid over taken en bevoegdheden binnen die functies. Verzorgenden bleken ons moeilijk bereikbaar per email. Er wordt door medewerkers TZ gesignaleerd, het is minder duidelijk wat er vervolgens met deze signalen gebeurt. Het Zorgleefplan lijkt als middel om te rapporteren niet tot zijn recht te komen (uitgebreid, deskundigheid uitvragen domeinen).

Een aantal respondenten geeft aan dat het ruimte krijgen om wat met signalen te mogen doen, mensen stimuleert in de samenwerking met MZD. Over competenties met betrekking tot rapporteren en verwijzen wordt verschillend gedacht. Dit leidt tot een verschillende mate van bevoegdheden per functie.

Werkoverleg en cliëntbesprekingen die in minder of meerdere mate plaatsvinden zijn ook van belang bij de verbinding. Daar ervaren medewerkers betrokkenheid en delen er cliëntsituaties. Bij TZ is een reorganisatie naar kleinschaliger werken net achter de rug. De veranderingen in de organisatie hebben geleid tot een veelheid van informatie en onrust, waardoor informatie sneller wordt 'verwerkt', of niet wordt opgepikt. Ook (gebrek aan) tijd is voor respondenten een factor van invloed.

o Huisarts

Uit meerdere gesprekken met respondenten blijkt dat de huisarts wordt benaderd voor psychosociale problematiek. Cliënten worden zo via de huisarts verwezen naar MZD. Een aantal respondenten vindt dit niet ideaal omdat men zich afvraagt of de huisarts de cliënt goed genoeg kent en genoeg oog heeft voor psychosociale problematiek. De vraag wordt gesteld of de huisarts deze problematiek genoeg kan beoordelen in de beperkte tijd van een consult en omdat deze de cliënt minder vaak ziet.

o Mantelzorg en familie

‘Familie en mantelzorg’ speelt een rol bij de verbinding. Sommige thuiszorgmedewerkers zien kinderen van cliënten als méér verantwoordelijk voor het sociale welbevinden van de cliënt. De verantwoordelijkheid van de familie vinden zij groter dan die van henzelf. Familie van de cliënt wordt benaderd bij psychosociale problematiek. Daarbij maakt het wel uit of een familielid zich opstelt als ‘mantelzorger’. Ook hier kan stagnatie van signaleren en verwijzen plaatsvinden.

o Verantwoordelijkheid

De mate van verantwoordelijkheidsbesef voor integraal werken is een factor van invloed. Constateren dat ergens iets nodig is en kijken waar dat geboden kan worden is volgens respondenten een maatschappelijke taak. In actie komen illustreert dat verantwoordelijkheidsbesef. Een respondent merkt op dat aandacht psychosociale zorg een ondergeschoven kindje is. Bij verantwoordelijkheidsbesef voor integraal werken maakt het uit of medewerkers de totale aandacht voor de cliënt zien als hun verantwoordelijkheid. We bedoelen hier niet het ‘technisch’ verantwoordelijk zijn zoals beschreven volgens taken in de functieomschrijving, maar het besef van verantwoordelijkheid voelen. In sommige situaties lijkt de arbeidsdeling nog merkbaar te zijn en belemmerend te werken.

o Cliëntbelang

Of de verbinding tussen beide divisies gaat werken hangt ook af van de visie van medewerkers op het belang voor de cliënt om gebruik te maken van een ander product van Beweging 3.0. Respondenten denken daar verschillend over. Hierbij speelt een rol hoe een medewerker de behoefte van de cliënt aan MW schat, hoe deze aankijkt tegen eenzaamheid bij ouderen en of een medewerker het idee hebben dat een andere hulpverlener voor de cliënt wenselijk is. Ook speelt een rol in welke mate medewerkers de autonomie van de cliënt willen respecteren, wanneer zij problemen signaleren en een cliënt wil daar geen hulp voor. In situaties van huiselijk geweld kan dit tot lastige situaties leiden.

o Werkwijze MZD

De werkwijze van MZD blijkt ook een factor van invloed te zijn op de verbinding. Maatschappelijk werkers van Beweging 3.0 werken nu in principe niet bij mensen thuis. Dit wordt door medewerkers als een nadeel gezien voor TZ- cliënten. Ook de aanmeld- en intakeprocedure wordt door zowel TZ- als MZD medewerkers als een nadeel gezien voor TZ- cliënten. Door respondent wordt de visie op de cliënt en de benadering genoemd als aarzeling bij het inschakelen van professionals uit de andere divisie.

o Privacy

Een aantal respondenten geeft aan dat TZ medewerkers situaties tegenkomen waarbij zij het niet aandurven MW in te schakelen, of niet weten hoe zij actie kunnen ondernemen.

Zichtbare Schakels geven naar TZ teams aan dat zij mee gaan kijken bij een niet-pluis gevoel over cliëntsituaties. Uit de interviews blijkt dat niet duidelijk is welke privacy afspraken binnen de organisatie gelden. Medewerkers gaan verschillend om met privacygevoelige informatie van cliënten. Het gaat hierbij om wat gerapporteerd wordt en om toestemming vragen aan de cliënt of met andere disciplines overlegd mag worden.

- o Vertrouwen

Thuiszorgmedewerkers zijn voor cliënten over het algemeen vertrouwde personen. Tijdens de verzorging zijn zij dichtbij. Door cliënten worden zij soms ervaren als iemand waar zij graag mee praten. TZ medewerkers vinden dit een uitdaging in hun werk. Een respondent noemt dit de 'jeu' van het vak en andere respondenten noemen het 'echt goede contact' als datgene wat hun werk leuk maakt. TZ medewerkers signaleren na verloop van tijd, door de band die zij met cliënten krijgen, tijdens de verzorging en/of verpleging.

Een teamleider ziet een 'extra poppetje' echter als iets dat beperkt moet worden omdat het dat vertrouwen van TZ medewerkers kan schaden. Een Zichtbare Schakel geeft aan tijd nodig te hebben om vertrouwen te winnen. Het terugbrengen van de tijd die er nu is om te signaleren naar korte bezoeken wordt door de Zichtbare Schakel als nadelig gezien.

- o Deskundigheid

Respondenten geven over het algemeen aan een grens te ervaren in het bieden van psychosociale zorg wat betreft deskundigheid of als taakafbakening.

Sommige maatschappelijk werkers vinden dat die grens duidelijker moet worden.

TZ-respondenten geven aan dat zij gebruik zouden willen maken van de deskundigheid van MZD.

- o Oplossingen, ideeën en behoeften van medewerkers van Beweging 3.0

Als mogelijke oplossing voor het tot stand brengen van de verbinding tussen TZ en MZD zien de meeste respondenten het consulteren van MZD door TZ medewerkers.

Op cliëntniveau met elkaar samenwerken wordt regelmatig als optie genoemd in de interviews. Daarnaast is er behoefte aan informatie over het aanbod van MZD. Een introductie over elkaars werk, op een persoonlijke manier, wordt als derde mogelijkheid genoemd om verbinding te bewerkstelligen. Het gevolg is dan dat men het samenwerken als werkzame factor in de verbinding gaat ervaren. Het aansluiten van MZD bij teamoverleg, een rollenspel of training op basis van behoefte en gelijkwaardigheid, en tot slot het lef, de durf die TZ medewerkers nodig hebben om MZD te benaderen.

7 Resultaten uit literatuuronderzoek

Literatuurvondsten

Na het verwerken van de enquêtes en interviews, vroegen wij ons af welk literatuuronderzoek de vragen mede zou kunnen beantwoorden, naast de theorie over de Kleurenleer van De Caluwé. Deze theorie hadden wij al ter voorbereiding op de enquête bestudeerd. Omdat er veel organisatorische thema's uit het onderzoek zijn gekomen, die van invloed zijn op de verbinding van de beide divisies besloten wij ons te verdiepen in meer literatuur over het werken in een organisatie, die wij vanuit de opleiding hebben meegekregen.

Het 7S-model willen wij gebruiken om naar de factoren die van invloed zijn op verbinding te kijken vanuit theoretisch perspectief. In dit hoofdstuk geven wij een uitleg over dat organisatiemodel weer. We gebruiken het model vooral om de factoren te kunnen duiden. Wij verwachten dat het model inzicht geeft in de samenhang tussen de factoren. De kleurenleer van 'De Caluwé' geeft antwoord op vragen over cultuuraspecten binnen de divisies. We hopen daarmee ook een onderbouwde richting te geven voor samenwerking in de toekomst. Ook daar vind u in dit hoofdstuk informatie over.

We nemen tenslotte theorie op over de presentiebenadering. Wij denken dat deze theorie een bijdrage kan leveren in het kijken naar de signalerende en verwijzende taak van de TZ-medewerkers vanuit het perspectief van presentie. Voor de organisatie zou het nuttig kunnen zijn de verbinding tussen de beide divisies met behulp van de presentiebenadering vorm te geven. Dit sluit ook aan op de huidige maatschappelijke ontwikkelingen. Deze hebben wij beschreven in hoofdstuk 2.

7.1 Het 7S-model

Zoals genoemd willen we het 7S-model gebruiken om de factoren die van invloed zijn op de verbinding tussen TZ en MZD te duiden.

Er zijn tal van methoden om een organisatie te bekijken. Sommige analyses kijken naar structuren in de organisatie, andere meer naar de cultuur of het leiderschap. Het zogeheten 7S-model neemt een heel aantal van deze aspecten in beschouwing (Schermer en Quint, 2008).

Peters en Waterman (1982) hebben een model ontwikkeld dat goed te gebruiken is om een antwoord te vinden op de vraag hoe een organisatie in haar meest essentiële en onderlinge samenhangende onderdelen functioneert: het 7S-model.

De naam geeft aan dat het om zeven onderdelen gaat waarvan elk onderdeel met de letter 'S' begint.

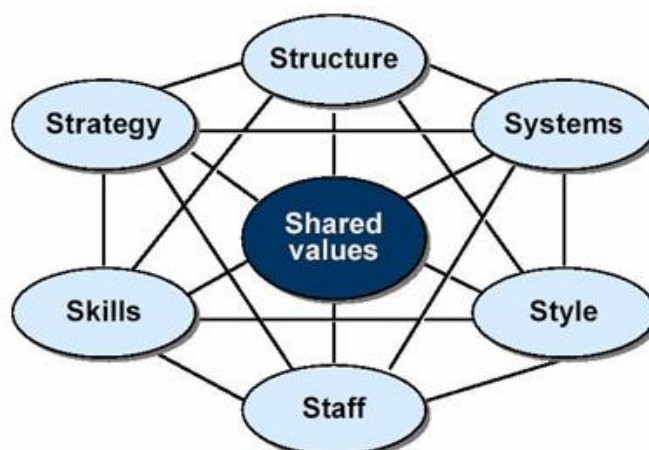
Het model is simpel en praktisch en is niet gestoeld op ingewikkelde theoretische achtergronden. De kracht van dit model schuilt in het feit dat het belangrijke aspecten in hun onderlinge samenhang beziet en het relatief eenvoudig is gemaakt om problemen in organisaties op te sporen en van oplossingen te voorzien. Daardoor is het een goed instrument voor een 'zelfdiagnose'.

Het model kan heel goed ingezet worden om binnen teams het functioneren van het eigen team of eigen organisatieonderdeel te bespreken. Maar het kan ook heel goed gebruikt worden om de organisatie als geheel te bespreken.

Het model bestaat uit zeven aspecten, die allen met een 'S' beginnen.

1. Structure (structuur) heeft betrekking op de gebruikte organisatiestructuren, de verhouding tussen lijn- en staffuncties, de communicatiestructuur, taakverdelingen, de hiërarchische niveaus, de inrichting van het organogram.
2. Systems (systemen) slaat op de procedures en routinematige zaken (zowel formeel als informeel) die nodig zijn om de organisatie dagelijks draaiend te houden. Voorbeelden zijn: besluitvormingsprocedures, systemen om werkplanningen te maken, klachtenprocedures (voor klanten en personeel), etc.
3. Style (organisatiestructuur en managementstijl) gaat over het gedrag van leidinggevenden en uitvoerders. De wijze waarop men samenwerkt en aanstuurt, de omgangsvormen, rituelen en gebruiken, regel en voorschriften, normen en waarden. Hoe werkt men samen? Wat wordt belangrijk gevonden voor het bedrijfsimago en de bedrijfsidentiteit en hoe werkt men daaraan?
4. Staff (personeelsbezetting) verwijst naar het type mensen in de verschillende beroepsgroepen met hun eigen kenmerken. Is er sprake van 'managing diversity' (diversiteitsbeleid) of juist niet. Waardeert men kritische, reflexieve professionals? Hoe staat het met de aanwezige vak kennis, zijn de beroepskrachten bekwaam? De wijze van belonen van werk, mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering en scholing, etc.
5. Skills (vaardigheden) gaat niet zozeer over de vaardigheden van individuele medewerkers alswel of de organisatie in haar geheel sterk of zwak is. Denk hierbij bijvoorbeeld aan vragen als: Hoe klantvriendelijk en servicegericht is de organisatie? Is er voldoende tijd en geld beschikbaar om te innoveren? Waar is de organisatie in het algemeen goed in en waarin niet? Hoe oordeelt de buitenwereld over de organisatie?
6. Strategy (strategie) beschrijft of doelen concreet worden geformuleerd. Werkt men planmatig op basis van gedegen analyses? Of is er meer sprake van achter de feiten aanhollen, zogenaamd ad-hoc beleid? Wordt er proactief of reactief gereageerd in het realiseren van organisatiedoelen?
7. Shared values (gedeelde, duidelijk onderscheidende, dus significante waarden) behandelt de centrale waarden van de organisatie, de zogenaamde leidende parolen van waaruit gewerkt wordt. Het gaat om fundamentele waarden. Zijn ze nog van deze tijd? Moeten we ze juist handhaven, versterken of bijstellen? Waar staan wij voor? Wat zijn de basisprincipes waarin de werkers van de organisatie moeten geloven om er te kunnen werken? Handelt de organisatie daar ook naar? Wat is het antwoord op de vraag: waarom bestaan wij überhaupt? Dat raakt aan 'missie' en 'visie'. Wat bindt de werkers in deze organisatie? Wat is de centrale visie van waaruit men werkt?

De zeven afzonderlijke velden beïnvloeden elkaar onderling in meer of mindere mate. De 'Shared values' hebben een centrale plaats in het model, omdat hierin het bindmiddel van de organisatie schuilt.



Het 7S-model stimuleert om in een onderlinge samenhang naar al deze aspecten te kijken. Het voordeel daarvan is dat een gesignaleerd probleem niet wordt geïsoleerd binnen het eigen aspect, maar dat gerealiseerd wordt dat het in stand houden of oplossen van het probleem van invloed is op (één of alle) andere aspecten. Dat is de meerwaarde van het model (Schermer en Quint, 2008).

Verder laat het model zien dat de benadering op verschillende terreinen (de zeven factoren) elkaar moeten ondersteunen en versterken om de strategische doelen van een organisatie te kunnen bereiken.

De auteurs benadrukken dat de onderlinge relatie en afhankelijkheid van de diverse deelgebieden veel aandacht behoeven. Men zou kunnen stellen dat de prestatie op elke factor afzonderlijk en als onderdeel van het geheel moet worden geëvalueerd en geoptimaliseerd.

Strategy, structure en systems zijn de zogenaamde 'harde', oftewel objectieve en concrete, factoren. De andere factoren zijn de zogenaamde 'zachte' factoren. Strategy, structure en systems kunnen vrij snel worden beïnvloed. De andere factoren kunnen slechts 'traag' worden beïnvloed.

Opmerkingen:

Om te komen tot een integrale benadering met 'harde' en 'zachte' factoren is voor veel managers nog steeds geen sinecure. Het model benadrukt terecht dat zaken als waarden, cultuur, communicatie en managementstijl wel degelijk een duidelijke invloed hebben op de prestaties van de onderneming. De onderlinge afhankelijkheid van factoren wordt daarbij terecht zeer sterk benadrukt. Er zijn veel variaties op het model ontstaan. De essentie van het model staat als een huis en het spelen op verschillende schaakborden en daarbij ook nog eens de onderlinge relaties zien en kunnen beïnvloeden blijkt voor veel managers het moeilijkste onderdeel van strategisch management (www.managementstart.nl 15-05-11).

7.2 De kleurenleer van De Caluwé

De theorie over de kleurenleer van De Caluwé nemen wij op in dit hoofdstuk, omdat wij denken dat het ons zicht geeft op cultuuraspecten binnen de divisies. Verder hopen wij dat deze theorie richtinggevend kan zijn bij samenwerken tussen beide divisies.

In het onderstaande gedeelte van dit hoofdstuk willen een korte uitleg geven over hoe veranderingen in organisaties tot stand kunnen komen. Reden hiervoor is dat er bij Beweging 3.0 een veranderingstraject in gang gezet moet worden om te bereiken dat beide divisies met elkaar verbonden zijn.

We maken hierbij gebruik van de theorie van prof.dr.Léon de Caluwé (hoogleraar Advieskunde VU Amsterdam en senior partner en adviseur bij Twynstra Gudde).

De Caluwé is gespecialiseerd in veranderingstrajecten.

We citeren uit het artikel: 'Denken over verandering, in vijf kleuren', van De Caluwé.

De kleuren

- **Blauwdrukdenken:** de uitkomst staat van tevoren vast, is goed te omschrijven en te garanderen. De blauwdruk staat voor het van tevoren gemaakte ontwerp/de tekening (vaak een ding/object), die vervolgens wordt gerealiseerd/geïmplementeerd.
- **Rooddrukdenken:** het gaat hier om de mens, met de kleur van menselijk bloed. De mens moet worden beïnvloed, verleid en uitgelokt.
- **Groendrukdenken:** het gaat hier om ideeën om mensen (met hun motivatie en leervermogen) aan het werk te krijgen, het "groene licht" te geven. Het gaat hier ook om "groeien" zoals het groen van de natuur.
- **Witdrukdenken:** Omdat wit alle kleuren omvat en de zelforganisatie en het evolutiedenken vertegenwoordigt en omdat wit de meeste ruimte biedt voor invulling: alles is nog open.
- **Geeldrukdenken:** Het heeft te maken met de symboliek van macht (de zon, het vuur) en van de aard van de coalitievorming (broedprocessen bij de open haard).

Het woord 'druk' verwijst naar het streven van veranderaars om toch min of meer planmatig te werk te gaan. Dit sturen en plannen gebeurt in de vijf manieren van denken zeer verschillend.

Drie kleuren nader toegelicht

Geeldrukdenken

Bij geeldrukdenken wordt verondersteld dat mensen pas zullen veranderen als je rekening houdt met hun (eigen)belang of als je ze tot bepaalde opvattingen kunt verleiden of dwingen. Het bijeenbrengen van meningen of standpunten en het vormen van coalities of machtsblokken zijn favoriete manieren van doen in dit soort veranderingstrajecten. Deze manier past heel sterk in veranderingstrajecten waar complexe doelen of effecten moeten worden gesteld of bereikt en waarbij meerdere personen of partijen zijn betrokken.

- Het gaat ervan uit dat de neuzen in dezelfde richting krijgen (al) een verandering op zichzelf is. Beleid maken of een (project-)programma tot stand brengen is het bijeenbrengen van belangen.

- Beleid of programma uitvoeren of tot de gewenste effecten brengen, vereist Doelen stellen, het beleid bepalen, gebeurt door het creëren van draagvlak, win-win situaties creëren. Deze doelen 'vasthouden' en 'realiseren' is een grote opgave omdat de doelen en de context dynamisch bepaald zijn.

De uitkomst van de verandering is lastig te voorspellen omdat deze afhankelijk is van de (mogelijk wisselende) macht en invloed van groepen en partijen. Het traject is bovendien moeilijk te structureren en te plannen.

Ideaal: mensen zien (altijd) overkoepelende belangen en willen collectieve effecten nastreven. Valkuil: doelen en middelen/inspanningen zijn niet met elkaar verbonden ('luchtftietserij').

Rooddrukdenken

Bij rooddrukdenken wordt ervan uitgegaan dat mensen en organisaties zullen veranderen als je de juiste HRM-instrumenten inzet en je deze op een goede manier gebruikt. Mensen veranderen, met andere woorden, als je ze beloont (door salaris, promotie, bonus, goede beoordeling) of 'straft' (door demotie, slechte beoordeling).

- Het gaat om de ontwikkeling van competenties, van talenten, van het beste uit mensen halen, een combinatie van de organisatie en de mens.
- De verandering (uitkomst, het resultaat) kan in deze manier van denken wel van tevoren worden bedacht, maar kan niet worden gegarandeerd omdat het afhankelijk is van de interactie tussen de verandering en de 'slachtoffers': de gewenste uitkomst verandert tijdens het proces. Monitoring vindt plaats, maar bijsturen kan niet onbeperkt. Afdwingen van de verandering is beperkt mogelijk.

Het veranderingstraject kost tijd. Het subject (veranderaar) en het object (diegenen die (moeten) veranderen) zijn verschillende personen, maar interacteren frequent. Het management motiveert en argumenteert te behoeve van de verandering. De verandering is te managen via doelen stellen, monitoren en zo nodig bijstellen van de doelen.

'Verleidingsstrategie en werken met straf- en lokmiddelen is effectief': Het dominante denken van de veranderaar: de factor mens speelt een belangrijke rol. Het gaat om een combinatie van te bereiken veranderingen en de mensen die het moeten doen.

Ideaal: zoeken naar de juiste 'fit' tussen mensen en instrumenten, tussen organisatiedoelen en individuele doelen, naar de goede manier om mensen te prikkelen. Valkuil: gebrek aan 'harde' uitkomsten en gebrek aan ruimte voor individuele motieven en maatwerk. Miskent macht (top-down en bottom-up) in organisaties.

Groendrukdenken

Bij groendrukdenken liggen veranderen en leren als begrippen dicht tegen elkaar aan. Mensen veranderen als ze gemotiveerd zijn om te leren, als ze in leersituaties gebracht worden en als hen effectieve wegen worden aangereikt om andere manieren van doen te leren.

- De uitkomst van de verandering laat zich in dit denken moeilijk voorspellen, omdat die sterk afhankelijk is van de mate en aard van leren van mensen (en dit is weer afhankelijk van hun leervermogen, de effectiviteit van leerprocessen en dergelijke). De weg er naar toe wordt gekenmerkt door het creëren van leersituaties en doordat mensen en organisaties leren. Monitoring heeft geen functie voor bijsturing, maar voor planning van het vervolg. Het afdwingen van de verandering is contra-productief: het gaat er vooral om mensen gemotiveerd in leersituaties te brengen.
- Het veranderingstraject kost veel tijd: het is aanleren en afleren en vallen en opstaan. Subject (veranderaar) en object (slachtoffers) kunnen verschillende personen zijn, maar de interacteren zeer veel. Ze kunnen van rol wisselen, de veranderaar leert ook.

Het management van de verandering is zeer beperkt. Motiveren, betekenisgeving, leren in de breedste zin van het woord zijn veel gebruikte interventies.

Het dominante denken van de veranderaar is: mensen motiveren om te willen leren met elkaar en van elkaar teneinde permanente lerende groepen te krijgen.

Ideaal: de lerende organisatie waarin alles is te leren en waarin intentioneel leren bewust wordt toegepast. Valkuil: in sommige situaties willen of kunnen mensen niet leren (ontbreken van vaardigheden). Ook hier is een gebrek aan 'harde' uitkomsten.

Elke kleur heeft sterke en minder sterke kanten. De situatie en omstandigheden (context), de beoogde verandering, degenen die de verandering wil en de (persoon van de) veranderaar zijn de vier factoren die sterk van invloed zijn op de keuze van een kleur.

Extra opmerking bij rooddrukdenken: veranderen is hier het inzetten ('toevoegen') van HRM-instrumenten (beloning, opleidingen, etc.) en organisatiekundige elementen om de 'zachte' aspecten (personeel, talenten, competenties) van een organisatie te veranderen. (CHE, Werken in een Organisatie, 2009/2010).

7.3 Presentie, een inleiding

In deze paragraaf vindt u informatie over 'Presentie'. Wij denken dat je kunt kijken naar signalerende en verwijzende taak van de TZ-medewerkers vanuit het perspectief van de presentietheorie. De presentiebenadering sluit aan op de huidige maatschappelijke ontwikkelingen om aanwezige kracht te benutten.

Een zeer korte omschrijving van presentiebeoefening is de volgende:

“Een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft, zo leert zien wat er bij die ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting dáárbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw”.(presentie.nl)

Door verschillende onderzoekers en schrijvers is aandacht besteed aan de toepassing van deze presentietheorie in de praktijk.

Annelies van Heijst, hoogleraar zorgethiek en caritas, stelt ethische vragen bij de gezondheidszorg door die in een omvattender cultureel en sociaal kader te plaatsen.

Ook probeert ze inzichten te ontwikkelen waar werkers in de zorg van nu iets mee kunnen. Onder professionals, cliëntenorganisaties en mantelzorgers geniet ze bekendheid vanwege haar gedachten over 'Menslievende zorg'.

De kern daarvan is dat vaktechnisch correcte zorg een absolute voorwaarde is, maar dat zorg mensen pas echt goed doet als ze er het gevoel aan over houden dat men hen heeft zien staan. (zorgethiek.nu) Zij schrijft:

“Té kort gezegd is presentie niet zozeer iets voor de ander doén, maar iémand voor die ander zijn, al sluit het een het ander niet uit. Presentiebeoefening betekent voor de ander, die op de en of anderen manier in nood verkeert, een medemens zijn, waardoor de ander ook voor jou een medemens kan worden. Zo opgevat maakt de presentiebeoefenaar van medemenselijkheid diens professie. Dit beoefenen van presentie begint bij ongelijke en urgente behoefte, maar het is geen eenrichtingsverkeer en het groeit vaak uit tot iets wederkerigs”. (p.210)

In ons onderzoek staat het zoeken naar verbinding vanuit beide divisies centraal. Uit de conclusies bij de interviews blijkt dat 'lef' en 'durf' van TZ-medewerkers nodig is om contact te kunnen leggen met MZD. Om 'lef' en 'durf' verder te kunnen duiden, citeren wij uit 'Gewoon lief zijn'.

Het lef van thuiszorgmedewerkers

Annelies van Heijst citeert in haar boek 'Menslievende zorg' de schrijfster Van der Kooij die o.a. in het kader van belevingsgerichte zorg spreekt over verzorgenden. Volgens van Heijst stelt zij hun situatie wel zwart-wit voor en die mening delen wij met haar. Toch nemen wij dit gedeelte van haar boek hier op omdat het iets zegt over de durf en het lef van de TZ-medewerker, die nodig is om actie te ondernemen wanneer de situatie daar om vraagt:

Van der Kooij (*Gewoon lief zijn*, 2002) schrijft over verzorgenden: “Verzorgenden werken hard, zijn laaggeschoold en worden overvleugeld door hoger opgeleiden. Hun zelfvertrouwen is gering, hun arbeid eentonig en hun inschatting telt amper. Toch zijn zij de dementerenden dagelijks het meest nabij in de verzorging. Ze hebben wel latente kennis en zetten die ook in, maar die kennis moet worden opgedolven en bewust gemaakt. Dan krijgen ze zelfvertrouwen en durven ze creatief, authentiek en trefzeker te reageren. Ze reageren dus vanuit hun aanwezige talent plus het contact dat zij met de dementerenden hebben. (p.27,44,47,66)

De oorspronkelijke intenties waarmee verzorgenden aan het werk gaan, zijn om geborgenheid te geven en de ander in diens eigenwaarde te bevestigen.

Ze realiseren dat soms in momenten van contact (p.59,104) maar vanwege de barre existentiële nood die ze vaak tegenkomen en de taakgerichte routinematige werkcultuur komt er toch niet veel van terecht. Daardoor vervreemden ze van hun werk”.

Conclusie

De theorie die wij in dit hoofdstuk hebben opgenomen is divers. De factoren die van invloed zijn op de verbinding tussen beide divisies zijn dat ook. Met behulp van theorie op het gebied van organisatiekunde duiden wij organisatorische factoren. Met behulp van theorie op het gebied van veranderingskunde hebben wij gekeken naar cultuuraspecten waarmee rekening gehouden moet worden bij het tot stand brengen en behouden van de verbinding. Met behulp van de theorie over de presentiebenadering willen we laten zien dat de signalerende en verwijzende taak van de TZ-medewerker meer inhoud en gewicht kan krijgen.

8 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk vatten wij de resultaten van het onderzoek samen. We geven weer hoe we de resultaten interpreteren welke betekenis wij er aan geven.

Hiermee geven wij antwoord op de probleemstelling en de onderzoeksvragen. We geven weer hoe nauwkeurig de meetresultaten zijn en in welke mate de beperking van de onderzoeksmethode invloed heeft gehad op de uitkomsten en evalueren zo het uiteindelijke product van dit onderzoek.

We lopen de deelvragen langs die beantwoord dienen te worden en beantwoorden daarmee de hoofdvraag. U kunt vervolgens lezen welke aanbevelingen wij doen als antwoord op dit onderzoek.

8.1 Welke factoren zijn van invloed op de verbinding tussen de beide divisies?

Uit de enquêtes blijkt dat de volgende factoren van invloed zijn:

TZ:

- 82% ziet geen belemmerende factoren voor verwijzing naar MZD
- 63% geeft vaardigheden m.b.t. verwijzen als factor aan
- 31% geeft aan dat het TZ aanbod onvoldoende in beeld is bij MZD
- 30% ziet privacy/beroepsgeheim als factor van invloed

MZD:

- 78% ziet geen belemmerende factoren voor verwijzing naar TZ
- 49% geeft vaardigheden m.b.t. signaleren als factor aan
- 55% geeft aan dat het TZ aanbod onvoldoende in beeld is bij medewerkers MZD

Uit de interviews blijkt dat vooral de volgende factoren van invloed zijn:

- o Informatie
 - onbekendheid aanbod (zie deelvraag 2)
 - hoeveelheid informatie
- o Structuur
 - onduidelijkheid over competenties, taken en bevoegdheden
 - informatie en signalen stagneren
 - postroute onduidelijk
 - reorganisatie en structuurwijzigingen
 - Zorgleefplan werkt (nog) niet optimaal
- o Werkwijze MZD
 - aanmeld en intakeprocedure
 - MW werkt in principe niet bij mensen thuis
 - visie op cliënt en benadering

Daarnaast worden de volgende factoren genoemd als van invloed:

- o Samenwerking
 - samenwerking wordt gewenst
 - betrokkenheid als collega's en op elkaars werk
 - toegankelijkheid
- o Cliëntbelang
 - vraagtekens bij extra 'poppetje'
 - respect autonomie
 - visie MZD op eenzaamheid bij ouderen

- Verantwoordelijkheid
 - zien medewerkers de aandacht voor de gehele cliënt als hun verantwoordelijkheid
 - arbeidsdeling TZ nog merkbaar
- Privacy-aspecten
 - onduidelijkheid over privacy-afspraken binnen de organisatie
- Huisarts
 - wordt benaderd bij psychosociale problematiek
- Mantelzorg en familie
 - familie wordt benaderd bij psychosociale problematiek
- Vertrouwen
 - TZ-medewerkers hebben het vertrouwen van cliënten
- Deskundigheid
 - er wordt een grens ervaren in deskundigheid

Ontwikkelingen binnen de organisatie die van invloed zijn op de verbinding

- Reorganisatie bij TZ:
 - verandering naar zelfstandige, wijkgericht werkende teams
- Structuurveranderingen bij MZD:
 - TB gaat deel uitmaken van MW teams en gaat daarmee wijk/regiogericht werken
 - aankomende verandering in aanbod van MZD, andere en aanvullende interventies

Maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de verbinding:

- Welzijn Nieuwe Stijl, De Kanteling
- Bezuinigingen van overheidswege

Factoren van invloed op de verbinding, vanuit theoretisch perspectief:

Om vanuit theoretisch perspectief zicht te krijgen op de invloed die factoren hebben binnen de verbinding tussen de beide divisies, plaatsen we deze in het 7S-model.

Strategie, structuur en systemen zijn de zogenaamde 'harde', oftewel objectieve en concrete, factoren. Deze kunnen vrij snel worden beïnvloed:

- Strategie: structuurwijzigingen MZD
- Structuur: o.a. het Zorgleefplan en taken en bevoegdheden medewerkers TZ
- Systemen: informatie over en bekendheid met aanbod

De andere factoren zijn de zogenaamde 'zachte' factoren. De andere factoren kunnen slechts 'traag' worden beïnvloed:

- Sleutelvaardigheden: werkwijze MZD
- Staff/personeel: vaardigheden (en bevoegdheden) m.b.t. verwijzen, verantwoordelijkheid
- Shared Values/ organisatiecultuur: samenwerking, cliëntbelang, privacy

Alle factoren zijn van invloed op de verbinding tussen TZ en MZD. Zij zijn voor een groot deel ook onderling van elkaar afhankelijk.

Bijvoorbeeld de aankomende structuurverandering bij MZD (*structuur*). Hierover staan 'harde' afspraken met de gemeente en doelen in het divisiejaarplan. Daarnaast is het nodig nieuwe en aanvullende interventies te ontwikkelen, hiermee verandert er iets aan het aanbod van de divisie MDZ (*sleutelvaardigheden*). Daarnaast doet dit een beroep op de werkwijze en daarmee op de vaardigheden van medewerkers (*staff/personeel*).

Het werken met het nieuwe Zorgleefplan binnen TZ maakt deel uit van een structuurverandering (*structuur*).

Het benutten van het Zorgleefplan, o.a. als instrument voor signalering vraagt iets op het gebied van de verantwoordelijkheid en vaardigheden van medewerkers (*staff/personeel*).

We zien dat 'informatie' als onderdeel van systemen, een factor is die relatief makkelijk beïnvloedbaar is.

Evaluatie

Beperkingen van het onderzoek:

- Bij de interpretatie van de resultaten van de enquête moet rekening gehouden worden met een lage respons vanuit de divisie TZ.
- De respondenten voor de interviews hebben zich daar zelf voor aangemeld. Dit kon via de enquête of via een intekenlijst. Bij de interpretatie van de conclusies uit de interviews moet rekening gehouden worden met het feit dat de geïnterviewden op eigen initiatief hebben deelgenomen aan het onderzoek.

Gehanteerde methode voor het onderzoek:

- De keuze voor een kwalitatief onderzoek is passend gebleken gezien de veelheid aan factoren die van invloed zijn op de verbinding en die niet of moeilijk cijfermatig meetbaar zijn.
- Door de hoeveelheid aan factoren die van invloed zijn op de verbinding, gaan wij op een aantal factoren beperkt in.

Conclusie

De drie belangrijkste factoren die van invloed zijn op de verbinding tussen de beide divisies zijn:

- onbekendheid met het aanbod van MZD bij TZ (informatie)
- de werkwijze van MZD
- de route voor verwijzen van TZ naar MZD (structuur)

Met behulp van het 7S-model is zichtbaar geworden dat **de gedeelde waarden van de organisatie en daarmee van de medewerkers binnen de divisies het cliëntbelang is. Bijna alle respondenten geven aan dat er meer samengewerkt kan worden.** Dit zijn de voorwaarden voor het werken aan het optimaliseren en behouden van de verbinding tussen beide divisies.

Daarnaast is duidelijk geworden dat een aantal factoren, moeilijker veranderbaar zijn. Dit vraagt langer de tijd en inspanning. Een aantal factoren zijn makkelijker beïnvloedbaar. Dit biedt kansen voor verandering.

Bij de beantwoording van de volgende deelvragen geven we op onderdelen aan welke conclusies we daar verder aan verbinden en welke aanbevelingen wij doen.

8.2 Op welke wijze kunnen medewerkers MZD hun aanbod onder de aandacht brengen van de medewerkers TZ?

Over het onder de aandacht brengen van het aanbod MZD, blijkt uit de enquête:

- 29% geeft aan het aanbod van MZD niet te kennen
- het aanbod van MZD is voor het grootste deel (73%) bekend door organisatiebrede informatie
- 60% kent MZD van MW, 37% van TB, 33% van GVO en 23% van WS
- 16% geeft aan in een netwerk of overleg te participeren waar ook MZD aanwezig is

Over het onder de aandacht brengen van het aanbod MZD, blijkt uit de interviews:

Bij het onder de aandacht brengen van het aanbod van MZD spelen de volgende factoren een rol:

- o Informatie over het aanbod
 - informatie blijkt te ontbreken
 - informatie wordt opgezocht
 - informatie werkt soms wel, soms niet
 - persoonlijke informatievertrekking blijkt te werken
- o Structuur
 - op welke manier wordt informatie gegeven en aan wie
 - langs welke weg worden medewerkers bereikt met informatie
- o Samenwerking
 - daadwerkelijk op cliëntniveau samenwerken blijkt te werken
 - meedenken, betrokkenheid op elkaars werk
 - mogelijkheid tot het bieden van consultatie
 - gezamenlijke training
 - een kijkje in elkaars keuken
 - contactpersonen vanuit MZD voor TZ
- o Werkwijze MZD
 - duidelijkheid over: wélk aanbod in de nabije toekomst onder de aandacht gebracht moet gaan worden
- o Cliëntbelang
 - er wordt door TZ medewerkers verschillend aangekeken tegen het belang van cliënten voor hulpverlening vanuit MZD

Uit informatie vanuit de organisatie blijkt:

Medewerkers ontvangen bij in dienst treden tijdens een instructiebijeenkomst algemene informatie over de organisatie en per divisie meer specifieke informatie over het werk en het aanbod van Beweging 3.0.

Relevante maatschappelijke ontwikkelingen met betrekking tot het onder de aandacht brengen van het aanbod van MZD:

Baken 1 van Welzijn Nieuwe Stijl zegt dat in het welzijnswerk de houding van aanbodzijde dient te veranderen en dat professionals anders moeten gaan luisteren naar hun cliënten, deelnemers, hun wijk.

Baken 2 zegt dat het nieuwe welzijn gebaseerd moet zijn op de eigen kracht van de burger en dat de vraag gesteld moet worden wat professionals doen en wat burgers kunnen doen.

Baken 3 zegt dat de professional 'er op af' moet waar dat nodig is.

Conclusie

Het aanbod van MZD wordt door organisatiebrede informatie onder de aandacht gebracht bij medewerkers. Dit blijkt niet te resulteren tot bekendheid met het aanbod. De manier waarop en de weg waarlangs de informatie wordt gegeven is bepalend voor de werking daarvan. Een persoonlijke manier van informatieverstrekking over het aanbod blijkt het beste te werken en wordt ook gevraagd.

Daadwerkelijk samenwerken bevordert de bekendheid met het aanbod. In het licht van 'Welzijn nieuwe stijl' is het nodig dat eerst tussen beide divisies overlegd wordt hoe het aanbod van MZD er de komende tijd gaat uitzien voor TZ cliënten. Dan kan besloten worden wélk aanbod onder de aandacht wordt gebracht van medewerkers TZ.

Aanbevelingen:

- ✓ **Gezamenlijk visie ontwikkelen over aanbod van MZD voor TZ-cliënten**
- ✓ **Op een persoonlijke manier dit aanbod onder de aandacht brengen**

8.3 Hoe kan de divisie MZD zicht krijgen op de problematiek die de medewerkers TZ in hun werk tegenkomen. Hoe krijgen zij meer zicht op (het netwerk van) TZ-cliënten (de eerste lijn)?

Resultaten uit de enquête die antwoord geven op deze vraag:

- 65% van de MZD respondenten geeft aan zicht te hebben op de problematiek die TZ-medewerkers in hun werk tegenkomen
- 25% van de MZD respondenten en 16% van de TZ respondenten geeft aan te participeren in een (buurt)netwerk of overleg waar ook medewerkers van de andere divisie in participeren
- 5% van de TZ respondenten overlegt met MZD/MW (in de wijk) over de problematiek

Uit de interviews komt het volgende als antwoord op deze vraag:

- o Samenwerking:
 - werken op dezelfde locatie leidt niet tot een betere samenwerking
 - missen van 'klik' met de andere werksoort
 - men mist betrokkenheid en toegankelijkheid (van MZD naar TZ)
- o Werkwijze MZD:
 - de cliënt 'moet naar MW toe', dit bemoeilijkt het zicht op de TZ problematiek
 - TB komt bij cliënten thuis (na indicatiestelling), dit aanbod sluit goed aan bij TZ cliënten
- o Privacy-aspecten:
 - onduidelijkheid over privacy-afspraken binnen de organisatie
- o Deskundigheid:
 - taakafbakening TZ en MZD
- o Oplossingen:
 - op cliëntniveau samenwerken
 - consultatie MZD door TZ medewerkers
 - persoonlijke introductie over elkaars werk
 - ervaring opdoen met samenwerken
 - MZD aansluiten bij teamoverleg TZ

Ontwikkelingen in de organisatie die te maken hebben met het zicht van MZD op TZ problematiek:

- Structuurveranderingen bij MZD
 - er voor zorgen dat mensen in de 1^e lijn geholpen kunnen worden met lichte, laagdrempelige hulpverlening en preventie, gericht op zelfredzaamheid
 - loslaten van zelfsprekendheid werkwijze MW (intake en aantal gesprekken)
 - ontwikkeling aanvullende en vervangende interventies (afstemming met TB en WS)
 - ontwikkelen kortdurende interventies (o.a. activiteiten zonder intake, wegwijs maken)
 - integratie TB in huidige wijk- en regioteams van MW

Maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op deze deelvraag:

- Welzijn Nieuwe Stijl
 - Baken 1: de vraag achter de vraag
 - vraaggericht werken: de vraag achter de vraag
 - andere houding aanbodzijde
 - professionals: open houding, anders luisteren naar cliënten, deelnemers, wijk
 - Baken 3: 'Er op af':
 - niet door oproepen op kantoor te verschijnen: professional er op af

- legitieme uitgangspunten staan een direct ingrijpen in de weg: privacy, zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid
- uitgangspunten non-interventie kritisch hanteren
- Baken 6: integraal werken
 - samenhangende problemen in samenhang aanpakken
 - dienst- en hulpverleners niet als eiland opereren: goede samenwerking belangrijk
 - op cliëntniveau: aanbieders van ondersteuning moeten de verantwoordelijkheid voor de ketenregie oppakken
- Verwachte overheidsbezuinigingen

Conclusie

In het divisiejaarplan wordt aangegeven op welke wijze de divisie MZD kan en moet omgaan met de maatschappelijke ontwikkelingen. Uit de interviews blijkt dat de huidige werkwijze het zicht op de TZ-cliënt bemoeilijkt. De ontwikkelingen volgens Welzijn Nieuwe Stijl en de overheidsbezuinigingen, maken andere interventies van MZD noodzakelijk.

Duidelijk is dat MZD-medewerkers, de TZ-medewerkers nodig hebben om zicht te krijgen op de problematiek(en het netwerk) van TZ-cliënten. Overleg met TZ over de door hen gesignaleerde problematiek is nodig om tot passende interventies te komen. Het gevolg hiervan kan een meer toegankelijke opstelling van MZD zijn. Dit zal er voor zorgen dat TZ-medewerkers naar MZD verwijzen of consulteren.

Er wordt beperkt samengewerkt in (buurt)netwerken. Daar waar de mogelijkheid is tot participatie in netwerken, ligt ook de mogelijkheid om hier door beide divisies meer inhoud aan de samenwerking te geven. Men kan dan gezamenlijk naar buiten treden.

Aanbeveling:

- ✓ **Uitvoerende medewerkers van beide divisies in projectgroepen laten samenwerken om tot passende interventies te komen**

8.4 Hoe kunnen medewerkers hun signalerende taak vormgeven en helder krijgen wanneer hun cliënten in aanmerking komen voor het aanbod van MZD?

Resultaten uit de enquêtes:

Problematiek, door TZ respondenten gesignaleerd in hun werk:

- 84% signaleert 'overige psychische problemen' in hun werk
- 68% signaleert 'problemen met de verzorging/verpleging van de lichamelijke/geestelijke gezondheid' in hun werk
- 45% signaleert 'verwerking van aangrijpende gebeurtenissen' in hun werk

TZ respondenten overleggen over gesignaleerde problematiek met:

- 92% overlegt over gesignaleerde problematiek met collega's
- 58% overlegt over gesignaleerde problematiek met de cliënt zelf
- 42% overlegt over gesignaleerde problematiek met de teamleider
- 5% overlegt over gesignaleerde problematiek met (de) maatschappelijk werker (in de wijk)

Resultaten uit de interviews:

Thema's die aan de orde komen wanneer respondenten spreken over het vormgeven van hun signalerende taak wanneer cliënten in aanmerking komen voor het aanbod van MZD zijn:

- o Vertrouwen
 - door verzorgende taak wordt vertrouwen opgebouwd
 - TZ-medewerkers signaleren
 - extra 'poppetje' kan dat vertrouwen schaden
- o Informatie
 - bekendheid met aanbod MZD
- o Structuur
 - overleg met collega's over cliëntsituaties
 - Zorgleefplan lijkt niet tot zijn recht te komen (omvangrijk, deskundigheid gespreksvoering)
- o Deskundigheid
 - niet altijd duidelijk wat gesignaleerd wordt en of het gesignaleerde iets is voor MZD
- o Huisarts
 - huisarts wordt geraadpleegd bij psychosociale problematiek
- o Mantelzorg en familie
 - familie die zich opstelt als mantelzorger wordt gezien als meer verantwoordelijk voor welzijn cliënt
- o Verantwoordelijkheid
 - arbeidsdeling nog merkbaar
 - autonomie, privacy, visie op ouderen

Informatie vanuit de organisatie:

Bij de implementatie van het Zorgleefplan in 2009 zijn de TZ teams geschoold in het 'vier domeinen denken'.

Maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de signalerende taak van TZ-medewerkers zijn:

Het is geen eenvoudige kwestie waar organisaties in deze tijd voor staan om een omslag te maken naar het meer benutten van burgerkracht, om het maar heel kort te zeggen met de titel van het onderzoeksessay van Jos van der Lans en Nico de Boer. (*Burgerkracht, 2011*). Zij schrijven over de zoektocht naar nieuwe inzichten en andere organisatievormen, intelligentere verantwoordingssystemen en een andersoortige professionaliteit. Die zoektocht blijkt uit hun onderzoek en die herkennen wij bij Beweging 3.0. Het vraagt om een visie die als een sterke basis de waarden en normen van de professie draagt, zowel voor maatschappelijk werk, thuisbegeleiding en gezondheidsvoorlichting als voor thuiszorg.

Beantwoording vanuit theoretisch perspectief:

De presentietheorie biedt volgens ons een mogelijkheid om de expertises van MZD en TZ in combinatie te bezien. Zoals Annelies van Heijst het omschrijft is presentie niet zozeer iets voor de ander doen, maar iemand voor de ander zijn, al sluit het één het ander niet uit. (*Menslievende zorg*, p.210) Thuiszorgmedewerkers zijn heel dicht bij de cliënt, en zijn in staat om contact te maken. Hun werk brengt dat met zich mee. Uit eerder onderzoek van Beweging 3.0 is gebleken dat cliënten niet voortdurend een ander in hun privéleven wensen. Tenminste, als dat niet nodig is. Zoals beschreven onder het 7S model, wordt door medewerkers het wijkgerichte werken als een pluspunt ervaren. MZD gaat ook wijkgericht werken en gaat er meer 'op af'. Wanneer voor TZ cliënten de aanmeld- en intakeprocedure zou worden losgelaten in situaties die daar om vragen, en wanneer de competenties van thuiszorgmedewerkers kunnen worden bezien in het licht van presentie zou dit een prachtig samenwerkingsmodel kunnen worden. Baken 1 en 2 van Welzijn Nieuwe Stijl vragen om een dergelijke creatieve oplossing.

Conclusie

Medewerkers TZ signaleren door middel van hun vertrouwensband met cliënten. Een extra 'poppetje' wordt soms gezien als nadelig voor dat vertrouwen.

Het benutten van de aanwezigheid van TZ-medewerkers en het consulteren van MZD, zou gezien kunnen worden als een vorm van 'burgerkracht'. Dit vraagt om een sterke visie van organisatie en medewerkers.

Onbekendheid met het aanbod MZD maakt dat TZ medewerkers niet goed weten wanneer hun cliënten in aanmerking komen voor het aanbod van MZD. Overleg en betrokkenheid wordt bij het signaleren gewaardeerd en dus ook gemist waar dat minder is geworden. Het Zorgleefplan als middel om te signaleren lijkt niet tot zijn recht te komen. Dit heeft te maken met de uitgebreidheid en met deskundigheid in gespreksvoering over de domeinen die daar in aan de orde komen. Huisarts en familie worden bij voorkeur benaderd bij psychosociale problematiek. De arbeidsdeling is nog merkbaar in ontbreken van verantwoordelijkheidsbesef voor het totale welbevinden van de cliënt.

Aanbevelingen:

- ✓ **Evalueren van het Zorgleefplan**
- ✓ **Visie ontwikkelen op de signalerende taak van TZ-medewerkers**
- ✓ **Competenties van TZ-medewerkers benutten en versterken**
- ✓ **Informatie verstrekken over het (toekomstige) aanbod MZD**
- ✓ **Vormgeving van het cliëntenoverleg (tijdsduur, frequenties, agenda) bezien**

8.5 Op welke wijze kunnen de TZ-medewerkers de verwijzing praktisch vormgeven?

Resultaten uit de enquête over het verwijzen:

- 57% van de TZ respondenten verwijst niet naar MZD
- 80% van de MZD respondenten heeft geen cliënten die door TZ naar hen zijn verwezen
- 47% van de MZD respondenten wordt niet benaderd door TZ voor overleg
- 39% van de TZ respondenten ziet vaardigheden m.b.t. doorverwijzen als factor van invloed op de samenwerking met en de verwijzing naar MZD

Resultaten uit de interviews die iets zeggen over het praktisch vormgeven van het verwijzen:

- Structuur:
 - in werkoverleg en cliëntbesprekingen worden cliëntsituaties besproken
 - op signalen volgt niet altijd actie
 - veelheid aan informatie door reorganisatie
 - onduidelijkheid over taken en bevoegdheden bij medewerkers TZ (EVM)
 - verschillende visies op competenties m.b.t. signaleren en verwijzen
 - nieuw Zorgleefplan
- Huisarts/mantelzorg:
 - verantwoordelijkheid voor sociaal welbevinden cliënten
 - worden benaderd bij psychosociale problematiek
 - teamleider adviseert contact met huisarts bij psychosociale problematiek
- Werkwijze MZD:
 - aanmeld- en intakeprocedure MZD
 - MW (in principe) geen huisbezoeken, TB werkt bij cliënten thuis
 - ZS hebben vooral contact met AV-team
- Privacy-aspecten:
 - drempels bij inschakelen MW in zorgelijke situaties
 - geen eenduidigheid in omgaan met privacygevoelige informatie (rapportage en overleg disciplines)
- Cliëntbelang:
 - inschatting behoefte van cliënt aan MW door TZ medewerker
 - extra 'poppetje'
- Verantwoordelijkheid:
 - constateren dat ergens iets nodig is en kijken waar dat geboden kan worden
- Oplossingen:
 - wens op cliëntniveau samenwerken
 - lef en durf van TZ medewerkers om MZD te benaderen

Ontwikkelingen in de organisatie die invloed hebben op het verwijzen:

- Wijkgericht werken TZ
Werkwijze
 - zorg wordt geleverd vanuit kleinschalige wijkgerichte teams geleverd
 - wijkteams plannen en coördineren zelf de zorg
 - differentiatie in functies wordt/is geminimaliseerd
- Zorgleefplan
 - teams zijn geschoold in het '4 domeinen denken'
 - halfjaarlijks vindt een evaluatie van het Zorgleefplan plaats met de cliënt
- Zichtbare Schakels
Beoogde resultaten project:
 - betere afstemming en samenwerking in de hulpverlening

- cliënten krijgen informatie voor hun keuzes ten aanzien van hulp- en dienstenaanbod en passende interventies
- de doorverwijzing en toeleiding naar hulpaanbod gebeurt door een protocol en (warme) overdracht
- instrument voor huisbezoeken: een protocol voor de informatie-, advies- en verwijfsfunctie

Maatschappelijke ontwikkelingen die invloed hebben op het verwijzen:

- Rol wijkverpleegkundige
 - coördineert de zorg en stemt deze af met mantelzorgers, de huisarts en andere zorgverleners in de eerste (en soms in de tweede) lijn
 - organisatie en financiering vormen nu nog een belemmering om het vak van wijkverpleegkundige goed vorm te vormgeven
 - V&VN wil dat de wijkverpleegkundige de indicatie voor zorg terug krijgt
 - indicatie en uitvoering horen volgens V&VN in één hand

Beantwoording vanuit onze literatuurvondsten:

De verschillen in opvattingen over competenties en bevoegdheden van TZ-medewerkers bevestigen het beeld dat Van der Kooij over hen schetst. Als het waar is – en wij hebben die indruk gekregen tijdens de interviews - dat er regelmatig situaties voorkomen waarin zij worden overvleugeld door hoger opgeleiden en dat hun inschatting amper telt (*Gewoon lief zijn*, 2002), kan dat verklaren dat de durf en het lef van deze professionals om actie te ondernemen in het geding is.

Tijdens het onderzoek zagen wij de intentie van TZ-medewerkers om de zorg voor cliënten op te pakken en hen centraal te stellen. Wanneer hun competenties worden opgemerkt en erkent, en zij de ruimte krijgen om deze in te zetten, zullen zij van daar uit, en vanuit de vertrouwensrelatie die zij hebben met de cliënt, in actie komen en tot verwijzen over gaan wanneer zij dit wenselijk achten.

Conclusie

We kunnen concluderen dat gesignaleerde problematiek door TZ-medewerkers in veel gevallen geen vervolg krijgen in een verwijzing naar MZD. We hebben begrepen dat tijdens cliëntbesprekingen wel gesproken wordt over de gesignaleerde problematiek. In veel gevallen wordt de cliënt (en/of mantelzorg/netwerk) verwezen naar de huisarts. Ook teamleider adviseren de medewerkers contact op te nemen met de huisarts bij psychosociale problematiek.

Bij de vorige deelvraag zijn we ingegaan op de vraag of er altijd verwezen moet worden. De conclusie was dat ook het consulteren van MZD een optie is. In andere gevallen is een verwijzing wel nodig. Om te kunnen verwijzen is allereerst nodig dat er binnen de teams duidelijk bij wiens taken en bevoegdheden een verwijzing hoort. Er van uitgaande dat dit tot de taak van de EVM-er behoort, dient duidelijk gemaakt te worden dat deze zelf de verwijzing (uiteraard na overleg met de cliënt zelf, eventueel de mantelzorg/netwerk/familie en huisarts), tot stand brengt.

Naast de dagelijkse gang van zaken is de cliëntbespreking is een geschikt moment aan de orde te stellen of een cliënt in aanmerking komt voor verwijzing. Een protocol is niet gewenst.

In de Amersfoortse wijken waar Zichtbare Schakels werken is het van belang te kijken hoe hun werkwijze geïmplementeerd kan worden in de wijkteams.

Aanbevelingen:

- ✓ **Duidelijkheid geven over de taken en bevoegdheden van TZ-medewerkers: hoe kunnen zij de verwijzende taak vormgeven**
- ✓ **Maak gebruik van korte lijnen: verwijzing door betrokken medewerker**
- ✓ **Duidelijkheid verschaffen over de rol van de huisarts bij een verwijzing**

8.6 Hoe kan de verbinding tussen de divisies MZD en TZ onder de aandacht gebracht worden en welke randvoorwaarden zijn nodig om de verbinding tussen de divisies te behouden?

Resultaten uit de enquête

- Respons vanuit MZD hoog(61%), respons vanuit TZ laag(16%)
- 36% van TZ respondenten kiest voor de volgende stelling bij de typering van de organisatiecultuur van de divisie TZ:
'betrokkenheid op elkaar en een goed gevoel hebben over het werk is belangrijk'
- 42% van de MZD respondenten kiest voor de volgende stelling bij de typering van de organisatiecultuur van de divisie MZD:
'we leren van elkaar, we wisselen kennis en ervaring uit'
- 96% van de TZ respondenten vindt dat er meer samengewerkt kan worden met MZD
- 98% van de MZD respondenten vindt dat er meer samengewerkt kan worden met TZ

Resultaten uit de interviews

- o Samenwerking
 - samenwerking werkt en is gewenst
 - gelijkwaardigheid is daarbij van belang
 - betrokkenheid stimuleert
- o Informatie
 - dit onderzoek werkt als een eye-opener
 - informatie over de uitkomst van dit onderzoek is gewenst
- o Structuur
 - onduidelijk waardoor informatie doelgroep niet bereikt
 - structureel overleg. Wederzijdse vraag en aanbod als agendapunt
- o Verantwoordelijkheid
 - visie medewerkers op het cliëntbelang voor gebruik maken van ander product van Beweging 3.0
- o Deskundigheid
 - gebruik maken van elkaars deskundigheid
- o Oplossingen
 - consultatiemogelijkheid voor TZ medewerkers bij MZD
 - op cliëntniveau samenwerken
 - aansluiten bij teamoverleg, rollenspel, training op basis van behoefte en gelijkwaardigheid

Ontwikkelingen in de organisatie die van invloed zijn op deze vraag:

- Doelstelling van de organisatie:
 - positie in de wijken innemen
 - verwevenheid met en onderdeel zijn van het sociale netwerk in de wijk
 - intramurale voorzieningen staan midden in de wijken: vanuit deze positie de producten en diensten van wonen en zorg, verpleging en behandeling, thuiszorg en maatschappelijke zorg en dienstverlening prima aanwenden als een potentieel onderdeel van het stimuleren van de vitaliteit van de wijk
 - signaleren van problemen en hierop anticiperen door innovatieve, duurzame en flexibele (zorg)voorzieningen te creëren, die bijdragen aan burgerschap en betrokkenheid bij de samenleving
 - kernwaarden: betrokken en professioneel
- Ontwikkelingen MZD:
 - divisie blijft deel uitmaken van Beweging 3.0
 - innovatie om te anticiperen op maatschappelijke ontwikkelingen

- interventies ontwikkelen die de huidige werkwijze aanvullen of kunnen vervangen
- afstemming met de interventies van TB en WS, ontwikkelen kortdurende interventies o.a. activiteiten zonder intake, wegwijs maken
- integratie TB in de huidige wijk- en regioteams van het maatschappelijk werk
- Werkwijze TZ:
 - kleinschalige wijkgerichte teams
 - medewerkers werken samen met mantelzorgers en andere zorg- en hulpverleners en coördineren indien nodig de zorg
 - de divisie Thuiszorg wil zich primair richten op de chronische zorg voor ouderen

Maatschappelijke ontwikkelingen die invloed hebben op de verbinding:

- Wmo en De Kanteling:
 - Met het project de Kanteling willen partijen de uitvoering van de Wmo zo 'kantelen' dat participatie van mensen met een beperking en ouderen centraal komt te staan. Dat vraagt een nieuwe manier van denken en doen: vanuit de hele persoon, vanuit oplossingen en niet vanuit bestaande voorzieningen.
- Welzijn Nieuwe Stijl:
 - Een verstandhouding waarin de burgers zich begrepen en serieus genomen voelen, is de goede basis om samen naar mogelijkheden en alternatieven te zoeken.
 - Op cliëntniveau moeten de aanbieders van ondersteuning zelf de verantwoordelijkheid voor de ketenregie oppakken.

Theoretische onderbouwing:

Kleurenleer De Caluwé:

Cultuurtypering divisie bij MZD: vooral groen en bij TZ: vooral rood. Wanneer we er van uitgaan dat het onder de aandacht brengen van de verbinding tussen beide divisies een verandering is (de verbinding is nu niet onder de aandacht), dan is het zinvol te kijken op welke manier medewerkers het best betrokken kunnen worden.

TZ

Wanneer we kijken naar de uitkomsten uit de enquêtes en interviews, zien we het rooddrukdenken duidelijk terug. De factor mens speelt een belangrijke rol. Het gaat om een combinatie van te bereiken veranderingen en de mensen die het moeten doen.

Medewerkers geven aan het wijkgerichte werken als positieve verandering te zien (meer betrokkenheid bij de cliënt). De wens tot samenwerken is aanwezig: maar wel op een gelijkwaardige manier.

Ook het geeldrukdenken is zichtbaar bij TZ. Hierbij wordt verondersteld dat mensen pas zullen veranderen als je rekening houdt met hun (eigen)belang of als je ze tot bepaalde opvattingen kunt verleiden of dwingen.

MZD

Kijkend naar de uitkomsten van de enquêtes en interviews is het groendrukdenken passend bij MZD. Men geeft aan op cliëntniveau te willen samenwerken. Men hoopt dat TZ met vragen rond problematiek naar hen toekomen. Met de komende structuurverandering voor de boeg ontstaan kansen om het 'leren van elkaar' in de praktijk toe te passen.

Conclusie

We kunnen concluderen dat samenwerking gewenst is. Het onderzoek naar de verbinding heeft een attenderende waarde (gehad) en kan nogmaals benut worden door medewerkers op de hoogte te brengen van de uitkomsten.

De ontwikkelingen in de organisatie, de divisie TZ werkt kleinschalig en wijkgericht en de doelstelling van MZD is eveneens een meer wijkgerichte benadering, bieden kansen om de verbinding onder de aandacht te brengen. De maatschappelijke ontwikkelingen 'dwingen' de divisies daartoe.

Terug naar het 7S-model: de Shared values (gedeelde waarden) binnen de organisatie: optimale zorg aan cliënten (cliëntbelang, privacy, samenwerking), bieden kansen voor de verbinding. Ons advies is van deze gedeelde waarden uit te gaan bij het onder de aandacht brengen en houden van de verbinding. Afstemming over aanbod en visieontwikkeling passen binnen deze gedeelde waarden.

Verder concluderen we dat binnen TZ het rooddrukdenken als uitgangspunt voor verandering genomen kan worden. Het ideaal bij deze kleur is het zoeken naar de juiste 'fit' tussen mensen en instrumenten, tussen organisatiedoelen en individuele doelen. Wanneer medewerkers het belang van de organisatie (optimale zorg aan cliënten) en hun individuele doelen (eveneens goede cliëntzorg en het delen van problematiek rond cliënten) kunnen samenvoegen, liggen hier kansen voor het onder de aandacht houden van de verbinding. Belangrijk is rekening te houden met de valkuil: een gebrek aan ruimte voor individuele motieven en maatwerk.

Bij MZD hebben we aangegeven dat het uitgangspunt over het algemeen groendrukdenken is. Het ideaal bij deze kleur is de lerende organisatie waarin alles is te leren en waarin intentioneel leren bewust wordt toegepast. Deze ideale uitgangspunten heeft MZD nodig bij het aangaan van de komende uitdagingen rond de structuurwijzigingen. Belangrijk is hier rekening te houden met de valkuil dat in sommige situaties mensen niet kunnen of niet willen leren.

Voor beide kleuren geldt overigens als valkuil dat er een gebrek is aan 'harde' uitkomsten. Dit is ook passend bij de verbinding tussen beide divisies. De verandering is geen object, het gaat om samenwerking tussen mensen: mensenwerk. Daarnaast is het doel van de samenwerking het cliëntbelang. Wanneer uitgegaan wordt van de kracht van beide divisies, kan de verbinding vorm krijgen en kunnen veranderingen plaatsvinden op 'zachte' en 'harde' onderdelen van het 7S-model.

Aanbevelingen:

- ✓ **De verbinding op alle niveaus (management en werkvloer) op de agenda houden**
- ✓ **Faciliteren van een kennismaking medewerkers van divisies op wijkniveau, met als doel afstemming over visie en werkwijze (met behulp van casuïstiek)**
- ✓ **Deze kennismaking laten voorbereiden door projectgroepje waarin een thuisbegeleider, een maatschappelijk werker, een verzorgende en een verpleegkundige**

- ✓ **Pilot starten: twee wijkteams (één in een wijk in Amersfoort, en één in een andere gemeente) waarbij een maatschappelijk werker deelneemt aan het cliëntoverleg van het team TZ. Evaluatie na een jaar met evaluatie en resultaatmeting op aantal consultaties en verwijzingen**
- ✓ **informatie verspreiden over de uitkomsten van het onderzoek aan de medewerkers van beide divisies zodat het thema opnieuw onder de aandacht wordt gebracht**

Beantwoording hoofdvraag:

Op welke wijze kan de verbinding tussen de divisies Thuiszorg en Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening van Beweging 3.0 geoptimaliseerd worden?

De conclusies en aanbevelingen waarmee we antwoord geven op de deelvragen hebt u in de vorige paragrafen kunnen lezen.

Samenvattend vinden wij dat de verbinding tussen de divisies TZ en MZD op de volgende wijze geoptimaliseerd kan worden:

Onbekendheid aanbod MZD

Wat betreft onbekendheid met het aanbod van MZD bevelen wij aan om kennismaking te faciliteren voor medewerkers uit beide divisies op wijkniveau. Het doel van deze kennismaking moet zijn: afstemming over visie en werkwijze, dit aan de hand van casuïstiek. Wij adviseren deze kennismaking te laten voorbereiden door een projectgroep die bestaat uit een thuisbegeleider, een maatschappelijk werker, een verzorgende en een verpleegkundige.

Voor TZ is informatie nodig over het (toekomstige) aanbod van MZD. Om de verbinding tussen TZ en MZD te optimaliseren is nodig dat dit aanbod onder de aandacht van medewerkers TZ wordt gebracht. Informatie verspreiden over de uitkomsten van dit onderzoek zal de betrokkenheid vergroten.

Werkwijze MZD

Wat betreft de werkwijze van MZD vinden wij het belangrijk dat door beide divisies gezamenlijk visie wordt ontwikkeld over het aanbod voor TZ cliënten. Wij adviseren om uitvoerende medewerkers vanuit beide divisies in projectgroepen te laten samenwerken om tot een passende aanpak te komen.

Onduidelijkheid in de structuur, de route voor verwijzen van signalen

Om samen te werken met MZD is binnen de divisie TZ nodig dat er duidelijkheid komt over taken en bevoegdheden wat betreft het consulteren van of verwijzen naar MZD. Het dient duidelijk te zijn welke medewerkers de verwijzende taak vorm geven en op welke manier. Competenties van medewerkers dienen daarbij ten volle benut en versterkt te worden. Het is volgens ons raadzaam om de vormgeving van cliëntenoverleg op de agenda te zetten. De divisie TZ dient zich af te vragen welke vorm, frequentie, tijdsduur en agenda bij dit overleg noodzakelijk is om de signalerende en verwijzende taak professioneel uit te voeren. Daarbij zijn afspraken nodig over privacy. Wat de signalerende en verwijzende taak betreft is tevens een evaluatie nodig van het Zorgleefplan.

De rol die de huisarts speelt in de verbinding MZD-TZ vraagt om nader onderzoek. Tevens verdient het aanbeveling te onderzoeken welke mogelijkheden de presentiebenadering biedt om de krachten van beide divisies in combinatie te benutten.

Literatuur

Boeken

Baarda, D.B, Goede, M.P.M. de, Teunissen, J (2009), '*Basisboek Kwalitatief Onderzoek*': *Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers

Schermer, K en Quint, P (2008), 'Het 7S-model'. In: *De organisatie als hulpmiddel*. (p.278-281). Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Heijst, A, (2005), '*Menslievende zorg*'. *Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement

Kooij, C. van der, (2002), 'Gewoon lief zijn', (p.27,44,47,59,66,104). Den Haag: Boom Lemma uitgevers

Interne stukken Beweging 3.0

Beweging 3.0, Divisie Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening, Jaarplan 2011

Beweging 3.0, Gezondheidsvoorlichting, Brochure Gezondheidsvoorlichting (GVO-012-0110)

Beweging 3.0, Adviesaanvraag herpositionering MZD en Welzijn Senioren, januari 2011

Beweging 3.0, Maatschappelijke ontwikkelingen en strategie divisie MZD 2011-2012

Beweging 3.0, Overzicht divisie Thuiszorg 3.0
Intranet: <http://intranet.beweging3.nl/templates/mercury.asp?page id=1528>

Beweging 3.0, Teamplan thuiszorg team Hoogland Amersfoort Noord, Zorg thuis, juni 2010
Auteur: Tineke Gommans, teamleider

Beweging 3.0, Divisie Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening, Inhoudelijk jaarverslag 2009, Gemeente Amersfoort

ZonMw, Subsidieaanvraag Zichtbare Schakel, De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt, 18-05-2010

Artikelen en Brochures

V&VN, Beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden, artikel in magazine: '*Verpleegkundige, schakel in een sterke eerste lijn*'. December 2010

MO Groep Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, Brochure 'Tel uit je winst met AMW' (n.d.)

CHE, Academie Sociale Studies, Reader Kernopgave Werken in een Organisatie 2009/2010
L. de Caluwé, Denken over verandering, in vijf kleuren (bewerking van artikel op http://www.menscentraal/tekst_Leon_de_Caluwe1.html)

Essay

Boer, N. de, Lans, J. van der (2011), '*Burgerkracht*' *De toekomst van het sociaal werk in*

Nederland' in opdracht van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, (p.16)
Den Haag

Websites

Beweging 3.0

- Jaardocument Raad van Bestuur, Beweging 3.0 Dé zorgonderneming van de toekomst. Website Beweging 3.0. Geraadpleegd op 05-05-11
http://www.beweging3.nl/files_content/Jaardocument%20compleet%20zonder%20handtekening.pdf
- Over ons, onze visie. Geraadpleegd op 20-04-11
http://www.beweging3.nl/templates/mercury.asp?page_id=2388
- Maatschappij, maatschappij 3.0, maatschappelijk werk. Geraadpleegd 20-04-11
http://www.beweging3.nl/templates/mercury.asp?page_id=2185
- Maatschappij, maatschappij 3.0, thuisbegeleiding. Geraadpleegd 20-04-11
http://www.beweging3.nl/templates/mercury.asp?page_id=2224
- Wonen, welzijn 3.0, sector welzijn senioren. Geraadpleegd 20-04-11
http://www.beweging3.nl/templates/mercury.asp?page_id=2213
- Zorg, thuiszorg 3.0. Geraadpleegd 21-04-11
http://www.beweging3.nl/templates/mercury.asp?page_id=2189

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) Geraadpleegd op 26-04-11
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo>

Chronisch zieken en gehandicaptenraad Nederland, Kanteling Wmo, iedereen doet mee. Geraadpleegd op 27-04-11
http://www.cg-raad.nl/docs_en_pdfs/wmo/2010-Brochure_KantelingA4-2.pdf

Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, MO groep, Welzijn Nieuwe Stijl, Geraadpleegd op 27-04-11
http://www.invoeringwmo.nl/sites/default/documenten/Brochure_WNS.pdf

Raad maatschappelijke ontwikkelingen, Burgerkracht, de toekomst van het sociaal werk in Nederland. Geraadpleegd op 16-05-11
<http://www.adviesorgaan-rmo.nl/publicaties/essays/2011/1644/>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Wijkverpleegkundigen, spil in aandachtswijken. Geraadpleegd op 20-04-11
<http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2010/02/04/wijkverpleegkundigen-spil-in-aandachtswijken.html>

Actiz, Organisatie van zorgondernemers, Thuisbegeleiding voor gezinnen, Geraadpleegd op 21-04-11
<http://www.actiz.nl/website/onderwerpen/thuisbegeleiding-voor-gezinnen>

Rijksoverheid, Thuiszorg. Geraadpleegd 22-04-11
<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/thuiszorg/vraag-en-antwoord/wat-is-thuiszorg.html>

Management Start, 7S Model van McKinsey, Geraadpleegd 15-05-11
<http://www.managementstart.nl/artikelen/s45.html>

Presentie.nl, Presentie in het kort. Geraadpleegd 16-05-11
<http://www.presentie.nl/site/content/view/1/10/>

Zorgethiek.nu, Geraadpleegd, 13-04-11
<http://www.zorgethiek.nu/Nieuws%20en%20interviews/Annelies%20van%20Heijst%20hoogleraar%20Zorgethiek%20en%20Caritas/>

Dit is een verslag dat wij hebben opgesteld om medewerkers van Beweging 3.0 te informeren over de uitkomsten van het onderzoek:

Verslag van het onderzoek naar de verbinding Thuiszorg & Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening

Het onderzoek naar de verbinding MZD/TZ is afgerond. Een beknopte weergave:

Beweging 3.0 wil de cliënt de beste zorg leveren door een integraal aanbod. Het is dan van belang dat verschillende functionarissen met elkaar samenwerken. De organisatie heeft door ons laten onderzoeken hoe de verbinding tussen de divisies Thuiszorg(TZ) en Maatschappelijk Zorg en Dienstverlening(MZD) geoptimaliseerd kan worden.

Het onderzoek hebben wij uitgevoerd door het beantwoorden van de vraag:

Op welke wijze kan de verbinding tussen de divisies TZ en MZD van Beweging 3.0 geoptimaliseerd worden?

Met dit onderzoek inventariseerden wij:

- o De factoren die van invloed zijn op de verbinding
- o Hoe de verbinding geoptimaliseerd kan worden

Wij hebben dit onderzoek uit gevoerd door middel van enquêtes, interviews, informatie uit de organisatie, onderzoek naar maatschappelijke ontwikkelingen en literatuurstudie.

De voornaamste conclusies van het onderzoek zijn:

Er is onbekendheid met het aanbod van MZD

Aanbevelingen:

- Faciliteren van kennismaking tussen medewerkers MZD-TZ op wijkniveau, met als doel afstemming over visie en werkwijze (met behulp van casuïstiek).
- Informatie over (toekomstige) aanbod MZD
- Informatie verspreiden over de uitkomsten van het onderzoek aan de medewerkers van beide divisies zodat het thema opnieuw onder de aandacht wordt gebracht
- De verbinding op alle niveaus (management en werkvloer) op de agenda houden

De werkwijze MZD is van invloed op de verbinding

Aanbevelingen:

- Gezamenlijk visie ontwikkelen over aanbod voor TZ-cliënten
- Uitvoerende medewerkers van beide divisies in projectgroepen laten samenwerken om tot passende interventies te komen

Er is onduidelijkheid in de structuur, de route voor verwijzing van signalen (TZ)

Aanbevelingen:

- Competenties van TZ-medewerkers benutten en versterken
- Vormgeving cliëntenoverleg (tijdsduur, frequenties, agenda)
- Korte lijnen: verwijzing door betrokken medewerker (EVM)
- Duidelijkheid verschaffen over de rol van de huisarts bij een verwijzing

Medewerkers die meewerkten aan dit onderzoek door het invullen van de enquête, tijd maakten voor een interview of ons op andere wijze informeerden, danken wij hartelijk voor hun bijdrage!

Wilgerke Achterberg & Marja Schutte - de Ruijter

Bijlagen

- A. Methoden
- B. Uitkomsten enquête
 - 1. Medewerkers TZ
 - 2. Medewerkers MZD
- C. Werkwijze interviews
- D. Uitgewerkte interviews
- E. Datapreparatie: labellijsten

Bijlage A Methoden

Inleiding methoden

In deze bijlage beschrijven we onze werkwijze en de onderzoeksmethoden die we hebben gebruikt. Zoals we in ons plan van aanpak hebben aangegeven kunnen we de benadering van ons onderzoek kwalitatief noemen. Dit omdat we ons met het onderzoek richten tot de verschillende betrokken partijen om hun mening te horen over hoe de verbinding tussen beide divisies tot stand gebracht kan worden en behouden kan blijven.

Het eerst deel van het onderzoek is te definiëren als een behoefte-onderzoek. Er vindt een inventarisatie van het probleem plaats. Het tweede deel is te definiëren als een ontwikkelingsonderzoek waarbij gekeken wordt op welke manier problemen kunnen worden opgelost.

We hebben ons in het onderzoek gericht op de medewerkers en het management van de beide divisies en hen daarmee betrokken in ons onderzoek.

Om zoveel mogelijk informatie te verzamelen hebben wij ervoor gekozen zowel gebruik te maken van enquêtes als interviews.

Enquêtes

Inleiding

De eerste fase van het onderzoek heeft bestaan uit enquêtes die zijn verspreid onder de medewerkers van de twee divisies. Er zijn twee versies van de enquête opgesteld: één voor de medewerkers van de divisie Thuiszorg en één voor de medewerkers van de divisie Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening. De enquêtes treft u aan in bijlage A. Doel van deze enquêtes was vooral het verkrijgen van kwantitatieve gegevens. De enquêtevragen zijn opgesteld in overleg met onze werkveldbegeleiders.

De enquêtes waren van belang voor het beantwoorden van onze eerste deelvraag: *‘Welke factoren zijn van invloed op de verbinding tussen de beide divisies?’* De enquête kon naar keuze schriftelijk of digitaal worden ingevuld. We hebben ervoor gekozen alle medewerkers een enquête te zenden om op deze manier zo breed mogelijk informatie te verzamelen. Bijkomend effect zou kunnen zijn dat medewerkers door het ontvangen van de enquête zich reeds bewust worden van de mogelijkheid tot samenwerking met medewerkers van de andere divisie.

Enquête divisie Thuiszorg

De medewerkers binnen de divisie Thuiszorg zijn via de maandelijkse nieuwsbrief (februari 2011) van de divisiedirecteur op de hoogte gebracht van het onderzoek.

Vervolgens is via de mail aan de teamleiders een vooraankondiging gestuurd (rond 23 februari 2011) met de vraag deze aan de medewerkers te verspreiden. In deze vooraankondiging is nogmaals uitgelegd wat het doel was van het onderzoek en werd de enquête aangekondigd. Over de inhoud van deze vooraankondiging hebben wij overleg gehad met onze werkveldbegeleider. Zij gaf aan dat het van belang was naar medewerkers concreet te benoemen dat bij het zoeken naar factoren die van invloed zijn op de verbinding, deze te maken hebben met de directe samenwerking tussen TZ en MZD. Daarnaast vertelde ze dat medewerkers graag willen weten wat de uitkomsten van het onderzoek zijn.

De medewerking van medewerkers werd gevraagd aan de enquête en de mogelijkheid tot medewerking aan een interview werd genoemd. De enquêtes konden zowel anoniem als op naam worden ingevuld.

De eerste week van maart 2011 is aan de teamleiders Thuiszorg een mail toegezonden met daarin een digitale link (enquetemaken.be) met de vraag deze aan hun medewerkers door te sturen. Daarbij werd een download exemplaar toegevoegd met de mogelijkheid deze uit te printen voor medewerkers die niet via de mail bereikt konden worden.

De mail is door onze werkveldbegeleider vanuit de Thuiszorg aan haar collega teamleiders toegezonden.

Half maart 2001 is de enquête, volgens onze planning, nogmaals aan de teamleiders toegezonden met het verzoek deze te verspreiden onder de medewerkers. Daarnaast heeft onze werkveldbegeleider haar collega's een extra mail gestuurd met het verzoek medewerkers te motiveren de enquête in te vullen. In deze mail is meegedeeld, na overleg met de divisiedirecteur MZD en TZ, dat voor het invullen van de enquête en het eventueel geven van een interview, werktijd geschreven kan worden. De eerste en de twee oproep hebben beide ongeveer de helft van de respondenten opgeleverd.

Enquête divisie Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening

Ook de medewerkers binnen de divisie Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening zijn via de maandelijkse nieuwsbrief op de hoogte gebracht van het onderzoek.

Eind februari 2011 hebben zij via onze (toenmalige) werkveldbegeleider een mail ontvangen waarin wij ons hebben voorgesteld, een toelichting hebben gegeven op het onderzoek en de enquête en interviews hebben aangekondigd.

De eerste week van maart 2011 is aan alle medewerkers MZD, via onze (toenmalige) werkveldbegeleider een mail toegezonden met daarin een digitale link (enquëtemaken.be) naar de enquête met de vraag deze in te vullen. Ook werd hierbij een downloadversie meegezonden met de mogelijkheid deze schriftelijk in te vullen.

Respons

Binnen de divisie Thuiszorg is de enquête onder ongeveer 508 medewerkers verspreid. 83 medewerkers hebben de enquête ingevuld. Dit is een respons van 16%.

Uit de gesprekken met teamleiders Thuiszorg is gebleken dat de enquête niet onder alle medewerkers binnen de teams is verspreid. Reden hiervoor was bijvoorbeeld dat niet alle medewerkers gebruik maken van email en de teamleider niet voor al deze medewerkers de schriftelijke versie beschikbaar heeft gemaakt. Onduidelijk is of dit voor alle teams geldt. Mogelijk houdt dit in dat de uiteindelijke respons hoger is dan 16%.

Bij de divisie Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening hebben 80 medewerkers de enquête ontvangen. 49 medewerkers hebben deze ingevuld. Dit is 61%.

Interviews

Inleiding

In vervolg op de enquêtes hebben wij interviews gehouden met medewerkers in wisselende samenstelling. In de enquête hebben wij de vraag gesteld of medewerkers bereid waren een mondelinge toelichting te geven en door de onderzoekers geïnterviewd te worden. Men kon een voorkeur aangeven voor een individueel- of groepsgesprek.

De interviews waren bedoeld om een kwalitatief beeld te krijgen van de huidige samenwerking en verwijspraktijk bij beide divisies. Tijdens de interviews is doorgevraagd op belemmerende factoren. Ook hebben wij gevraagd naar wensen voor een goede samenwerking en voorwaarden die nodig zijn om de verbinding tussen beiden divisies te borgen.

Wij hebben een 'werkwijze interviews' opgesteld om ervoor te zorgen dat wij beiden dezelfde informatie zouden verkrijgen. We hebben hiervoor een topiclijst opgesteld.

Het was niet onze bedoeling een gestructureerd interview te houden, maar afhankelijk van het verloop van het gesprek door te vragen op specifieke thema's. Reden hiervoor is dat wij medewerkers uit diverse functies hebben geïnterviewd. Daarnaast vonden wij het passend bij een kwalitatief onderzoek om de reeds verkregen informatie uit eerdere interviews te toetsen in volgende interviews.

Uiteraard hebben wij hiervoor een zo objectief, neutraal mogelijke houding aangenomen.

Individuele interviews

Er hebben 20 individuele interviews plaatsgevonden. Medewerkers zijn hiervoor per mail uitgenodigd. In de mail is het doel van het onderzoek en interview genoemd. De interviews hebben plaatsgevonden op werklocaties, de hoofdlocatie van Beweging 3.0 op de Computerweg in Amersfoort en in twee keer bij medewerkers thuis, afhankelijk van de voorkeur van de medewerker.

Voorafgaand aan het interview is het doel en de opzet van het interview uitgelegd. In ongeveer de helft van de interviews is het gesprek opgenomen. Hiervoor is aan de betrokken medewerker toestemming gevraagd. Verder is benoemd dat de informatie uit het interview geanonimiseerd verwerkt zou worden. De tijdsduur van de interview was gemiddeld één uur. Er is gebruik gemaakt van een topiclijst. De uitgewerkte interviews zijn als bijlagen B en C toegevoegd.

Groepsinterviews

Er hebben drie groepsbijeenkomsten plaatsgevonden. Bij alle groepsbijeenkomsten waren twee medewerkers aanwezig. Eén bijeenkomst met twee medewerkers TZ met een verschillende functie, één bijeenkomst met een medewerker MZD en een medewerker TZ en één bijeenkomst met twee medewerkers MZD. De samenstelling en groeps grootte was afhankelijk van de opgave door de medewerkers. Er waren vijf mogelijke data om deel te nemen aan groepsinterviews. We hebben ervoor gekozen de bijeenkomsten op verschillende tijden te plannen (dinsdagmiddag, woensdagochtend, donderdagmiddag en vrijdagochtend) om zo medewerkers de mogelijkheid te geven deel te nemen op een moment dat hen schikte.

Extra oproep interviews

Ons doel was medewerkers uit diverse functiegroepen te interviewen om zo een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de factoren die van invloed zijn op de verbinding tussen beide divisies. Bij het plannen van de interviews bleek dat binnen TZ de functiegroepen verzorgenden c en verzorgenden i.g. onvoldoende vertegenwoordigd waren. Deze functiegroepen maken het merendeel uit van het personeelsbestand.

Wij hebben de teamleiders TZ een mail gestuurd met als bijlage een extra oproep in de vorm van een opgaveformulier dat op kantoor kon worden opgehangen.

Dit leverde ongeveer drie extra aanmeldingen op. Vervolgens zijn na een interview met een teamleider TZ nog twee medewerkers benaderd met de vraag om mee te werken aan het onderzoek.

Wie hebben we geïnterviewd?

We hebben geprobeerd een zo breed mogelijke vertegenwoordiging van functiegroepen te interviewen.

Binnen de divisie Thuiszorg hebben we de volgende medewerkers geïnterviewd:

- verzorgenden c (2)
- verzorgenden i.g. (4)
- verpleegkundigen niveau 4 en 5 (8)
- gespecialiseerde verpleegkundigen (2)
- verpleegkundigen zichtbare schakel (2)

Binnen de divisie Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening hebben we de volgende medewerkers geïnterviewd:

- thuisbegeleiders (3)
- maatschappelijk werkers (5)
- medewerker gezondheidsvoorlichting (1)

- medewerker Welzijn Senioren en allochtone zorgconsulente gaven in de enquête aan dat zij geïnterviewd wilden worden. Zij hebben van onze uitnodiging daarvoor geen gebruik gemaakt.

Management divisies TZ en MZD

- teamleiders Thuiszorg (3)
- managers Maatschappelijk Werk (2) en manager Thuisbegeleiding (1)
- divisiedirecteur Thuiszorg en Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening (1)

Extern

- externe organisaties

Ook hebben wij soortgelijke organisaties benaderd om van hen informatie te krijgen over hoe zij de samenwerking tussen de verschillende divisies vormgeven. Deze contacten hebben zowel telefonisch, via mailcontact als in een persoonlijk gesprek plaatsgevonden.

- externe deskundige

De heer Erik Arendsen heeft organisatiesociologie gestudeerd en is als docent sociologie verbonden aan de Academie Sociale Studies, Christelijke Hogeschool te Ede. Wij hebben met hem gesproken over organisatiekundige aspecten aan onze onderzoeksvraag. Daarnaast heeft hij ons meer verteld over de huidige maatschappelijke ontwikkelingen en hoe deze onderdeel uitmaken van ons onderzoek.

Analyse van kwalitatieve gegevens

Om de schat aan informatie die de interviews ons hebben opgeleverd te ordenen en later te kunnen interpreteren, hebben wij deze eerst op methodische wijze geprepareerd en geanalyseerd. We hebben hierbij gebruik gemaakt van het Basisboek kwalitatief onderzoek van Baarda (2009).

Datapreparatie

Om te komen tot een analyse van de kwalitatieve data hebben wij deze eerst geprepareerd. Alle interviews zijn door ons uitgewerkt in een tekstbestand. Vervolgens hebben wij de tekstbestanden van de interviews gecodeerd basis van de functie van de geïnterviewden. Vervolgens zijn analyse-eenheden vastgesteld. Hierbij hebben wij gekozen voor tekstfragmenten: globaal zijn dit de antwoorden op de interviewvragen. Belangrijk selectie criterium was dat een fragment, ook wanneer het los van het geheel (de context) gelezen wordt, begrijpbaar moest blijven. Andere richtlijnen hierbij zijn: het gaat om een voorlopige indeling, het fragment gaat over één onderwerp en fragmenten mogen elkaar overlappen.

Data-analyse

De eerste stap in de data-analyse was het labelen ofwel open coderen van de geselecteerde tekstfragmenten. We hebben de tekstfragmenten voorzien van een kenmerkende naam, thema of korte omschrijving. Deze labeling was bedoeld om tot een reductie te komen van ons onderzoeksmateriaal.

Vervolgens hebben we geprobeerd op een hoger abstractieniveau een bepaalde structuur te ontdekken in de verzameling labels. Dit heet axiaal coderen. De thema's die hierbij naar voren kwamen hebben wij verder uitgewerkt in een overzicht. Dit overzicht met zogenaamde kernthema's zullen wij gebruiken bij de beantwoording van de onderzoeksvragen en de conclusies die we daaraan verbinden.

U treft de basisdocumenten van de datapreparatie en –analyse aan in bijlage E.

Bijlage B 1. Enquête medewerkers Thuiszorg

In totaal legden 83 mensen deze enquête volledig af.

Vraag 1 : Ik ben werkzaam op de locatie:

1	Amersfoort Centrum	10.84%
2	Amersfoort Noord	39.76%
3	Amersfoort Zuid	22.89%
4	Baarn / Soesterberg / Bunschoten	9.64%
5	Hoevelaken	2.41%
6	Leusden / Woudenberg	8.43%
7	Soest	6.02%

Vraag 2 : Ik ben werkzaam in het team:

2.1	Baarn A (3115020)	1.20%
2.2	Baarn B (3115120)	3.61%
2.3	Baarn C (3115220)	1.20%
2.4	Bunschoten (3035020)	1.20%
2.5	Bunschoten (3035120)	1.20%
2.6	Soest(dijk) (3095020)	1.20%
2.7	Soest (3095120)	3.61%
2.8	Soest (3105020)	1.20%
2.9	Soest Zuid (3105120)	0.00%
2.10	Leusden A (3065020)	2.41%
2.11	Leusden B (3065120)	2.41%
2.12	Leusden C (3065220)	2.41%
2.13	Woudenberg (3144020)	1.20%
2.14	Soesterberg (3145020)	4.82%
2.15	Schothorst (3045020)	7.23%
2.16	Kattenbroek (3045220)	15.66%
2.17	Hoogland (3045320)	8.43%
2.18	Vathorst (3164020)	6.02%
2.19	Koppel/centrum (3135020)	2.41%
2.20	Liendert/Kruiskamp (3135120)	9.64%
2.21	Rustenburg (3135220)	4.82%
2.22	Hoevelaken (3054020)	2.41%
2.23	Soesterkwartier (3074020)	2.41%
2.24	Bergkwartier (3154020)	7.23%
2.25	Eemhoven (3084020)	8.43%
2.26	Schuilenburg (3134010)	4.82%
2.27	Leusderkwartier (3085020)	4.82%

2.28	Randenbroek (3085120)	6.02%
2.29	Flexkrachten (3999000)	0.00%
2.30	Oncologie (3315020)	1.20%
2.31	TGV (3314020)	2.41%

Vraag 3 : Thuiszorg deelt deze werklocatie met het Maatschappelijk Werk:

1	Ja	59.04%
2	Nee	40.96%

Vraag 4 : Mijn functie is:

1	Verzorgende C	25.32%
2	Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG)	29.11%
3	Verpleegkundige, niveau 4	29.11%
4	Verpleegkundige, niveau 5	10.13%
5	Verpleegkundige Zichtbare Schakel	2.53%
6	Teamleider	3.80%

Vraag 5 : Weet u van het bestaan van de Divisie MZD (Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening) bij Beweging 3.0?

1	Ja	95.18%
2	Nee	4.82%

Vraag 6 : Weet u wat zij doen / kent u het aanbod van MZD?

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

6.1	Ja, van de Thuisbegeleiding	37.35%
6.2	Ja, van het Maatschappelijk Werk	59.04%
6.3	Ja, van Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding en Groepswork (cursussen en trainingen)	32.53%
6.4	Ja, van Welzijn Senioren Amersfoort	22.89%
6.5	Nee	28.92%

Vraag 7 : Verwijst u wel eens door naar MZD?

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

7.1	Ja, naar Thuisbegeleiding	18.07%
7.2	Ja, naar Maatschappelijk Werk	27.71%
7.3	Ja, naar cursussen of trainingen	10.84%
7.4	Ja, naar activiteiten van Welzijn Senioren Amersfoort	8.43%
7.5	Nee	56.63%

Vraag 8 : Welke problematiek signaleert u in de thuissituatie?

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

8.1	Huiselijk geweld	6.02%
8.2	Relatie met anderen	24.10%
8.3	Aangrijpende gebeurtenissen	45.78%

8.4	Overige psychische problemen (dementie, angsten, depressiviteit, eenzaamheid, etc.	84.34%
8.5	Relatie tussen partners	43.37%
8.6	Financiën, schulden	26.51%
8.7	Relatie tussen ouder(s) en kind(eren)	27.71%
8.8	Besteding van inkomen	9.64%
8.9	Echtscheiding	7.23%
8.10	Huisvesting, woonproblematiek	37.35%
8.11	Functioneren van / omgaan met maatschappelijke organisaties	14.46%
8.12	Verzorging / verpleging van de lichamelijke/geestelijke gezondheid	68.67%
8.13	Arbeid en participatie	7.23%
8.14	Identiteitsproblemen	2.41%
8.15	Geen	2.41%

Vraag 9 : Met wie overlegt u over de problematiek die u signaleert?

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

9.1	Collega's	91.57%
9.2	Teamleider	42.17%
9.3	Cliënt	57.83%
9.4	Maatschappelijk werker (in de wijk)	4.82%

Vraag 10 : Op welke manier verwijst u door naar Maatschappelijk Werk / Thuisbegeleiding / GVO?

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

10.1	Na overleg met teamleider	24.10%
10.2	Zelf contact opgenomen met MZD	27.71%
10.3	Cliënt neemt zelf contact op met MZD	36.14%

Vraag 11 : Hebt u cliënten die elders psychosociale hulpverlening ontvangen?

1	Weet ik niet	33.73%
2	Nee	6.02%
3	Ja	60.24%

Vraag 12 : Welke factoren spelen een rol in de samenwerking met en doorverwijzing naar MZD?

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

12.1	Privacy-overwegingen / beroepsgeheim	30.12%
12.2	Vaardigheden m.b.t. signaleren	27.71%
12.3	Vaardigheden m.b.t. doorverwijzen	38.55%
12.4	MZD aanbod is onvoldoende in beeld bij medewerkers Thuiszorg	62.65%
12.5	Thuiszorgaanbod is onvoldoende in beeld bij MZD	15.66%

Vraag 13 : Welke factoren spelen een rol in de samenwerking met en doorverwijzing vanuit MZD?

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

13.1	Privacy-overwegingen / beroepsgeheim	19.28%
13.2	Vaardigheden m.b.t. signaleren	16.87%
13.3	Vaardigheden m.b.t. doorverwijzen	19.28%
13.4	MZD aanbod is onvoldoende in beeld bij medewerkers Thuiszorg	37.35%
13.5	Thuiszorgaanbod is onvoldoende in beeld bij MZD	31.33%

Vraag 14 : Zijn er belemmerende factoren die ervoor zorgen dat u niet doorverwijst naar MZD van Beweging 3.0?

1	Nee	81.93%
2	Ja	18.07%

Vraag 15 : Zijn er overlegvormen / netwerken waarin u participeert, waarin ook medewerkers van MZD participeren?

1	Nee	84.34%
2	Ja	15.66%

Vraag 16 : Hoe is volgens u het aanbod van MZD bekend bij medewerkers Thuiszorg
(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

16.1	Door middel van overlegvormen (MDO, Buurtnetwerken, etc.)	18.07%
16.2	Organisatiebrede informatie (folders, website, nieuwsbrieven)	72.29%
16.3	Door cliëntgerichte contacten	21.69%

Vraag 17 : Welke van de onderstaande typeringën kenmerkt de cultuur van de Divisie Thuiszorg?

(kies de meest passende stelling)

1	Het is belangrijk dat we het met elkaar eens zijn over de doelstellingen van de Thuiszorg	22.89%
2	We hebben een duidelijk resultaat voor ogen, we werken volgens vaste schema's en protocollen zijn belangrijk	18.07%
3	Betrokkenheid op elkaar en een goed gevoel hebben over het werk is belangrijk	36.14%
4	We leren van elkaar, we wisselen kennis en ervaring uit	19.28%
5	We kunnen onze creativiteit en ideeën kwijt in het werk	3.61%

Vraag 18 : Vindt u, dat er meer kan worden samengewerkt door Thuiszorg en MZD?

1	Nee	3.61%
2	Ja	96.39%

Opmerkingen uit de TZ enquête

Bij vraag 9: Met wie overlegt u over de problematiek die u signaleert?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk, optie 'andere':

- Praktijkondersteuner huisarts of huisarts
- Huisarts, Riagg
- Familie

Bij vraag 10: Op welke manier verwijst u door naar Maatschappelijk Werk / Thuisbegeleiding / GVO?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk, optie 'andere':

- EVV'er
- Ik heb nog nooit doorverwezen, ook niet via de teamleider, weet niet wat ze concreet voor mijn cliënten kunnen betekenen.
- Huisarts (3x)
- Via verpleegkundige.
- Overleg met wijkverpleegkundige.
- Na overleg met collega's.

Bij vraag 12: Welke factoren spelen een rol in de samenwerking met en doorverwijzing naar MZD?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk, optie 'andere':

- Nog niet tegen gekomen.
- Bereikbaarheid locatie
- Makkelijk bereikbaar, zitten in 'huis'! Wel vinden cliënten het vaak een grote stap.

Bij vraag 13: Welke factoren spelen een rol in de samenwerking met en doorverwijzing vanuit MZD?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk, optie 'andere':

- Nog niet tegen gekomen.
- Geen ervaring mee.
- Onbekend / geen idee (5x)
- Geen

Bij vraag 16: Hoe is volgens u het aanbod van MZD bekend bij medewerkers Thuiszorg

Meerdere antwoorden zijn mogelijk, optie 'andere':

- Niet
- Ik heb ervan gehoord, maar wat ik ermee kan is mij geheel onduidelijk.
- Geen idee / weet ik niet (2x)
- Via collega's
- Op thuisbegeleiding na vrij onbekend.
- Doordat wij soms een gezamenlijke cliënt hebben, daar borduur je weer op verder.
- Bij cliëntgerichte contacten is 1/2 ingevuld. Door op onze teamvergadering info te geven.
- Collega's, krant (weinig bekend!)

Bij vraag 19: Welke vraag heeft u gemist en waar wilt u zelf nog iets over kwijt?

- Vragen 12 en 13 komen op mij niet helder over.
- Het zou wel fijn zijn als er regelmatig bijvoorbeeld om de twee jaar iemand informatie komt geven over de maatschappelijk zorg en dienstverlening zodat wij van de thuiszorg op de hoogte blijven bij wie wij zelf naartoe kunnen voor vragen en opmerkingen en/of naar wie en welke redenen we een cliënt kunnen doorverwijzen.
- Ouderen vinden het moeilijk om over hun problemen te praten, zien het vaak als de vuile was buiten hangen. In een relatie vinden vrouwen het hun plicht om voor hun man te zorgen, zij hebben het hun hele leven al gedaan!
- Veel accent nu op productiviteit, wat negatief uitwerkt op sfeer. Thuiszorg kan professioneler. Collega's werken jaren in de thuiszorg en zijn weinig op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen in de zorg.
- Ik weet van het bestaan van MZD, maar heb tot nu toe nog niet aan doorverwijzen gedacht. Dan heb ik daar eerst meer informatie over nodig.
- Ik ben geen eerstverantwoordelijk medewerker, hierdoor is direct contact met MW niet van toepassing voor mij.
- Wat is de meest effectieve manier om elkaar actueel te informeren?

- Schakels zijn pas net werkzaam in het thuiszorgteam R-S. Zichtbare schakel is bezig met stimuleren samenwerking TZ/MZD te bevorderen. Kennis over MZD binnen het thuiszorgteam is zeer minimaal. D.m.v. participatie, voorlichting tijdens overleggen bij elkaar proberen we meer kennis te brengen.
- Ik ben nog maar kort werkzaam bij Beweging 3.0 en werk alleen avonden. Daarom zijn vragen met betrekking tot doorverwijzen niet van toepassing (ik ben geen EVV'er).
- Waarom deze enquête gemaakt is, voor wie en met welk doel.
- Ik denk dat het een gemiste kans is als we in een bepaalde situatie niet samen gaan werken. We willen goede zorg leveren aan de cliënten en dat kunnen we doen om samen het doel te behalen.
- Als men elkaar persoonlijk kent beter weet heeft wat de ander kan leveren aan zorg zal ik sneller doorverwijzen. Ik weet bijvoorbeeld even niet hoe het zit met de financiën. Ik weet niet wie wat dit met betrekking tot overlap naar ouderen met Alzheimer/overlap GGZ heeft. En depressie/vereenzaming/gecompliceerde rouw.
- Weet heel weinig tot niets over MZD / wat is de link of relatie met TGV psychiatrie, hier hebben we wel bekendheid mee en ook contacten.
- Er zou wat meer nieuwe (onderstreept) info van MZD naar ons kunnen toestromen om een actieve (onderstreept) relatie te onderhouden. Door tijdgebrek (onderstreept) in ons werk ebben zaken soms weer weg.
- Er zijn een aantal vragen die niet relevant zijn als je niet in de wijk werkt. Als teamleider in de thuiszorg in [een bepaalde plaats] heb ik weinig te maken met MZD. Daar wordt het MW niet door Beweging 3.0 verzorgd. Wel is er eens een vraag geweest naar de thuisbegeleiding, maar dat liep op niets uit helaas.
- Vraag 4 is niet helemaal betrouwbaar. Ik heb namelijk net als diverse andere verpleegkundige meerdere functies. Je kan er dus niet vanuit gaan dat bijvoorbeeld alle verpleegkundige contact hebben met het maatschappelijk werk. Naast dat ik namelijk in de wijk werk heb ik ook een kantoor functie als voortrekker/coördinator van het team. Doordat ik op kantoor kom spreek ik de collega's van maatschappelijk werk regelmatig. Veelal niet beroepsmatig maar daardoor is de drempel wel lager om voor een vraag even naar binnen te lopen.
- Ik vind de vraag over de factoren doorverwijzing MZD en thuiszorg een beetje onduidelijk. Ik denk dat Maatschappelijk werk ons en wij hen beter moeten kunnen vinden. Ze zitten in dezelfde gebouw, maar deur is vaak dicht waardoor ik niet weet of ik binnen kan komen (bezoek van cliënt of telefoongesprek) en ik niet snel aanklop. Contact met Allochtone consulent is prettig. Kan je zo binnenlopen als ze er zijn. Heel veel succes gewenst met jullie onderzoek en ben benieuwd naar de resultaten!
- MW: niet voldoende bekend! Cliënt neemt zelf contact MZD: als dit gewenst is.
- Voorlichting zou dus eigenlijk wel eens wenselijk zijn bv in teamvergadering. Bij vraag 6: beetje, beetje, beetje, niet echt: zou wel eens wenselijk zijn. Bij vraag 14: ja, onkunde. Bij vraag 16: tekort dus. Bij vraag 17: alles is van toepassing, vaag hoor ... Bij vraag 20: sorry, geen tijd door al 't werk!
- Meer bekendheid en laagdrempelig.

Bijlage B 2. Enquête medewerkers Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening

In totaal legden 49 mensen deze enquête volledig af.

Vraag 1 : Ik ben werkzaam in:

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

1.1	De gehele regio Eemland	38.78%
1.2	Amersfoort Noord	24.49%
1.3	Amersfoort Zuid	24.49%
1.4	Baarn	8.16%
1.5	Soest	18.37%
1.6	Eemnes	2.04%
1.7	Leusden	12.24%
1.8	Hoevelaken (Nijkerk)	4.08%
1.9	Bunschoten	0.00%

Vraag 2 : Ik werk op de volgende locatie:

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

2.1	Thuis bij cliënten	38.78%
2.2	Amersfoort – Kruiskamp, Liendert, Rustenburg	8.16%
2.3	Amersfoort – Nieuwland	8.16%
2.4	Amersfoort - Kattenbroek	2.04%
2.5	Amersfoort - Zielhorst, Schothorst	14.29%
2.6	Amersfoort - Soesterkwartier	2.04%
2.7	Amersfoort - Vathorst, Hooglanderveen	4.08%
2.8	Achterveld	0.00%
2.9	Hoevelaken	6.12%
2.10	Leusden	14.29%
2.11	Woudenberg	0.00%
2.12	Baarn	6.12%
2.13	Soest	16.33%
2.14	Soesterberg	2.04%
2.15	Eemnes	2.04%

Vraag 3 : MZD deelt deze locatie met Thuiszorgmedewerkers

1	Ja	44.90%
2	Nee	55.10%

Vraag 4 : Mijn functie is:

1	Maatschappelijk werker	52.94%
2	Thuisbegeleider	47.06%

Vraag 5 : Bent u wel eens benaderd door een medewerker uit de Thuiszorg voor informatie / overleg in het afgelopen jaar?

1	Nee	46.94%
2	Minder dan 5 keer	40.82%
3	Tussen 5 en 10 keer	6.12%
4	Meer dan 10 keer	6.12%

Vraag 6 : Had u in het afgelopen jaar een cliënt, die is doorverwezen door de Thuiszorg?

1	Nee	79.59%
2	Minder dan 5 keer	16.33%
3	Tussen 5 en 10 keer	2.04%
4	Meer dan 10 keer	2.04%

Vraag 7 : Welke functie had de doorverwijzende medewerker van de Thuiszorg?
(er zijn meerdere antwoorden mogelijk)

7.1	Verzorgende C	2.04%
7.2	Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG)	2.04%
7.3	Verpleegkundige	18.37%
7.4	Weet ik niet	30.61%

Vraag 8 : Hebt u zelf cliënten doorverwezen naar de Thuiszorg in het afgelopen jaar?

1	Nee	65.31%
2	Minder dan 5 keer	28.57%
3	Tussen 5 en 10 keer	6.12%
4	Meer dan 10 keer	0.00%

Vraag 9 : Hebt u cliënten die vanuit een andere (thuis)zorgaanbieder naar u zijn doorverwezen in het afgelopen jaar?

1	Nee	71.43%
2	Minder dan 5 keer	18.37%
3	Tussen 5 en 10 keer	6.12%
4	Meer dan 10 keer	4.08%

Vraag 10 : Hebt u zicht op de problematiek die medewerkers Thuiszorg in hun werk tegenkomen?

1	Ja	65.31%
2	Nee	34.69%

Vraag 11 : Welke factoren zijn volgens u van invloed op de doorverwijzing vanuit de Thuiszorg?

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

11.1	Privacy-overwegingen / beroepsgeheim	10.20%
11.2	Vaardigheden m.b.t. signalering	48.98%

11.3	Vaardigheden m.b.t. doorverwijzen	42.86%
11.4	MZD aanbod is onvoldoende in beeld bij medewerkers Thuiszorg	77.55%
11.5	Thuiszorgaanbod is onvoldoende in beeld bij MZD	34.69%

Vraag 12 : Welke factoren zijn volgens u van invloed op de doorverwijzing naar de Thuiszorg?

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

12.1	Privacy-overwegingen / beroepsgeheim	12.24%
12.2	Vaardigheden m.b.t. signalering	14.29%
12.3	Vaardigheden m.b.t. doorverwijzen	20.41%
12.4	MZD aanbod is onvoldoende in beeld bij medewerkers Thuiszorg	24.49%
12.5	Thuiszorgaanbod is onvoldoende in beeld bij MZD	55.10%

Vraag 13 : Zijn er belemmerende factoren die ervoor zorgen dat u niet doorverwijst naar Thuiszorg van Beweging 3.0?

1	Nee	77.55%
2	Ja	22.45%

Vraag 14 : Zijn er overlegvormen / netwerken waarin u participeert, waarin ook Thuiszorgmedewerkers participeren?

1	Nee	75.51%
2	Ja	24.49%

Vraag 15 : Hoe is volgens u het aanbod van MZD bekend bij medewerkers Thuiszorg?

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

15.1	Door middel van overlegvormen (MDO, Buurtnetwerken, etc.)	28.57%
15.2	Organisatiebrede informatie (folders, website, nieuwsbrieven)	53.06%
15.3	Door cliëntgerichte contacten	42.86%

Vraag 16 : Welke van de onderstaande typeringën kenmerkt volgens u de cultuur van de divisie MZD?

(Kies de voor u meest passende stelling)

1	Het is belangrijk dat we het met elkaar eens zijn over de doelstellingen van de divisie	12.24%
2	We hebben een duidelijk resultaat voor ogen, we werken volgens vaste schema's en protocollen zijn belangrijk	14.29%
3	Betrokkenheid op elkaar en een goed gevoel hebben over het werk is belangrijk	20.41%
4	We leren van elkaar, we wisselen kennis en ervaring uit	42.86%
5	We kunnen onze creativiteit en ideeën kwijt in het werk	10.20%

Vraag 17 : Vindt u, dat er meer kan worden samengewerkt door MZD en Thuiszorg?

1	Nee	2.04%
2	Ja	97.96%

Opmerkingen uit de MZD enquête:

Bij vraag 11: Welke factoren zijn volgens u van invloed op de doorverwijzing vanuit de Thuiszorg?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk, optie 'andere':

- Thuiszorgmedewerkers zijn specifiek gericht op thuiszorg en is niet breed georiënteerd (eigen cultuurtje) op wat meer mogelijk is. Krijgen ze volgens mij ook geen scholing op.
- Geen zicht op.
- Onbekendheid met Welzijn Senioren.
- Onvoldoende tijd voor individuele casus.
- Taalbarrières en cultuurverschillen.

Bij vraag 12: Welke factoren zijn volgens u van invloed op de doorverwijzing naar de Thuiszorg?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk, optie 'andere':

- Opgemerkt dat specifieke op ouderen gerichte problemen niet in beeld is bij Maatschappelijk werkers. Heb zelf in de Thuiszorg gewerkt en merkte bij collega's dat het als specifieke niet bij het maatschappelijk werk horende zorg wordt gezien.
- Wachtlijst
- Geen idee
- Doorverwijzing naar CIZ en seniorenwegwijzers.
- Moeilijk antwoord op te geven.
- Vaak zitten zij al in een systeem omdat de verwijzer vaak in het medisch circuit te vinden is zoals een huisarts.
- Onduidelijk hoe
- Niet al onze cliënten hebben hulp nodig bij de persoonlijke verzorging/verpleging. Als dit wel het geval zou zijn dan zou ik zeker doorverwijzen.
- Gezien de psychiatrische problematiek niet van toepassing.
- Behoeft aan specialistische zorg.
- Geen inzicht in.

Bij vraag 15: Hoe is volgens u het aanbod van MZD bekend bij medewerkers Thuiszorg?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk, optie 'andere':

- Het feit dat we in een gebouw zitten maar daar is ook geen sprake van overleg met betrekking tot elkaars aanbod.
- Of, en op welke manier is mij niet bekend.
- Overleg binnen onze locatie.
- Onbekend
- Apart overleg voor wederzijdse informatie-uitwisseling.
- In teamoverleg
- Doordat we in hetzelfde gebouw zitten en elkaar tegenkomen.
- Weet ik niet.

Bij vraag 18: Welke vraag hebt u gemist en waar wilt u nog iets over kwijt?

- In de afgelopen jaren zijn er op onze locatie meerdere pogingen gedaan om ons te presenteren aan thuiszorg(medewerkers). Dit mislukte telkenmale door de zeer snelle wisselingen van leidinggevers in de thuiszorg. Met andere woorden er was geen afspraak te maken, die nagekomen kon worden. Een tweede punt, de thuiszorgmedewerkers hebben geen/nauwelijks overlegmomenten met elkaar, ook tot hun spijt, alwaar wij ons zouden kunnen presenteren.
- Hoe is de bereikbaarheid en de openheid van de medewerksters om samen te werken? Voor mij zitten de thuiszorg op een eiland en hebben is er weinig ruimte om te overleggen en samen te werken.
- De vragen zijn grotendeels gesteld vanuit de thuiszorg en niet vanuit het AMW.
- Thuiszorg komt bij gezinnen thuis en zien hierdoor veel. Zij kunnen een belangrijke signalerende functie hebben. Thuiszorg medewerkers zijn naar mijn idee onvoldoende op de hoogte van het aanbod van MW. Wellicht ook de kennis/durf om te signaleren en dit dan te bespreken met de cliënt en vervolgens te verwijzen.
- De vragen zijn heel erg gericht op MZD en Thuiszorg. Miste vragen over hoe Welzijn Senioren zich verhoudt tot MZD en Thuiszorg.

- Vraag 16 vind ik te gesloten. Er zijn nog wel meer typering! Wat te denken van: ieder is met eigen toko bezig, het wordt tijd om daar verandering in te brengen.
- Ik werk niet met cliënten, vandaar mijn vele nee bij vragen.
- Recente reorganisatie van de thuiszorg in Soest zou meer bekend gemaakt moeten worden aan MZD, anderzijds kunnen wij daarin ook meer initiatief tonen.
- Ik heb een vraag: jullie bedoelen de thuiszorg toch? Er is namelijk ook thuisbegeleiding en ik denk dat veel collegae de thuisbegeleiding voor ogen hebben gehad bij het invullen van de enquête. Daarbij is mij het doel van deze vragenlijst niet heel helder. Vanwaar dit onderzoek?
- Graag geef ik nog even mijn reactie. Ik werk samen met een collega en een stagiaire op de afdeling Preventie/Gezondheidsvoorlichting. Een kleine afdeling dus en wij richten ons op depressiepreventie en valpreventie bij senioren. Wij hebben in principe geen rechtstreeks contact met cliënten die in zorg zijn bij de Thuiszorg. Via diverse voorlichtingsactiviteiten die wij vanuit onze preventieprogramma doen.
- Het project Zichtbare Schakel valt onder thuiszorg, maar 'doet' geen thuiszorg. Wij zijn enkel als schakel tussen MZD, thuiszorg en overige zorgaanbieders in de wijk aan het werk: overstijgend. Verder zijn wij pas 2 maanden gestart, en dus kunnen enkele vragen niet goed worden geïnterpreteerd. Wij werken nauw samen met het thuiszorgteam, en we hebben elkaar nodig. Mijn visie is dat 'onbekend maakt onbemind' opgaat voor de link tussen MZD en thuiszorg. TZ is blij hun eigen taak afgerond te krijgen, hebben al moeite de cliënt in zijn geheel te bezien, laat staan om over de grenzen van het eigen vak te kijken (wat kan ik deze cliënt nog meer bieden?).
- De werksoorten verschillen teveel van elkaar. Thuiszorg gaat veelal om zorg aan het lijf. AMW houdt zich met een veel breder zorgaanbod bezig. Thuiszorg kan altijd cliënten doorverwijzen naar het AMW. Ook medewerkers zijn welkom bij het AMW als het gaat om problemen op de werkvloer, privé problemen en problemen die verhinderen om zich goed in te kunnen zetten voor het werk.
- Allochtone zorgconsulenten werken regelmatig samen met thuiszorg en MW. Met thuiszorgmedewerkers gaan zij wel samen op huisbezoek en stemmen af.
- Als Zichtbare Schakel heb ik nog niet veel inzicht in de cultuur of werkzaamheden bij MZD. Zien en horen meer van het thuiszorgteam. Vraag 16 is dan ook nergens op gebaseerd.
- Ik werk op 2 locaties (kan maar 1 invullen) en vanuit de locatie in Achterveld is er juist goede samenwerking met Thuiszorg (hometeam). Dit werkt bevorderend voor de kennis van elkaars mogelijkheden! Elkaar zien is aan elkaar denken in het kader van samenwerking!

Bijlage C Werkwijze interviews

Werkwijze en vragen individuele interviews

- introductie
 - doel en opzet
 - toestemming geluidsopname
 - geanonimiseerde verwerking
 - tijdsduur
 - verwachtingen
-
- o Hoe lang werk je bij Beweging 3.0.?
 - o Hoe en wat weet je van het onderzoek?
 - o Wat zie je van MW/TZ/TB?
 - o Wanneer heb je te maken met MW/TB/TZ?
 - o Wat vind je belangrijk voor de cliënt in dat opzicht?
 - o Voor TZ: Hoe signaleer je? Hoe bepaal je of je wel of niet doorverwijst? Wat houdt je eventueel tegen/stimuleert je om door te verwijzen. Naar wie verwijst je door? Wat heb je nodig in dit opzicht? Wat niet?
 - o Hoe zie je het als psychosociale vragen naar jou toekomen vanuit de cliënt?
 - o Voor MZD: Wat is de problematiek die TZ tegenkomt met doorverwijzen? Hoe krijgt MZD daar zicht op?
 - o Welke factoren zijn van belang voor wat betreft de verbinding? (+borging).
 - o Is de werklocatie en het dorp/stad van invloed?
 - o Hoe aanbod MW/TB/TZ onder de aandacht brengen van TZ/MW/TB?
 - o Op welke manier zou TZ en MZD met elkaar in contact kunnen zijn en blijven?
 - o Heb je zicht op het netwerk/omgeving van cliënten die thuiszorg ontvangen?
 - o Heb je zicht op/samenwerking met andere zorg/hulpverleners rondom de cliënt?
 - o Verleden, heden, toekomst. Hoe ziet de verbinding er ideaal uit?
 - o Kun je een succesvol of minder succesvol praktijkvoorbeeld noemen betreffende signalering en doorverwijzing? Hoe verliep dit traject? In welke volgorde had je met wie contact?
of:
Wat ging er minder goed? Waar in het traject liep het mis, Welke rol had de cliënt, jij, collega's, MZD/TZ, het netwerk van de cliënt.

D Uitgewerkte interviews

Hoe lang werk je bij Beweging 3.0?

Ik werk tussen de vijf en de tien jaar bij Beweging 3.0

Hoe en wat weet je van het onderzoek?

Wij móésten dit invullen stond boven het mailtje, verder weet ik het niet precies.

Er is mij gezegd dat het eigenlijk niet te declareren is. Ik kan het wel proberen onder 'project'.

Wat zie je van MW/TB?

Weinig. Dit zeg ik ook namens collega's. Er hangt wel eens iets op het prikbord van fysio of verpleegkundigen, maar dit is een onbekend terrein.

Wanneer heb je te maken met MW/TB?

Laatst werd er een cliënt overgeheveld van een andere zorginstelling naar ons. Toen stond er in het cliëntendossier iets geschreven van een thuisbegeleider. Die was er ook een keer tegelijk met mij. Die zei: wij komen af en toe bij mevrouw om te kijken hoe het gaat. Toen dacht ik: dat doen wij toch ook??

Wat vind je belangrijk voor de cliënt in dat opzicht?

Dat er overleg is tussen zorgverleners. Om zorg af te stemmen. Duidelijkheid over wat wiens taak is.

Hoe signaleer je? Hoe bepaal je of je wel of niet doorverwijst? Wat houdt je eventueel tegen/stimuleert je om door te verwijzen. Naar wie verwijs je door? Wat heb je nodig in dit opzicht? Wat niet?

Dat is best moeilijk, wij krijgen daar niet zoveel over mee. Ik weet niet wat het MW doet, wat moet ik signaleren en wanneer moet ik daarmee naar iemand toe. Dat weet ik niet.

Ik heb nu een blanco blaadje wat betreft MZD

Als ik iets signaleer dan vraag ik me af, wat zou ik hiermee zou kunnen doen. De eerste paar keer wacht ik af om een goed beeld te kunnen krijgen. Ik zou dan de huisarts raadplegen. Iemand kan ook overleggen bij cliëntoverleg. Dit wordt nog op poten gezet.

Er is een dagoudste die je kunt raadplegen. EVV'er, of EVM'ers (ik weet niet zo goed wat het verschil is) die hebben 2 tot 6 cliënten waar ze verantwoordelijk voor zijn, wat betreft zorgcoördinatie.

Ik weet ook niet precies wat problemen zijn waarvoor ik zou kunnen signaleren (we pakken de lijst erbij uit de intake). Ik zou het nodig hebben om daar meer informatie over te krijgen.

Hoe weet ik hoe ernstig iets is? Daar heb ik handvatten bij nodig. Om voor zoiets een maatschappelijk werker te kunnen benaderen zou fijn zijn.

Er moet meer bekendheid komen over voor wat je kunt doorverwijzen en hoe je dat moet doen.

Wij bouwen wel vertrouwen op en nemen contact op met de kinderen of met de huisarts.

Hoe zie je het als psychosociale vragen naar jou toekomen vanuit de cliënt? Wat/wie ben jij dan voor de cliënt?

Ik luister ernaar maar als de cliënt er niets mee wil, dan weet ik het niet. Als ik me zorgen maak ga ik er mee naar de huisarts. Of ik bel de familie.

Wat is de problematiek die TZ tegenkomt met doorverwijzen? Hoe krijgt MZD daar zicht op?

Ik weet niet hoe cliënten hier binnenkomen. Dus ook niet of ze via het MW binnenkomen

(het zou goed zijn als ze om de twee jaar komen vertellen wat ze doen en wanneer wij bij hen terecht kunnen. Het zou goed zijn als wij ze kunnen bellen met vragen.(consultatie)

Welke factoren zijn van belang wat betreft de verbinding denk jij?

Dat ze dit komen vertellen moet regelmatig gebeuren ook vanwege de wisseling van het personeel. Ik kan me voorstellen dat Maatschappelijk Werk ook verandert en dat wij daar ook van op de hoogte worden gesteld.

Hoe aanbod MWTB onder de aandacht brengen van TZ?

Zoals ik zei op het prikbord of door een informatief bezoek af en toe.

Op welke manier zou TZ en MZD met elkaar in contact kunnen zijn en blijven?

Door informatie uitwisseling, consultatie, bekend maken van waar wij heen moeten.

Heb je zicht op het netwerk/omgeving van cliënten die thuiszorg ontvangen?

Ja, wij hebben wel contact met de familie en mensen vertellen wel waar zij mee bezig zijn en naar toe gaan. Soms vragen we ons wel eens af of iemand activiteiten nodig heeft of zo. Wij zijn daar ook wel mee bezig om mensen daarvoor te stimuleren als ze dat nodig hebben.

Heb je zicht op/samenwerking met andere zorg/hulpverleners rondom de cliënt?

Niet zo, wij hebben contact met de kinderen en met de huisarts. Die verwijst door.

Kun je een succesvol of minder succesvol praktijkvoorbeeld noemen betreffende signalering en doorverwijzing? Hoe verliep dit traject? In welke volgorde had je met wie contact?

Wat ging er minder goed? Waar in het traject liep het mis, Welke rol had de cliënt, jij, collega's, MZD/TZ, het netwerk van de cliënt?

Zie het verhaal over de casus bij de 3^e vraag.

Wij werden niet in kennis gesteld van wat TB daar deed. Het was niet 'mijn' cliënt, dus ik weet het verder niet zo goed, maar zij waren dus bij de cliënt en wij ook. Wij werden niet geïnformeerd over hun werkzaamheden en taken.

Het komt ook wel voor dat er financiële problemen zijn. Laatst had ik een cliënt die problemen daarmee heeft en ook leent bij bewoners. De maatschappij is de boeman. Ik weet niet of hij daar hulp bij heeft. Ik denk dat hij dat niet wil. Er komt ook een verpleegkundige. Ik vraag als ik dit zie aan de cliënt of ik het mag rapporteren. Dat wil hij niet.

De verantwoordelijkheid ligt bij de cliënt.

Financiële problemen komen vaker voor. Er is hier ook een huismeester waar wij wel eens heen verwijzen. Die helpt ook mensen met van alles en nog wat.

Een collega heeft te maken met huiselijk geweld van oudere mensen. Ik weet daar verder niet van.

Ook is er een cliënt binnengekomen die iets ergs heeft meegemaakt. Kinderen zijn verongelukt. Er is veel angst en de cliënt dementeeert ook.

De dochter zorgt wel dat er andere hulp is. Ik weet niet wat deze vrouw op dit moment voor hulp daarbij krijgt.

Er is een cliënt met een oorlogstrauma wat boven komt. Hij gilt soms enzo. Elke maand komt iemand een gesprek houden en ik houd ook een oogje in het zeil.

Er komt iemand van het Riagg, daar is naartoe gestuurd door de huisarts. Het gaat ook om zijn vrouw, die vindt het moeilijk. Ik verwijs haar dan naar de mevrouw van het Riagg die komt.

Verpleegkundigen zijn nu onze vraagbakens, die komen ook af en toe bij ons als zij een project hebben ergens voor (incomateriaal oid). Ik zou dat ook willen voor MZD

Mensen zijn gewend aan onze gezichten.

Hartelijk dank voor je bijdrage aan dit onderzoek!

Kun je iets vertellen over je functie bij beweging 3.0?

Ik ben coördinator van dit team. Die functie bestaat niet echt maar mijn teamleider wil wel dat ik dit doe. Ik ben arrangeur.

Vorig jaar was dit anders toen was ik cliëntbegeleider en daar had je er nog 2 van. Die regelden de aanvang van de zorg en dergelijke. Ik zat meer op kantoor en deed huisbezoek voor waar het nodig was om iets te regelen, ik deed geen zorg, die functie is wegbezuinigd. Nu werk ik ook weer bij de cliënten. En het coördineren doe ik er naast. Ieder regelt nu de aanvang en opstart zelf voor zijn eigen cliënten.

Toen was het wel gezelliger en hadden we meer contact met het MW. We hadden op het laatst nog 1x per half jaar casus bespreking, ook met dietiek en fysiotherapie) op deze locatie. Dit bloedt nu een beetje dood.

Hoe en wat weet je van het onderzoek?

Via de email heb ik de informatie gekregen.

Wat zie je van MW/TB?

We lopen bij elkaar binnen.

Van thuisbegeleiding weet ik niet zoveel, die zie ik ook niet. Het is ook een keer misgelopen dat contact, zie bij casus onder.

Wanneer heb je te maken met MW/TB?

Soms zet ik er MW in. Ik overleg wel met MW als het nodig is.

Wat vind je belangrijk voor de cliënt in dat opzicht?

Overleg met andere disciplines is voor de cliënt belangrijk ik overleg ook wel met MEE en Riagg.

Voor TZ: Hoe signaleer je? Hoe bepaal je of je wel of niet doorverwijst? Wat houdt je eventueel tegen/stimuleert je om door te verwijzen. Naar wie verwijst je door? Wat heb je nodig in dit opzicht? Wat niet?

Dat is wel duidelijk. Ik zie wel of er iets niet klopt en dat verwijst ik door.

Wat betreft de thuisbegeleiding is er veel onduidelijkheid. Daar doe ik niets mee. Daar mag wel meer informatie over komen.

MW zou 1 X per jaar uitgenodigd kunnen worden in een teamvergadering om informatie over het werk te geven en de manier van doorverwijzen.

Hoe zie je het als psychosociale vragen naar jou toekomen vanuit de cliënt? Wat/wie ben jij dan voor de cliënt?

Ik kijk wel iets verder dan persoonlijke verzorging en verpleging, en ben wel vertrouwenspersoon, maar dat is op een ander vlak. Als er financiële problemen of relatieproblemen zijn dan kan ik daar niets mee. Ook als het erg vies is in huis is er andere begeleiding nodig. Ik denk dat dat niet voor alle collega's geldt misschien, dat ze precies hun grenzen weten. Soms is er iemand té betrokken en die wordt dan wel teruggefloten.

Voor MZD: Wat is de problematiek die TZ tegenkomt met doorverwijzen? Hoe krijgt MZD daar zicht op?

Dat zien ze niet, alleen als wij ze inschakelen. Andersom weet ik het niet of zij naar ons komen

Welke factoren zijn van belang w.b. de verbinding?

Openheid, vertrouwen, eerlijkheid (wat betreft privacy: toestemming vragen of je contact mag opnemen met MW, het mag van mij best met toestemmingsbriefjes), toegankelijkheid. 1X per jaar uitnodigen MW voor onderlinge informatie uitwisseling. TB vind ik niet zo toegankelijk.

Is de werklocatie en het dorp/stad van invloed?

Wel qua mensen, ze zijn makkelijk. Maar niet voor de verbinding.

Kun je een succesvol of minder succesvol praktijkvoorbeeld noemen betreffende signalering en doorverwijzing? Hoe verliep dit traject? In welke volgorde had je met wie contact?

Er was een jongetje in een rolstoel. De moeder had borderline. Ik zag al snel dat er van alles mis was. Toen heb ik het MW ingezet en die zijn er naar toegegaan. De thuisbegeleiding is er daarna ook naar toegegaan (weer via het MW)

In het geval van een verzorgende C zal er nog een schakel tussen zitten. Die neemt eerst contact op met de EVV'er die ook aan de cliënt is verbonden. Dat hoeft overigens niet per se. Het mag wel maar vaak weten ze de weg niet.

Wat ging er minder goed? Waar in het traject liep het mis, Welke rol had de cliënt, jij, collega's, MZD/TZ, het netwerk van de cliënt.

Ik kwam bij een cliënt waar het erg vies was, ik heb toen de thuisbegeleiding gebeld. Ik vroeg of het iets voor hen was. Zij vonden het een probleem dat er samen met de cliënt moest worden opgeruimd, verder moest ik dan een CIZ indicatie maken, dat kunnen zij toch veel gemakkelijker doen als ze op huisbezoek gaan? Ze gaven me het gevoel boven me te staan, het was geen plezierig contact. Toen heb ik de huisarts gebeld en is het Riagg en MEE ingeschakeld. Daar heb ik ook contact mee gehad.

Een consultatie functie voor het MZD is een goed idee en informatie over wat zij doen. Informatie over de TB is belangrijk en een voorwaarde om te kunnen samenwerken.

Bedankt voor je bijdrage aan dit onderzoek!

Hoe kijken jullie aan tegen dit onderzoek? Zijn er voorafgaand vragen?

Leuk dat dit onderzoek plaatsvindt. Heel zinvol om dwarsverbindingen die er zijn tussen de divisies meer te gaan benutten. De indruk bestaat al langere tijd dat medewerkers TZ en MZD elkaar onvoldoende weten te vinden. We denken dat er vanuit de TZ meer gesignaleerd kan worden, qua problematiek waar zij 'achter de voordeur' zicht op krijgen/hebben. Ook maatschappelijk werkers gaan via de outreachende benadering steeds meer achter de voordeur werken. Bijvoorbeeld via de thuisbegeleiding. TZ-medewerkers komen daar al. Vraag is in hoeverre zij zicht hebben op de capaciteiten van MW en TB en in hoeverre zij tijd hebben om te signaleren. Onze indruk is dat taakuitvoering van TZ sterk onder tijdsdruk staat (mogelijk is dit ons vooroordeel). Er komen relatief weinig verwijzingen binnen via de TZ.

Hoe is het aanbod MZD bekend bij TZ?

In de regio Noord is al verschillende keren geprobeerd contacten te leggen tussen TZ-medewerkers en maatschappelijk werkers. Dit blijft dan vaak bij eenmalige acties waar heel weinig respons uit komt. Er is destijds voor gekozen een maatschappelijk werker verantwoordelijk te maken voor de contacten met de TZ. Eerder deed de manager dat zelf, via de leidinggevenden in TZ, maar die wisselen zo vaak en zo snel dat het weinig zoden aan de dijk zette. Vandaar dat dit beëindigd is. Vervolgens is aan maatschappelijk werkers gevraagd te kijken of ze één of twee keer per jaar in een vergadering van de TZ kunnen komen om iets te vertellen over MW: wat doet MW en hoe kan MW bereikt worden. Dat is wel een paar keer gebeurd, maar het is voor een maatschappelijk werker moeilijk om binnen te komen, er is altijd wel wat en dan komt het weer niet uit. Het lijkt er op dat de factor tijd een belemmering is om er tijd voor te maken. Binnen het MW is de ketensamenwerking veel meer een integraal onderdeel van het werk, dan voor TZ.

TB is in de loop van 30 jaar doorontwikkeld tot een aparte werksoort en het ontwikkelt nog steeds. Het is echt een aparte werksoort, een apart beroep met een speciale opleiding. TB is in organisaties verschillend gepositioneerd. Soms is TB ondergebracht bij de divisie TZ en soms, zoals bij Beweging 3.0, in de divisie MZD. Inhoudelijk gezien is dat de beste keuze. Maar de verbinding met de TZ is verdwenen. Vaak weten mensen niet eens wat thuisbegeleiding is en mogelijk weten thuisbegeleiders onvoldoende wat er binnen de TZ gebeurt.

Er is weinig doorverwijzing, hoewel dat iets meer is geworden, maar nog te weinig. Er zijn ook voorbeelden dat TZ andere vormen van begeleiding thuis inzet, bijvoorbeeld van Kwintes of Grijs Genoegen. Situaties waarin TB een heel goede rol zou kunnen spelen, misschien zelfs passender zou zijn. Door onbekendheid gebeurt dit dus niet. Het is heel moeilijk om het aanbod bij iedereen goed tussen de oren te krijgen.

MW weet de TZ wel te vinden en TB ook, maar andersom niet. En het is ook lastig om vanuit het MW steeds die informatie te blijven geven, vooral wanneer gemerkt wordt dat het niet of nauwelijks resultaat heeft. Informatieoverdracht via een voorlichting lijkt dus niet te werken.

Voor de TB geldt dat er voorlichting is gegeven aan de teamleiders TZ. Er is sprake van mondelinge en schriftelijke informatieoverdracht. Dit heeft nauwelijks iets opgeleverd. Het idee om alle TZ-teams langs te gaan is even losgelaten vanwege de grote tijdsinvestering en vanuit het idee dat er toch wijkgericht gewerkt gaat worden. Het zou daar weer ergens opgepakt moeten worden.

Was er in het verleden meer sprake van doorverwijzing?

Dat is niet het geval. Die lijn heeft historisch gezien al nooit heel goed gefunctioneerd.

Een paar jaar geleden was er een 'Amantconsulent'. De bedoeling was dat, als er een vraag om een voorziening binnenkwam, iemand van de organisatie bij de cliënt achter de voordeur zou gaan inventariseren wat er mogelijk meer nodig was dan aangevraagd.

Zo'n schakel mis je.

Het is het onderzoeken waard of zorgbemiddeling een bredere functie zou moeten worden of dat iemand anders onderzoekt welke zorg eventueel nog meer nodig is in een huishouden.

Er wordt ergens gekeken welke zorg nodig is, bij de intake of bij een evaluatie van de zorgverlening. Dan zou ook gevraagd moeten worden of er nog iets anders nodig is.

Het proces van 'de kanteling' houdt in dat het de bedoeling is dat alle gemeenten in het kader van de WMO gaan kijken wat de vraag achter de vraag is. Die gaan breder kijken dan alleen een vraag waar een cliënt mee binnenkomt. Dat gebeurt al bij het WMO-loket. In die zin is het ook logisch dat ook vanuit de Thuiszorgtoevoer die vraag gesteld wordt.

Dat zou perfect zijn, maar het kost tijd en bij TZ gaat alles op de minuut. Indicaties zijn heel erg gekaderd. Het zou goed zijn om met het wijkgerichte werken meer de verbinding te krijgen tussen de medische en de psychosociale problematiek. De tendens van de overheid is meer wijkgericht werken maar ondertussen halen ze de capaciteit weg.

Hoe zien jullie de beweging van MZD naar TZ?

Het blijkt dat medewerkers van de verschillende divisies in één gebouw werken en elkaar niet kunnen vinden. Dat zit in 'de mensen', in de manier waarop mensen hun vak uitoefenen. Dat vraagt iets van de vaardigheden en competenties van de medewerkers die daar zitten om zo verbindend en outreachend te zijn dat je wel in contact komt met de TZ-medewerker. Dat zegt dan dus niets over de wijk, maar over de mensen.

Daarnaast komt het wijkgerichte werken vanuit MZD onder druk te staan vanwege de bezuinigingen. Er moet (in de toekomst) meer werk met minder 'poppetjes' gedaan worden. Wel zou het zo kunnen zijn dat een wijkgerichte aanpak veel oplevert.

Competenties worden genoemd, maar weten medewerkers de weg? Mogen zij bijvoorbeeld meteen verwijzen naar TB?

Dat ligt eraan. Wanneer het puur gaat om psychosociale problematiek, dan kan dat. Wanneer er andere problematiek speelt, zoals een verstandelijke beperking of een psychiatrische diagnose, dan moet er ook een indicatie aangevraagd worden bij het CIZ. Dat is vaak een belemmering, omdat de aanvragen voor TB erg uitgebreid zijn. Ze vragen een andere expertise dan die van TZ. Vervolg indicaties worden om die reden ook door de afdeling TB zelf gedaan. De eerste indicatie moet wel worden aangevraagd door de verwijzer. Dat kan TZ zijn. De afgelopen tijd hebben we daarvan een paar voorbeelden gehad waarbij een TZ medewerker daarbij hulp vroeg van één van de planners van TB.

Wat was de succesfactor hierbij? Hoe kwamen de TZ-medewerkers op het idee om TB aan te vragen?

Dat is hen niet persoonlijk gevraagd, maar dat is waarschijnlijk het gevolg van het feit dat er voorlichting is gegeven aan TZ over het aanbod van TB.

Zou MZD iets kunnen betekenen voor TZ, bij het bespreekbaar maken van de optie van meer verwijzen?

Dat sluit aan bij een competentieniveau qua deskundigheidsbevordering. Er loopt op dit moment een pilot van een maatschappelijk werker die communicatietrainingen geeft aan woon-zorgmedewerkers. De behoefte aan dit soort trainingen is voor de hele organisatie kwantitatief in beeld gebracht. Op dit moment wordt met de divisiedirecteuren overlegd over financiering, zodat bijvoorbeeld maatschappelijk werkers aan teams trainingen kunnen geven. Dit wordt dan per training vormgegeven en kan maatwerk zijn. Daar zou heel specifiek de signaleringsfunctie in meegenomen kunnen worden.

Een teamleider TZ zou er dan voor kunnen kiezen medewerkers specifiek te laten trainen op signaleren van psychosociale problematiek.

Binnen TZ zijn verschillende competentieniveaus aanwezig. Deze organisatie heeft ervoor gekozen het zwaartepunt op de verzorgenden i.g. te leggen. Dat zegt ook iets over wat je kunt verwachten van medewerkers.

Vraag is of medewerkers TZ ontbreekt aan vaardigheden voor signaleren dan wel of ze weten dat het van ze verwacht wordt?

In dat geval zou voorlichting door MW iets op moeten leveren.

Dat geldt ook voor onze eigen mensen, HBO-ers: daar is ook herhaling nodig om een boodschap helder te krijgen. Het is een competentie die ingesleten moet worden.

Betekent het, dat het wijkgerichte werken en de Zichtbare Schakels volgens jullie niet per se de oplossing zijn voor de verbinding?

Nee. De oplossing zit nooit in de structuur alleen, de mensen moeten het verschil maken. Zij moeten het belang ervan snappen. Eerst moet je de verwachtingen helder maken en vervolgens het gereedschap geven waarmee de verwachtingen gerealiseerd kunnen worden.

We hebben begrepen dat dit wel het doel is van de Zichtbare Schakels? Hoe zien jullie hen hierin?

Zij zitten alleen in (delen van) Amersfoort. De ZS zijn vanaf het begin al heel actief in de richting van TB. Hebben zelf gevraagd of zij een keer voorlichting konden geven in het team TB en andersom heeft een medewerker van TB bij ZS voorlichting gegeven. Dit heeft meteen geleid tot doorverwijzingen. Zij zitten er anders in.

In de MW-teams hebben zij zich nog niet gepresenteerd. Wel zijn er positieve berichten. Sterk verbindend en outreachend. En er is kennisgemaakt met individuele maatschappelijk werkers in de wijk waarin zij werkzaam zijn.

Hoe zien jullie de rol van de huisartsen?

Dit is per regio verschillend. Variërend van het structureel bezoeken van huisartsen door maatschappelijk werkers tot huisartsen die niet willen investeren in de samenwerking. Zij verwijzen overigens wel. Dit verschilt erg per wijk of huisartsenpraktijk. Huisartsen zijn gemiddeld moeilijk te betrekken bij allerlei overlegvormen.

TB heeft niet structureel contact met huisartsen, ze worden wel in een mailing aangeschreven en er loopt een actie dat een aantal TB-medewerkers bij huisartsen binnenlopen en contact proberen te leggen. Gedacht wordt dat daar veel werk ligt voor TB en mogelijk door onbekendheid nog niet bij TB terecht komt.

Wat kan vanuit MZD, naast deskundigheidsbevordering, gedaan worden in de verbinding met TZ?

Het zou goed zijn dat van TZ te horen. Voorlichting geven is niet helpend gebleken. Vanuit TB is de verwachting dat wanneer medewerkers wijkgericht gaan werken en daarmee meer een gezicht gaan krijgen, er meer contacten zullen ontstaan tussen TB en TZ-medewerkers.

Bij wie ligt volgens jullie de taak verbinding te zoeken?

Zowel vanuit MZD als TZ zou de verbinding gezocht moeten worden. Voor MW is het integraal onderdeel van het werk om te verbinden wat nodig is in een cliëntsituatie. Voor TB heeft het geen financiële gevolgen. Dit is voor TB wel het geval: meer verwijzingen betekent meer inkomsten.

In kleine gemeenten werken TZ en MW in hetzelfde gebouw en er ontstaat geen enkel contact, dat maakt de hoop op verbinding via het wijkgerichte werken van MW minder. Het lijkt via die weg niet te gebeuren.

Er zijn voorbeelden van wijken waarin er zeker meer samengewerkt zou kunnen worden, maar waar men elkaar niet ziet als constructieve samenwerkingspartner.

De sterke wijkinrichting, zoals die in Amersfoort is, staat erg onder druk. Eén van de speerpunten van de Gemeente Amersfoort is wel dat er meer wijk/gebiedsgericht gewerkt moet worden, maar de vermindering van het aantal medewerkers maakt dat dit onder druk komt te staan. Het zou een meerwaarde kunnen hebben als er ook voldoende capaciteit voor is.

Mogelijk werkt wijkgericht pas als je met elkaar in dezelfde ruimte bezig bent. Vooral vanuit een gezamenlijk doel. Er lijkt nu nog geen gezamenlijke opdracht.

De gezamenlijke locatie lijkt geen garantie voor samenwerking?

Nee, reden lijkt te zijn dat er geen gezamenlijke opdracht ligt, geen gezamenlijke taakstelling, geen overleg. Het gaat ook om visie.

De Gemeente Amersfoort wil bijvoorbeeld weten welke maatschappelijke effecten zijn gerealiseerd. De zak geld waarmee de doelstellingen gehaald moeten worden, wordt kleiner.

Wat is wat jullie betreft het doel van een sterkere verbinding tussen de divisies?

Gebruik maken van elkaar kwaliteiten. Op de ene plek constateren dat er iets nodig is dat op de andere plek geboden kan worden en daar gebruik van maken. Dat moet een persoonlijk samenwerkingsdoel zijn tussen mensen.

Speelt het werken in een dorp of stad voor de samenwerking een rol van betekenis?

Daar lijkt het niet op. Het werken in één gebouw in een dorpse omgeving en in een stadse omgeving leidt bij beide niet tot samenwerking. De wijk in de stad is soms zelfs kleinschaliger en ook daar vindt geen samenwerking plaats.

Men voelt zich geen collega's van elkaar. Men doet het eigen ding van uit de eigen afdeling of divisie. Mogelijk moeten medewerkers collega's van elkaar worden gemaakt.

En kan 'de cliënt centraal' het gezamenlijke doel bevorderen?

Daarmee wordt een deel van de visie ingevuld. Ook binnen de eigen divisie is de verwachting dat door de structuurwijziging naar wijkgericht werken, de samenwerking tussen TB en MW gaat verbeteren. Wellicht kunnen in de toekomst ook TZ-medewerkers daarbij gevoegd worden. Samenwerking is soms moeizaam te realiseren en als cliëntbelang het doel is, dan moet de structuur daar op aangepast worden.

Bij TB hoort verwijzing naar TZ logischerwijs bij de taak als er medische indicatie voor is. En dat gebeurt ook. Over de frequentie en regelmaat is weinig bekend. Interessant is of TZ rond verwijzing door MZD ervaart dat er te laat of te vroeg wordt doorverwezen.

Onderzoek naar de verbinding is zinvol. Er is zeker belangstelling voor vanuit de medewerkers om meer samen te werken.

Hartelijk dank voor jullie bijdrage aan dit onderzoek!

Hoelang werk je bij Beweging 3.0?

Langer dan 25 jaar. Ik ken de organisatie lang en hij gaat me erg aan het hart. Ik werk op verschillende punten. Ik denk ook 'dit is zonde, dit hebben we in huis en dat moet bij elkaar gebracht worden'.

Hoe was dat in het verleden?

MW is, als het in het zelfde gebouw zat, goed benaderbaar geweest, op sommige plekken, maar op andere plekken minder. Vroeger was het beter benaderbaar omdat je als wijkverpleegkundige allround werkte. Je had met hele gezinnen en families te maken, maar nu het meer taakgericht is hebben ze er ook niet zoveel tijd meer voor.

Wat zie je van MZD en TZ?

Ik ken zowel MZD als TZ omdat ik voor beide divisies werkzaamheden uitvoer. Ik merk binnen de organisatie dat die wederzijdse bekendheid minder is. Het is beter geweest.

Waar heeft dat mee te maken? Je noemde al het taakgericht werken van MW als factor, welke factoren spelen volgens jou nog meer een rol?

Er zit een duidelijke scheidslijn tussen TZ en MW. Ik denk dat het van beide kanten komt. Mijn collega's van TZ weten bijvoorbeeld niet eens wat ik doe voor MZD en zeggen dan 'o, bestaat dat ook?'. Die bekendheid van elkaar is er gewoon niet. Dat is naar twee kanten toe.

Hoe is de berichtgeving rond dit onderzoek op je overgekomen. Was dat helder?

Ja, ook omdat ik een bijeenkomst van MZD heb meegemaakt over de toekomstige veranderingen. Maar omdat iedereen het zo druk heeft, komt het niet voldoende binnen. Er zijn geen overlegmomenten meer waarop je dingen kunt communiceren. Het zou goed zijn als we meer van elkaar weten. Vanuit die MZD bijeenkomst wist ik ook dat er een onderzoek zou gaan plaatsvinden over betere samenwerking. Daarom kwam het bij mij niet vreemd over. Hoe dat voor anderen is weet ik niet. Ik weet niet hoeveel enquêtes jullie hebben teruggekregen? Vanuit TZ op dit moment nog niet zoveel. Vat dat maar op als signaal. Ze hebben er ook geen tijd voor. Je moet weten dat ze nu met nieuwe computerprogramma's moeten werken, patiënten omzetten etc. Op heel veel plekken is de administratieve ondersteuning weg, dus verpleegkundigen moeten veel meer taken doen en denken dan over zo'n enquête, 'mijn deur moet het maar voorbij gaan'. Ik vind het zelf erg belangrijk en daarom wil ik een bijdrage leveren.

Wat zien MZD en TZ van elkaar?

Op locaties zie je folders staan. Als MW daar zit, zijn de folders er ook, maar wat het nou precies inhoudt... Onlangs gaf ik een folder van MW aan een patiënt, maar ik denk dat het beter zou zijn als ik gelijk iemand zou kunnen benaderen met de vraag 'ik denk dat of dat hebben jullie daar een idee over'.

Onze vraag is ook, hoe signaleer je?

Kennis hebben van wat er in de organisatie is, wat MW is, wat TB is. Het signaleren, maar ook het terugrapporteren naar de eindverantwoordelijke of naar een teamleider. Daar moet je meer van weten, wil je ook kunnen signaleren. Ook over de groepsactiviteiten bijvoorbeeld die er zijn, vanuit MZD, worden, vind ik, binnen TZ niet voldoende benut. Om hierbij een voorbeeld te noemen. Binnen het (vorige jaar nieuw geïmplementeerde) zorgleefplan in TZ zijn er meetmomenten op o.a. vallen en depressie en de uitkomsten daarvan zouden beter besproken moeten worden met MZD, met de mensen die over die cursussen valpreventie gaan.

Als je er verder niets mee doet, dan heb je het wel gesignaleerd en er is mogelijk een verwijzing naar de huisarts of iets anders, maar het is niet helemaal duidelijk wat er met die uitkomsten gedaan wordt. In ieder geval niet voor mij.

Hoe zie ik dat concreet voor me? Een medewerker TZ gaat een met de cliënt een lijst langs?

Ja, die metingen moeten worden gedaan volgens het zorgleefplan. Mij is niet duidelijk wat er dan vervolgens mee gedaan wordt. Het resulteert bijvoorbeeld niet in mensen adviseren en wijzen op de cursus 'zicht op evenwicht' of 'gezond ouder worden'. En zo zijn er ook cursussen bij MW die ingaan op eenzaamheid of depressie. Dit zijn cursussen 'van de organisatie', maakt niet uit vanuit welke divisie dat georganiseerd wordt.

Wat zou medewerkers TZ kunnen tegenhouden om te verwijzen?

Mogelijk denken mensen dat het niet bij hun taak hoort. Dat moet de huisarts maar doen of de familie. Zo is de laatste tijd wel gewerkt. Ik noem wel eens het voorbeeld 'als het been afgeschroefd kon worden waar een kous aangetrokken moet worden, dan zou dat heel makkelijk zijn, want dan heb je niks met dat mens te maken'. Zo extreem zie ik het. Er zijn zoveel minuten om die kous aan te trekken, o wat jammer, er zit ook nog iemand aan vast. Mensen in TZ zouden dit graag anders willen.

Wat doen medewerkers TZ daar zelf mee / aan?

Er is al veel veranderd door het wijkgerichte werken, want als je steeds naar verschillende cliënten moet, dan krijg je ook geen band met de mensen. Nu, met het nieuwe systeem van wijkgericht werken, ontstaat er veel meer band met de mensen en zouden ze dat heel graag doen. Het niet meer centraal, op grote afstand plannen, maar zelf plannen is een grote vooruitgang. Het is eigenlijk een beetje terug naar vroeger. Graag wijs ik je op een artikel in V&VN over de wijkverpleegkundige, de spil in de wijk samen met de huisartsen en de praktijkverpleegkundigen. Daar zijn wij nu ook al mee bezig met de Zichtbare Schakels in de probleemwijken. Maar het zou beter zijn als die wijkverpleegkundige overal weer de spil in de wijk zou zijn.

Ik hoor hier een 'medisch model', wijkverpleegkundige, huisarts...

Ja, maar de wijkverpleegkundigen zijn opgeleid in de 'maatschappelijke gezondheidszorg', dus die zouden nog meer moeten signaleren naar 'dit is nog mijn competentie en hier houdt het op en nu moet ik verwijzen want het kan niet meer binnen mijn tijd of mijn mogelijkheden'.

Welke rol hebben de verzorgenden hierin?

Die moeten signaleren. Daarom zijn die meetinstrumenten er ook en de uitkomsten daarvan zijn belangrijk in de verwijzing.

Welke medewerkers nemen die signaleringslijsten af?

Ik denk de verpleegkundigen, maar hoe dat precies geregeld is in de teams op dit moment, dat weet ik niet. Zelf werk ik buiten de teams, in het hele werkgebied.

Is volgens jou het werkgebied, een dorp of stad, van invloed op de verbinding, het contact?

Dat zou niet moeten omdat je nu weer kleine teams hebt. Hooguit de benadering van de huisarts.

Zijn privacy-aspecten een factor?

Jazeker, de cliënt moet het er wel mee eens zijn dat je een doorverwijzing gaat doen.

Kan het ook zo zijn dat je als verzorgende ergens werkt en dat die cliënt jou ziet als hulpbron voor zijn psychosociale problemen?

Dat gebeurt en dat heeft alles met kennis te maken die er is over verwijzen. Het heeft met vaardigheden te maken. Dat vraagt specifieke vaardigheden, maar met meetinstrumenten moeten wel de bellen gaan rinkelen.

Dan komt dat signaal en dan? Hoe is dan die route naar MZD?

Mogelijk zou een oplossing kunnen zijn dat er één van de maatschappelijk werker gekoppeld is aan een team en dat die bijvoorbeeld bij een casuïstiekbespreking zit en dat ze daar van elkaar leren wat signalen zijn waar iets mee kan.

Zo'n casuïstiekbespreking, is dat regelmatig?

Dat zou wel moeten. Ik weet dat het nu, met de vorming van de nieuwe teams, even stilgelegen heeft. Dat is ook met scholing zo. Vanuit ons gespecialiseerde team is het eigenlijk hetzelfde met betrekking tot verwijzen. Dat gebeurt ook te weinig dat er naar een gespecialiseerd verpleegkundige wordt verwezen.

Als je in een casuïstiekbespreking de mogelijkheden in beeld hebt, verwijst je eerder. Maar als je het niet weet, verwijst je niet. Heel vaak heeft het ook met gezichten te maken: als ze je kennen, verwijzen ze makkelijker naar je door.

Dus ik begrijp dat ook bij jullie, het team gespecialiseerde verpleegkundigen, de verwijzingen niet heel makkelijk binnenkomen?

Dat klopt. Het is per team verschillend. Je hebt mensen nodig die het belangrijk vinden en de kennis hebben. Je merkt daarin ook dat mensen die het eerder gedaan hebben en er een goede ervaring mee hebben, het vaker doen. Anderen denken dat zit in ons takenpakket dat kunnen wij zelf wel, terwijl het meerwaarde heeft voor de cliënt om extra deskundigheid in te roepen.

Hoe centraal staat de cliënt in dit verhaal?

Dat kun je je afvragen. Of ze centraal staan in de hele organisatie. De trend was vraaggericht.

Verpleegkundigen zijn snel in de 'oplossing' bezig, de praktische oplossingen. Maar soms moet eerst de 'geestelijke' oplossing. Ik ben zelf een 'ouderwetse wijkverpleegkundige' waarbij dat welzijn van iemand zo belangrijk is. En als dat welzijn goed zit dan komen cliënten ook wel weer tot oplossingen. Het kan zeker zo zijn dat als iemand qua welzijn beter in z'n vel zit, dat het medische stuk meegaat.

Als verpleegkundige denk je dat je alles weet, maar ik heb zelf de meerwaarde ervaren van de vorming van de opleiding maatschappelijke gezondheidszorg (MGZ). Dan ga je anders naar zaken kijken, dan ben je minder medisch bezig. En dat is ook de mooie combinatie die wij in deze organisatie hebben dat het ook gewoon kan.

Vooraf het luisteren is erg belangrijk. Het echt luisteren naar waar zit het knelpunt.

Het werken in één gebouw door TZ en MZD, lijkt geen garantie voor goede samenwerking.

Nee, ik denk dat veel belangrijker is dat er bekendheid is van elkaars taken.

Wat zijn manieren om die bekendheid van elkaars taken te bevorderen?

Inderdaad bekendheid is heel belangrijk. En een gezicht. Wederzijds. Ook een maatschappelijk werker zou bij het zien van bijvoorbeeld een wond, kunnen denken aan een verwijzing naar een gespecialiseerd verpleegkundige. Dat kan rechtstreeks en hoeft niet via de huisarts. Of bijvoorbeeld met reumatische aandoeningen. Wanneer je denkt over aanpassingen die nodig zijn en bezigheden van mensen. Daar zou je ook een mooie combi kunnen maken.

Niet alles hoeft via de huisarts. Die zal soms toestemming moeten geven, maar het is niet nodig dat er altijd eerst een bezoek gebracht wordt aan de huisarts.

De gespecialiseerde verpleging is ook van belang voor het MW. Ik denk bijvoorbeeld ook aan hartfalenverpleegkundige. De zorg kan zo worden ingezet, zonder dat er lijntjes elders zijn. En de oncologieverpleegkundigen.

Komen psychosociale problemen bij de intake van een cliënt in TZ aan de orde?

Ja, in het zorgleefplan is zorg pas het derde domein. De omgeving en de psychische gesteldheid van een cliënt komt zeker aan de orde. Verpleegkundigen hebben daar wel moeite mee om daar een hulpvraag en een doel te formuleren en ze laten dat vaak maar. Het is ook een groeiplan. Soms komt het later wel. De zorgvraag komt eerst. Daar is ook wel training voor geweest bij de introductie van het nieuwe zorgleefplan, maar dat was erg kort. Ik weet niet of dat wel geland is. Ik weet niet in hoeverre de omgeving, familie etc. van de cliënt in kaart wordt gebracht. Ik mis dat wel eens.

Wij zijn ook op zoek naar succesvolle verwijzingen. Kun je een voorbeeld geven van hoe het zou moeten?

Recentelijk heb ik TB ingezet bij een cliënt waar ik als gespecialiseerd verpleegkundige kom in verband met haar specifieke klachten. TZ komt er ook drie keer per dag. Ik had al met TZ maandelijks een overlegje bij die cliënt, maar daar kwam niet voldoende uit. Er werden doelen gesteld die niet werden gehaald. Ook de eindverantwoordelijke van TZ zag het niet meer zitten. Toen heb ik voorgesteld TB in te zetten. Toen bleek dat die cliënt al individuele begeleiding had die de TZ zelf invulde met hangen en wurgen. Ze hebben zo ontzettend hun best gedaan, maar niet de mogelijkheid om er werkelijk dingen aan te pakken. Zij zijn natuurlijk ook aan regels gebonden van wat een verpleegkundige nog mag doen. Een indicatie voor TB bleek niet nodig, want de indicatie van cliënt was groot genoeg. TB zit er nu een tijdje in en ook zij vindt het moeilijk, maar zij heeft weer een achterban waar ze naartoe kan met haar vragen.

Wat is hier de succesfactor?

Weten van TB. Ik ken mensen bij TB, maar deze medewerker toevallig niet. Hier was het niet 'het gezicht' dat van belang bleek. Het is echt omdat ik ervan weet. Daarbij heb ik ook met iemand van huishoudelijke zorg erover gesproken, want die liepen ook tegen de problemen daar aan.

Was jij in deze casus de verwijzer?

Ja, ik heb de folder meegenomen van TB naar de cliënt en deze besproken. Het leek wel wat. Toen heeft cliënt zelf met TB contact opgenomen.

De route is dus?

Het probleem wordt gesignaleerd, besproken met andere zorgverleners, vervolgens de folder aan cliënt gegeven. Ik heb het toen ook al aan TB doorgegeven en cliënt belde zelf ook naar TB.

Dit is een succesvolle doorverwijzing.

Eigenlijk wel. Van belang is ook het op tijd signaleren waar je een eind aan jouw deskundigheid zit. Dat is moeilijk voor mensen. Ik denk dat je in TZ de dingen graag tot een succes wil maken en ook niet weten wat er dan anders moet. Soms wordt er gekozen voor nog meer mensen over de vloer, nog een extra zorgmoment. Dat lost het niet altijd op. Ook niet het overnemen van dingen lost het niet op voor mensen.

Dat vraagt een andere manier van kijken.

Precies, je hebt de doeners en de begeleiders.

Wat wil je verder nog aan ons kwijt over het onderzoek?

Ik vind zelf het 'gezicht' naar een team heel belangrijk. Ik denk dat de teamleiders momenteel zoveel aan hun hoofd hebben om de teams op deze manier goed vorm te geven, dat de inhoud wel genoemd wordt, maar... ik zou me dat kunnen voorstellen, maar ik weet dat niet. Ik wil zeker naar niemand wijzen. Er lijkt een communicatieprobleem en kennisprobleem denk ik.

Ik weet niet over de verwijzing vroeger (door wijkverpleegkundigen) naar MW meer was, maar ze waren wel beter bekend. We moeten nu naar de toekomst kijken.

Hoe zou die er, voor wat betreft de verbinding tussen MZD en TZ, volgens jou, er ideaal uitzien?

Ik denk toch aan een maatschappelijk werker, gekoppeld aan een team. Dat kan zeker ondersteuning bieden. Die heeft dan een consultatiefunctie en kan ook meekijken in moeilijke situaties.

Een TZ-medewerker die kan zeggen: 'ik zit met een probleem, hoe denk jij daarover'. Ik denk dat dit veel TZ-medewerkers ook bevrijding geeft, want ze signaleren wel, maar weten niet waar ze ermee naartoe moeten.

Het zal training vragen om dit goed op te pakken. Het niet als controle te zien, maar dat het ondersteuning is.

Daarnaast is ook een punt wat we doen met de uitkomsten van de meetmomenten. Die uitkomsten hoeven niet perse naar MW, dat kan ook door andere deskundigen opgepakt worden die daarvoor de kennis in huis hebben.

Ik denk dat als je ondersteunt wordt in je werk, dan voel je je ook lekkerder en dan weet je waar je naartoe kan gaan. En vanuit MZD en de gespecialiseerde verpleging kan inhoudelijk steun geboden worden.

Bedankt dat je mee wilde werken aan dit onderzoek!

Hoelang werk je bij Beweging 3.0?

In totaal ruim drie jaar, één jaar in deze functie. Ik kan het verschil zien in hoe ik werkzaam ben als Zichtbare Schakel of gewoon in de wijk.

We zijn op de hoogte van jullie werk als Zichtbare Schakels in Amersfoort omdat we de subsidie-aanvraag aan ZonMw voor het project in Liendert/Rustenburg hebben bestudeerd. Is jullie project vergelijkbaar?

In grote lijnen wel. Mogelijk zit er een klein verschil in de doelgroep. Zij zullen zich iets meer richten op ouderen en wij iets meer op allochtonen.

Toen wij deze subsidie-aanvraag lazen, zagen wij daarin het schakelend bezig zijn van de ZS als stap in de richting van de verbinding die wij zoeken tussen TZ en MZD, merk jij dat ook?

Het is opvallend om te merken dat toen ik zelf in de wijk werkte, ik helemaal niets had met MW. Ik heb in die tijd nooit gedacht 'ik ga MW inzetten'. En de meeste cliënten doen dat waarschijnlijk ook sneller zelf, mogelijk hebben ze zelf het MW werk al gevonden, maar als ZS merkte ik al wel dat het belangrijk is dat je contact met MW hebt. Ik merkte dat ik meer van MW wilde weten omdat ik dat nodig heb.

Wat zijn de situaties waarin je dat nodig hebt?

Bijvoorbeeld als je in een situatie zit waarin je als verpleegkundige te weinig begeleiding kunt bieden, dan zou je, afhankelijk van de problemen, kunnen kijken of dat het mogelijk bij MW past. Als ZS zijn wij die 'schakel', die wegwijzer die de cliënt ondersteunt bij het zoeken naar de juiste instantie. Als er meer begeleiding nodig is, gaan we zoeken naar waar het beter past.

We hebben hier op deze locatie het MW zitten, dus dat scheelt erg. Lastig is dat je niet zo snel binnenloopt, wat natuurlijk het mooiste zou zijn. Maar ik weet nooit of ik iemand stoor, want je kunt niet zien of er iemand (een cliënt) binnen is, of dat er een telefoongesprek gaande is. De deur zit dicht. Voor mij is dat een drempel. Terwijl het heel prettig is dat je in een gebouw zit.

Wat zou voor jou die drempel wegnemen?

Dat je weet dat er een moment is, bijvoorbeeld tussen bepaalde tijden, dat je binnen zou kunnen lopen. Of dat inzichtelijk is hoeveel afspraken er zijn. Hoewel, dan kan niet allemaal denk ik. Je moet er ook weer voor oppassen dat je alles inzichtelijk wilt gaan maken. Maar wat meer afspraken over wanneer wij binnen kunnen lopen. Ik had dat natuurlijk zelf ook al kunnen doen, maar het is er nog niet van gekomen.

Hoe zie jij de beweging vanuit MW naar TZ? Is er iets van 'hier zijn wij, kom binnen met je vragen?'

Ik denk dat we hier nog wel twee eilandjes vormen. Ik heb nog niet het idee dat we van beide kanten binnen komen lopen.

We zien in de enquêtes terug dat medewerkers aangeven veel problematiek te zien. Men komt heel veel problematiek tegen. Waar blijven medewerkers met hun vragen daarover?

Dat hangt van de situatie af. Op zich worden zij doorverwezen, maar niet alles gaat naar maatschappelijk werk. Op dit moment moet iemand nog naar maatschappelijk werk toe. MW komt niet naar de cliënt. Dat is soms een drempel.

Is de werkwijze van MW hierin een belemmering?

Ja. Ik heb begrepen dat ze wel meer naar outreachend werken toe gaan. Dat zou een stuk makkelijker zijn voor bepaalde mensen. Voor mensen is de drempel soms te hoog op hier al te gaan zitten, iedereen ziet dan dat zij MW nodig hebben. Dat geldt natuurlijk niet voor iedereen. Andere mensen zijn slecht ter been en vinden het dan teveel moeite om hier naartoe te komen.

Wordt er verwezen naar andere psychosociale hulpverlening?

Wij hebben ook wel veel contact met TB. Ik zal even helder houden dat dit ook onder MZD valt. GVo ook. Daar hebben we op dit moment niets meer. Ik denk steeds dat het alleen maar over MW gaat. Met TB hebben we goed contact.

Wat is het verschil in 'contact' met TB en MW?

TB komt wel bij mensen thuis. Je hebt er snel contact mee en het is een ander aanbod.

Is de weg naar TB toe ook anders? Hoe leg je dat contact?

Ik denk dat het aanbod van TB beter past wat cliënten in de thuiszorg nodig hebben. MW is voor mijn gevoel wel een soort begeleiding, maar je moet er wel naartoe gaan.

Tussen de medewerkers van TB en TZ is niet veel contact.

Medewerkers (niet ikzelf) die in de wijk werken, hebben niet zo snel het idee laten we dat of dat inzetten. Het zit niet zo in het systeem en vervolgens weten ze de weg niet helemaal, maar het komt ook omdat zij gewoon heel weinig tijd hebben.

Vind jij dat het contact er zou moeten zijn?

Ja, ik vind van wel, natuurlijk. Misschien speelt ook een rol dat er bij sommige cliënten al best wel veel gedaan wordt en dat degenen die er al in zitten ook wel dingen regelen. Het is niet zo dat het niet geregeld wordt en dat een cliënt daardoor te weinig zorg heeft, in sommige situaties misschien wel. Ik heb er niet zoveel zicht op hoe dat nu in dit team is. Ons doel als ZS is echt om iemand aan de hand mee te nemen naar de goede instantie. Voor een medewerker in de wijk (wijkverpleegkundige of verzorgende) is dat bij de hand nemen niet altijd mogelijk, dus die geven informatie over wie de cliënt zou kunnen bellen. Voor een cliënt vind ik MW telefonisch toereikend. MW heeft een inloopspreekuur, heeft telefonisch spreekuur. Dat loopt gewoon. Ik hoor daar geen klachten over.

Is het bespreekbaar maken van psychosociale problematiek lastig voor medewerkers in de thuiszorg? Zit daar nog een mogelijke drempel?

Ik vind dat als je dat niet kunt bespreken met een cliënt, deze waarschijnlijk ook niet bij MW past. Als je dat als TZ medewerker niet tegen een cliënt kunt zeggen, dan denk ik dat je al ergens anders moet gaan zoeken. Als bijvoorbeeld de psychische problematiek zo groot is dat het niet meer bespreekbaar is, dan zou ik al niet meer naar MW doorverwijzen, dan zou ik verder gaan kijken. Ik denk dan aan contact met de huisarts.

Jij denkt dat medewerkers in de thuiszorg dat onderscheid tussen lichte en zware problematiek goed kunnen maken?

Ja, ik denk dat je dat snel door hebt. Ik vind het lastig om te zeggen hoe mijn collega's dat doen. Er zijn altijd mensen die er meer moeite mee hebben om dat te signaleren dan anderen, maar er komen genoeg mensen bij een cliënt over de vloer, dus er is altijd wel iemand die het wel ziet.

In de subsidie-aanvraag staat ook iets over een scholingsplan voor het weer leren signaleren binnen het wijkteam. Is dat een item? Is signaleren moeilijk?

Nou, wel de tijd nemen denk ik, om te signaleren. Dat is nu het vervelende, je hebt een indicatie en daar moet je mee werken en daardoor ben je erg aan de tijd gebonden.

Daardoor heb je geen tijd om even rustig met iemand te zitten, terwijl je dan juist meer signaleert dan wanneer je gewoon je werk doet en na een kwartier weer naar de volgende moet. Bepaalde dingen zie je natuurlijk wel, maar voor andere dingen geldt dat je soms tijd nodig hebt om het vertrouwen van iemand te winnen. Een cliënt kan zich het eerste kwartier voordoen alsof hij/zij alles kan, maar als je dieper op het hele gebeuren ingaat, dan merk je dat het soms allemaal schijn is.

De signalerende rol is in de loop van de jaren weggegaan, door de bezuinigingen mochten we ook niet meer het echte signaleren doen, want daar hadden we geen tijd voor. En nu is het mooi dat we dat als ZS wel weer kunnen doen en daar voldoende tijd voor hebben. Dat moet uiteindelijk ook weer teruggebracht worden naar korte bezoeken.

Wat bedoel je met teruggebracht worden?

De subsidie loopt tot eind 2012. En in de tijd daar naartoe moeten we bewijzen dat het erg goed is dat we als wijkverpleegkundigen weer terug komen. Ik heb nu ruim de tijd, maar uiteindelijk moeten we kijken hoe het in de huidige situatie inpasbaar is in beperkte tijd.

Hoe zie jij dat terugbrengen naar de huidige situatie, het lijkt me dat daar meer voor nodig is?

Wij hopen dat als alle resultaten van de Zichtbare Schakels door heel Nederland duidelijk zijn, er inzichtelijk is dat er geld nodig is en dat zichtbaar is dat er door dit project weer mensen op het rechte pad zijn gekomen en dat dit ook weer geld scheelt voor de overheid. Ik hoop zeker dat het gaat opleveren dat er een paar uur per week beschikbaar komt en dat is al meer dan wat we nu hebben. Mogelijk gaat dat via zorgverzekeraars. Voor ons is nog niet duidelijk wie daar actie op moet ondernemen, wij of ZonMw die dit project landelijk leidt.

Zou de Zichtbare Schakel ook een maatschappelijk werker kunnen zijn, gezien het takenpakket?

Het project is op gezondheid gericht. MW zal minder gericht zijn op de ziektebeelden. Het is een totaalplaatje. Dat is ook het moeilijke: er zit veel overlap met andere instanties. Doel is de vroegere wijkverpleegkundige weer terug te krijgen. Maar er zit zeker overlap in de taken met een maatschappelijk werker.

Zou het kunnen dat 'gezondheid' een 'makkelijker' thema is om te bespreken dan psychosomatische problematiek?

Dat zou kunnen. Het klopt denk ik wel dat mensen minder snel komen met geldproblemen dat bijvoorbeeld voor diabetes. Over het algemeen komen we binnen bij mensen die iets geregeld moeten hebben. Bijvoorbeeld een voorziening, een scooter.

Ben jij aanwezig bij overlegvormen, cliëntbesprekingen? Hoe komen de vragen van de thuiszorgmedewerkers bij jou terecht?

Naast cliënten die vanuit extern naar ons worden doorverwezen (bijvoorbeeld door de huisarts) en cliënten die ons zelf bellen met een (kleine) vraag, geldt voor de thuiszorgmedewerkers dat ze weten dat we er zijn. We zitten bij het cliëntoverleg. Het is belangrijk dat medewerkers weten wat wij doen. Vragen komen via het team bij ons, maar ook via het AV-team (Amersfoort Vernieuwd), Wim Jakobs, maatschappelijk werker die deelneemt in het AV-team geeft ook weleens cliënten door. PR is belangrijk.

We zoeken naar de beweging van twee kanten, Wim Jakobs, maatschappelijk werker, weet jullie te vinden. Met wat voor soort vragen komt hij naar jullie toe?

Begeleidingsvragen. Meer langdurige begeleiding op het ziektebeeld. We hebben van hem bijvoorbeeld iemand doorgekregen die een ijzeropstapelingsziekte heeft. De partner van deze patiënt komt regelmatig naar Wim Jakobs toe. De vraag vanuit MW is wat wij ermee kunnen omdat de hulpvraag betrekking heeft op dit ziektebeeld. In dit geval gaat het om ondersteuning van de mantelzorger. Ik heb dit zelf weer opgenomen met de diëtiste en mogelijke tips ten aanzien van voeding teruggekoppeld naar de cliënt.

Vervolgens kwam de partner met een vraag ten aanzien van de financiën. Dat past voor ons minder, maar omdat ik daar toch al over de vloer kwam en ik denk dat je ervoor moet oppassen dat er niet teveel instanties worden ingeschakeld, heb ik verwezen naar de Alliantie en Stadring 51.

Wij zoeken naar de beweging van twee kanten. De vraag lijkt soms te gaan over hoe TZ kan verwijzen naar MW, maar wellicht zit er in die andere kant ook nog een beweging?

Ja, Wim Jakobs heeft ons daarin gevonden, maar met het MW hier, maar dat is van beide kanten, is er nog niet zoveel contact. Ik heb niet het idee dat zij zicht hebben op wat wij precies doen en wat zij daar dan mee kunnen. Misschien is dat ook omdat iedereen zijn eigen eilandje wil behouden.

Waar zit dat in?

Dat weet ik niet. Ik merk dat mensen denken 'wij doen dat allemaal wel', wij ook. Maar als er meer aan de hand is, bijvoorbeeld een vraag om meer begeleiding, dan kunnen wij dat niet bieden en dan zou het mooi zijn als MW daarin iets kan oppakken. Ik denk dat we daar nog een keer weer een gesprekje over moeten hebben.

Is dat genoeg, een gesprekje?

Ik weet het niet. Maar toch kijken naar hoe het loopt en zijn er wederzijds dingen die we voor/van elkaar kunnen oppakken. Wij hebben destijds informatie gegeven over ons werk als ZS, maar ik heb nooit een verwijzing gekregen van MW.

Van Wim Jakobs komen die vragen wel. Hij geeft ook wel eens mensen door waar hij zelf niet is binnengekomen met de vraag of wij daar eens langs willen gaan. Soms komen wij daar dan wel binnen. Hij doet het AV-team naast zijn reguliere MW-werkzaamheden.

Een hypothese is dat de werkwijze van MW (je moet je aanmelden, je moet er naartoe, niet zo outreachend) niet uitnodigend is, hoe zie jij dat?

Het klopt dat het geen outreachende werkwijze is, maar mijn ervaring is wel dat MW goed bereikbaar is. Ze hebben een crisissnummer ('s middags) en daar heb ik weleens gebruik van gemaakt. Ik heb toen goed contact gehad met een maatschappelijk werker die mij informatie gaf.

Ik zou het nog meer binnenshuis willen. TZ heeft bijvoorbeeld altijd de deur open, iedereen kan binnenlopen, soms is dat ook storend, ik heb bijvoorbeeld geen eigen werkplek, maar maak gebruik van flexwerkplekken. MW heeft altijd de deur dicht of ze zijn er niet. Er is nu wel een bordje met aanwezig/afwezig, maar dan weet ik nog niet of er bijvoorbeeld een cliëntgesprek is. Dat is praktisch lastig.

Als het voor jou, met jouw functie en takenpakket al lastig is, hoe is het dan voor een verzorgende in de wijk, die tegen iets aanloopt?

Die zal denk ik sneller bellen. Een verzorgende in de wijk komt minder op kantoor en die zal daarom sneller telefonisch contact zoeken of het nummer van MW aan de cliënt geven.

Maar dat moet dan wel in je systeem zitten, je moet dat nummer hebben en uitleg geven aan de cliënt wie zij dan aan de telefoon krijgen.

Het is een nummer en je wordt dan doorverwezen naar het team dat je nodig hebt. Wat ik daarvan weet vind ik dat het goed geregeld is en ik denk dat voor in de wijk prima is. De tijden zijn ook gunstig: ik dacht tussen 9.00 en 12.00 uur, dus je kunt de hele ochtend bellen. Dat is prettig.

Je gaf aan dat toen jij werkzaam was als verpleegkundige in de wijk, dat je van die mogelijkheid geen gebruik maakte. Dat het niet zo in je systeem zat.

Nee, het doorverwijzen zat ook minder in je systeem. Wel bepaalde dingen die je met je collega's besprak en waarin je keek wat je daarin kon doen, maar toen dacht ik nooit ik ga MW inzetten. Misschien speelden er toen ook minder problemen waar een doorverwijzing van toepassing had kunnen zijn.

Ik zie nu meer van wat zij kunnen bieden. Ik heb daar meer informatie over en wij hadden daar toen nooit informatie over gekregen ik had daar geen zicht op.

Het heeft ook met bekendheid te maken? Bereikbaarheid is wellicht minder het probleem dan de bekendheid?

Ja, ik denk dat in heel Beweging 3.0, omdat het zo'n grote organisatie is, je weet soms helemaal niet wat er gedaan wordt in de organisatie. Ik weet niet hoe je dat beter krijgt. Maar er moet meer reclame over gemaakt worden, denk ik.

Wij zijn benieuwd naar wat helpend zou kunnen zijn hierin.

Misschien zou MW in ons teamoverleg een keer wat kunnen vertellen over wat zij doen. Een halfuurtje bijvoorbeeld. Stadsring 51 heeft dat ook weleens gedaan en TB. Dat zijn prettige dingen.

Heeft dat dan ook als gevolg dat het meer in het systeem van medewerkers zit?

Zeker in het begin.

Maar hoe houd je dat dan vast? Morgen is er een voorlichting, maar je hebt misschien pas over een halfjaar een cliënt waarbij een doorverwijzing van toepassing kan zijn.

Het is heel belangrijk om dit soort dingen terug te koppelen naar je collega's. Er zijn dan altijd wel collega's die je adviseren om MW te benaderen. Wij zijn er als ZS tot 2012 dus tot die tijd kunnen wij aangeven dat MW benaderd kan worden. Dat is nu ook onze rol. Maar na 2012 weet je niet hoe dat gaat lopen.

Hoe borg je dat?

Ik vind dat bij alles heel moeilijk. Je kunt niet zeggen om het halfjaar komt er een presentatie van MW want er zijn meerdere instanties die wat willen komen vertellen. En hoe houd je dan de informatie bij de medewerkers vast? Dat ligt denk ik ook aan de persoon zelf. Aan de TZ-medewerkers die werken in de wijk.

Vind jij dat bij hun taak horen? En is dat helder voor medewerkers dat dit bij hun taak hoort?

Ja, ik vind dat het bij hun taak hoort. Ik weet niet of het helder is. Ik vind dat normaal. Er is pas een presentatie geweest over EVM-schap (eerst verantwoordelijke medewerker) en over wat daar allemaal bij komt kijken en dat heeft hun ogen ook open gedaan. En ik vind het eigenlijk raar dat mensen dat niet weten. Dat is ook een verantwoordelijkheidsgevoel dat je hebt. De ene medewerker die bij iemand over de vloer komt pakt aan en de andere schrijft het in de map en laat het over aan de volgende die komt. Dat gaat toch over een verantwoordelijkheidsgevoel dat je hebt. Als jij niet weet wat je met iets moet doen, dan moet je dat gaan overleggen. Of je vraag meenemen naar kantoor of overleggen met de EVM. Zodat die actie kan ondernemen. Daar moet meer gebruik van gemaakt worden. Als je EVM een week vakantie heeft, dan wordt van je verwacht dat je zelf actie onderneemt. Je laat niet een cliënt een week met een probleem zitten.

En dat besef?

Dat zit er bij de één wel en bij de ander niet. Het maakt niet uit wat voor niveau iemand heeft. Dat zit waarschijnlijk een beetje in de persoon. Je kunt daar natuurlijk wel wat aan doen. Maar je merkt hier dat het borgen, bij de een vanwege het verantwoordelijkheidsgevoel, er meer is.

Dat je in een bepaalde situatie bedenkt wat je ermee zou kunnen doen en dan voor jezelf nagaat wat is er ook al weer allemaal, wat is er in de sociale kaart en dan 'O ja, een halfjaar geleden hebben we MW gehad, waar ging dat ook alweer over'. Dan kun je dat eventueel nog met je collega's overleggen of die situatie mogelijk iets voor maatschappelijk werk zou kunnen zijn. Ik zeg dat misschien zo heel makkelijk, maar ik vind dat het bij je verantwoordelijkheid hoort.

Jij zegt, niveau maakt niet uit. Daar wordt verschillend over gedacht. Kun jij iets zeggen over hoe jij dat ziet?

Ik vind dat je niet hetzelfde kunt verwachten van een verzorgende als van een verpleegkundige. Maar dat betekent niet dat je altijd kunt zeggen dat een verzorgende nooit verwijst. Er zijn ook verpleegkundigen die dat niet doen en andersom. De ene verzorgende zal bijvoorbeeld wel een goed intakegesprek en de planning kunnen doen en een andere niet. Maar dat zelfde geldt ook weer voor een verpleegkundige. Zeker de wat oudere verpleegkundigen zijn heel goed in het signaleren, maar weer minder goed in het computergebeuren en daar kan een verzorgende weer beter in zijn. Je kunt daarom niet zeggen dat een verzorgende iets niet kan.

Is dat een kant die je op zou moeten volgens jou, meer gebruik maken van de competenties van mensen op verschillende gebieden?

Dat zou op zich wel goed kunnen zijn, maar dat is ook lastig. Ik denk dat je over het algemeen wel een onderscheid moet maken in wat de verzorgenden en wat de verpleegkundigen doen, maar dat die grens soms ook wat meer weggelaten kan worden.

In de enquête gaf je aan dat je hebt doorverwezen naar TB en WS. Niet naar MW en GVo. Is daar een reden voor?

GVo zit helemaal niet in mijn systeem. We hebben wel een scholing gehad over valpreventie en depressie, maar van de cursussen en dergelijke ben ik misschien nog te weinig op de hoogte. In de training is wel het signaleren aan de orde geweest.

Hoe zit het met cliënten die elders psychosociale hulp ontvangen?

Dit gaat om cliënten die bijvoorbeeld al hulp krijgen van Symfora. Die ontvangendaar begeleiding.

Je geeft verder aan dat privacy-overwegingen een factor zijn in de doorverwijzing.

Dit vond ik onlogische vragen. Privacy speelt bijvoorbeeld wel een rol, maar je kunt een vraag ook anoniem stellen, maar ik probeer altijd de cliënt erbij te betrekken. Het is juist voor ons als ZS juist makkelijker, wanneer we informatie krijgen, om ergens binnen te komen, dan voor MW. De vaardigheden om door te verwijzen heb ik wel, het is meer dat het soms nog niet helemaal in je systeem zit.

Wij zijn op zoek naar wat is helpend, waar wordt het makkelijker van om te verwijzen. Je noemde al de 'open deur', wat zou nog meer helpen?

Ik zou graag ook meer samenwerking zien in netwerken en overlegvormen. Er is een buurtnetwerk in Liendert/Rustenburg, ik weet even niet of daar MW bij zit, maar dat zou ook een stap zijn, daar kom je elkaar dan ook tegen. Je komt elkaar hier nu alleen tijdens de lunch tegen en dat ik niet het moment om dingen te bespreken. Ik denk, en dat geldt voor heel veel dingen binnen Beweging 3.0, dat er meer reclame voor gemaakt zou moeten worden.

Is het een PR-kwestie?

Ja, en dan gaat het niet om het ophangen van folder hier, maar ook dat mensen meer op de hoogte zijn van wat er speelt binnen de organisatie. Wat wordt er allemaal gedaan. Ik vind dat dit er nu te weinig is. Zo weet bijvoorbeeld ook niet iedereen dat er ZS zijn en ik vind dat iedereen bij Beweging 3.0 dat zou moeten weten.

We zitten maar in drie wijken, maar het is iets waar Beweging 3.0 subsidie voor krijgt en wat in de toekomst verandering zou kunnen brengen.

En op de vraag hoe je het beter in het systeem krijgt, het moet denk ik ook een wisselwerking zijn. Ik weet niet hoe MW over de samenwerking met ons denkt. Ik denk dat het voor MW nog lastiger is: wij hebben maar een paar personen die we aan hoeven te spreken en zij hebben een heel team en wie spreek je dan aan.

MW zou bijvoorbeeld via de arrangeurs, die de planning doen, contact kunnen leggen. Maar we hebben ook een bereikbaarheidsnummer wat gebeld kan worden.

De arrangeurs zijn overdag bereikbaar via het bereikbaarheidsnummer en dat moet eigenlijk bij MW ook bekend zijn.

Een aantal teams, waaronder het Bergteam hebben een kaartje met een foto van het team en daarop het bereikbaarheidsnummer. Voor de andere team wordt daar nog over nagedacht. Dat zou bijvoorbeeld al heel fijn zijn. Er wordt door de afdeling communicatie ook gedacht aan een 'doorverwijsknop' via de website.

Jij noemt een foto: is het van belang dat er 'gezichten' bij horen?

Dat is best een lastige, omdat teams nogal eens veranderen. Een foto van het gebouw zou dan een alternatief kunnen zijn.

In de subsidie-aanvraag aan ZonMw staat ook dat er protocollen moeten komen voor doorverwijzing. Kun je daar iets over zeggen?

Die protocollen hebben wij niet. We hebben wel de screeningslijsten. We hebben een screeningslijst die op vier domeinen is gespecialiseerd. Het gaat om een zeer uitgebreide lijst. Deze loop je langs en wat van toepassing is vul je in. Maar niet alle vragen komen altijd aan de orde. In de lijst komen bijvoorbeeld schulden etc. ook voor en daar zoek ik dan de actie bij.

Naar de mogelijkheid van protocollen moeten we nog eens kijken. Of er echt een protocol voor moeten komen is de vraag, maar het is zeker goed om inzichtelijk te hebben hoe de samenwerking is, van beide kanten en hoe we naar elkaar verwijzen.

Tijd is een belangrijke factor. We hebben als ZS zowel tijd om te signaleren als tijd om uit te zoeken wat passend zou kunnen zijn in een bepaalde situatie en tijd voor overleg hierover en dat heb je tijdens het werken in de wijk niet.

Maar is het dan niet teveel gevraagd om te zeggen dat hoort bij je taak?

Belangrijk is dat mensen er in ieder geval van weten, zodat het niet helemaal uitgezocht hoeft te worden. Het moet voor mensen makkelijker gemaakt worden. Daarom denk ik dat een presentatie heel goed zou zijn. En ik vind dat het bij je takenpakket hoort, maar hoe je dat zo kunt invoegen en afbakenen dat het ook kan is een tweede. Daar zijn ze hier ook mee bezig. Hoe kun je meer van je EVM-taken gebruikmaken. Want daar wordt niet altijd tijd voor genomen. Maar ook dat is weer per persoon verschillend. De een zegt het is tijd ik ga nu naar huis en de ander zegt ik zorg in ieder geval dat het goed wordt overgedragen. Ook dat is een punt: je hoeft niet alles zelf te doen. Je kunt ook in de map de vraag zetten, wil je morgen MW bellen. Punt 1 is dan de stap al gezet dat MW gebeld wordt en iemand kan dat dan naast zijn zorg doen. Dan is het niet zo dat alleen de problemen gemeld staan en dat iemand anders dan zelf moet gaan uitzoeken wat er moet gebeuren. Hiermee kun je het heel concreet en makkelijker maken voor je collega's. Deze taken horen echt bij het EVM-schap. Dat zou teruggebracht moeten worden in de wijk.

In de subsidie-aanvraag van ZonMw staat verder dat er structureel casusoverleg met samenwerkingspartners (voor multi-probleemproblematiek) ontwikkeld en geïmplementeerd wordt. Hierin lijkt de mogelijkheid aanwezig voor de verbinding met MZD?

Dat is een lastige. Het is mooi opgeschreven zo, maar huisartsen willen al niet zo'n standaardoverleg, dus dat is alleen telefonisch mogelijk en er zijn al best wel veel overlegmogelijkheden. Wij zijn hierin bijvoorbeeld voor deze wijk zoekende. We denken aan samenwerking met het AV-team. Van de gemeente uit zijn er ook netwerken en daar moet je dan ook bij aansluiten, maar in deze wijk is er niet echt een (buurt)netwerk, het zou mooi zijn als dat opgezet zou worden.

Hoe zou de verbinding er ideaal uitzien?

De sociale kaart moet inzichtelijk worden. Dat is heel lastig want die verandert heel snel. Misschien zou je voor de meest voorkomende problemen een klein lijstje met nummers die je het meest nodig hebt en die heb je in je agenda. Namen heb je dan niet nodig. Bijvoorbeeld van maatschappelijk werk heb je geen naam nodig. Als je het algemene nummer hebt, word je wel doorverwezen naar het MW in die wijk. Dat is het goede van de bereikbaarheid van het MW.

Wat maakt nou dat je TB weet te vinden. Je noemde al dat de problematiek helder is en hun aanbod helder is, maar hoe zit het met die route daar naartoe? Er is een indicatie voor nodig.

Het is daardoor wel weer minder makkelijk dan bij MW. Het hangt er wel vanaf welke formulieren nodig zijn. Je hebt een indicatie die je via het CIZ moet aanvragen een waarbij je een formuliertje kunt invullen. Dat ene formulier is makkelijk, maar we hadden pas iemand waarvoor het hele B-formulier moest worden ingevuld. Dat was een crime. Het waren wel 15 pagina's., je hebt het er wel voor over. In deze situatie was duidelijk dat deze cliënt begeleiding nodig had, we kwamen er zelf niet uit, dus het is gewoon nodig.

Een aandachtspunt voor TB is dat zij aangeven 'wij doen het allemaal', maar soms moet je lang wachten voordat je al iets hoort. De ene keer is de bereikbaarheid beter dan de andere keer. Je krijgt niet altijd iedereen te pakken. De bereikbaarheid is bij MW beter, maar we maken meer gebruik van TB. Waarschijnlijk omdat die aan huis komen en een beter aanbod hebben voor onze problemen. Dat is soms tegenstrijdig omdat zij wel altijd aangeven maak gebruik van ons, wij doen dat wel even, maar dat is niet altijd even gemakkelijk.

Hartelijk dank voor je bijdrage aan dit onderzoek!

Hoe lang werk je bij Beweging 3.0?

Ik werk hier meer dan 25 jaar.

Hoe en wat weet je van het onderzoek?

Alleen heb ik gezien wat bij de enquête zat.

Het is wel goed dat jullie dit onderzoeken.

De cliënten, we pampere ze dicht met pleisters en hebben maar weinig aandacht voor hun zielenleven.

Wat zie je van MW/TZ/TB?

Ik zie ze op onze locatie. Maar er is geen klik naar beide kanten.

Wanneer heb je te maken met MW/TB/TZ?

Als er een probleem is bij een cliënt waar wij allebei inzitten, dan loop ik er wel eens binnen bij de MW'er om te vertellen hoe het bij/met de cliënt gaat. Maar verder nodigen ze niet uit voor een gezellig praatje. Ik denk dat ze het te druk hebben.

Er is wel een thuisbegeleider bij één van mijn cliënten, maar die was er al eerder dan wij. Een thuisbegeleider helpt geloof ik iemand op het goede spoor te blijven. Bij ons is verder geen thuisbegeleider, we overleggen er niet mee of zo. Ik weet ook niet wie bij ons in Soest thuisbegeleider is.

Wat vind je belangrijk voor de cliënt in dat opzicht?

Dat duidelijk is waar zij iemand kunnen bereiken. Alleen cliënten zijn vaak niet gewend over zichzelf te praten. Ze zullen niet zo gauw op een Maatschappelijk werker afstappen. Ze hebben een vertrouwd iemand nodig.

Wel moeten zij (of eventueel een familielid) zelf de telefoon pakken anders krijgen ze het idee dat het door hun strot geduwd wordt.

Hoe signaleer je? Hoe bepaal je of je wel of niet doorverwijst? Wat houd je eventueel tegen/stimuleert je om door te verwijzen. Naar wie verwijst je door? Wat heb je nodig in dit opzicht? Wat niet?

Ik zie bijvoorbeeld dat mensen blokkeren. Ze hebben het ergens over en ze komen er niet uit. Dit belemmert hen dan zelfs in hun dagelijkse bezigheden. Het lukt dan allemaal niet meer. Of ze hebben allerlei lichamelijke klachten. Als er echt iets dreigt te escaleren dan ga ik eerst naar een collega om te vragen wat hij/zij ervan vindt. En als het nodig is schakel ik wel het MW in.

Ik merk wel dat de psychosociale zorg een ondergeschoven kindje is. Het zou goed zijn als we daar met elkaar wat meer aandacht voor hebben. We bespreken het nu nauwelijks tijdens de cliëntbesprekingen.

Hoe zie je het als psychosociale vragen naar jou toekomen vanuit de cliënt? Wat/wie ben jij dan voor de cliënt?

Ik heb een luisterend oor voor ze. Ze zijn blij dat ik kom en dat het geen vreemde is. ("o, gelukkig, ben jij er vandaag")

Dus ik ben een vertrouwd iemand voor ze, die regelmatig komt.

Welke factoren zijn van belang wb de verbinding?

Dat mensen meer betrokken zijn. Dat zie je bijvoorbeeld aan dat medewerkers niet staan te springen om mee te denken over dit onderzoek.

Je hebt mensen die hun werk doen en hebben verder weinig belangstelling. Ze kijken niet breder. Ze doen wat ze moeten doen en dan houdt het op. Waar dat aan ligt weet ik natuurlijk niet, dat moet je hen vragen. Ik weet dus ook niet wat er voor nodig is zodat dat anders wordt.

Wat betreft de privacy: Als MW en TZ dezelfde cliënt hebben vind ik dat zij er gewoon met elkaar over kunnen praten. Omdat het in dezelfde organisatie is. Je hebt de zorg voor de cliënt voor ogen. In andere gevallen moet de cliënt zelf contact opnemen met het MW. Dit ligt bij mijn weten niet vast ergens.

Ja, het wordt nu af en toe verteld en folders liggen er ook wel.

Op welke manier zou TZ en MZD met elkaar in contact kunnen zijn en blijven?

Ik denk dat het goed zou zijn als ze(de MW'ers) op afroep beschikbaar zijn als wij één keer in de 6 weken cliëntbespreking hebben en het gaat over iemand waarover zij zouden kunnen meedenken. Dan leren we ze kennen en kunnen we meer samenwerken. Ik zou wel eens iets willen vragen maar ik denk dat ze daar geen tijd voor hebben. Zij zoeken nu ook geen toenadering.

Heb je zicht op het netwerk/omgeving van cliënten die thuiszorg ontvangen?

Ja hoor. En de familie staat ook in het zorg-leefplan vermeld. Er is een eerste contactpersoon bijvoorbeeld.

Heb je zicht op/samenwerking met andere zorg/hulpverleners rondom de cliënt?

Ik denk het wel, maar ik weet niet zeker of ik van mijn cliënten weet van wie ze allemaal zorg ontvangen. Vroeger was er een ouderensprekuur, ik weet eigenlijk niet of dat er nu nog is.

Verleden, heden, toekomst. Hoe ziet de verbinding er ideaal uit?

Vroeger was ook de huishoudelijke zorg nog bij Beweging 3.0. Het is wel jammer dat dat weg is hoor. Wij missen nu de samenwerking met de huishoudelijke zorg. Die zien nog veel meer dan wij.

Kun je een succesvol of minder succesvol praktijkvoorbeeld noemen betreffende signalering en doorverwijzing? Hoe verliep dit traject? In welke volgorde had je met wie contact?

Er was een cliënt die vaak viel en haar dochter had het daar erg moeilijk mee. Ik heb toen gezegd dat zij zelf naar een MW'er kon gaan.

Er was een ouder echtpaar. De vrouw kon niet meer voor de man zorgen. Ik heb toen overlegd met collega's. Daarna heb ik geadviseerd dat deze vrouw contact op zou nemen met het MW. Dat heeft ze gedaan en de man is nu ook in een verpleegtehuis geplaatst. Dit contact gaat verder dan buiten mij om. Ik hoor er van via de cliënt. Dat vind ik prima.

Hartelijk bedankt voor je bijdrage aan dit onderzoek!

Kun je iets vertellen over je werk als GVO-medewerker?

Via ZonMW, de subsidieverstrekker, zaten we eerst op thema's voor zwangeren en kinderen, daar kwam een verschuiving in. We gingen met de beweging mee, omdat de nul t/m vierjarige nu bij de GGD zitten. Wij richten ons nu voornamelijk op de Senioren. We hebben in 2011 en 2012 twee thema's: val -, en depressie preventie.

En dat doen jullie door het aanbieden van cursussen?

Dat lijkt, want we vragen aan op cursussen, dat is het format wat ZonMW wil. Voor het thema depressiepreventie hebben we hebben de leeflijn van depressie ernaast gehad en dan kijk je welke activiteiten daarbij passen en dan kom je wel vaak op cursussen uit. Het zelfde geldt voor vallen. De cursussen zijn geschikt voor senioren om depressie te voorkomen.

Wie krijgt die cursussen, de cliënten zelf of medewerkers?

Beide. We organiseren cursussen voor professionals. Nu loopt de cursus voor huishoudelijk medewerkers van TSN. Dat krijg je sowieso altijd gehonoreerd, want dat vinden ze heel belangrijk. Dat zijn de mensen achter de voordeur, die kunnen signaleren en via hen kun je het beste interveniëren.

Voor de senioren zelf zijn het bijeenkomsten waar de risico's worden geschetst, bijvoorbeeld gevaarlijke keukentrapjes en losliggende snoeren. Ook worden deze mensen bewust gemaakt van hun reactievermogen die vaak achteruit is gegaan.

Bij de drietand wordt bijvoorbeeld een cursus gegeven: 'De kunst van het ouder worden'.

Er is ook een cursus die genoemd wordt: 'Voorkom vallen'. Deze cursus richt zich op angst om te vallen en evenwicht. Als mensen niet meer gaan bewegen omdat ze bang zijn om te vallen, lopen ze juist meer risico om te gaan vallen en komen ze in een negatieve spiraal.

Daarnaast is het veel samenwerken, netwerken, want we kunnen niet vanuit deze ijzeren toren Computerweg zomaar her en der activiteiten uitzetten. Zo hebben wij heel veel contact met Welzijn Senioren. Zij kennen de doelgroep, zij zien ze binnen de doelgroep binnen de Drietand waar is behoefte aan en waar kunnen wij op aansluiten.

Wij hebben aanbod en zoeken gewoon de vraag. Daar komt meer bij kijken dan alleen maar cursussen uitzetten. We moeten er de hort voor op.

Wij vragen ons ondertussen even af: Welzijn Senioren, wij hebben gezien dat die onder MZD gaan vallen, horen die nu bij Wonen en Zorg? Wat is Wonen en Zorg precies?

Divisie Wonen en Zorg, daar vallen de aanleunwoningen denk ik. Ik moet eerlijk zeggen dat ik dat niet precies weet.

Bij wonen en zorg was Welzijn Senioren een vreemde eend in de bijt. Zij zijn bezig met het bereiken van de zelfstandige wonende Senioren.

Jullie hebben een aanbod, en Welzijn Senioren, daar komt jullie vraag uit?

Nee, we werken met hen samen om de cursussen te organiseren. We bespreken met elkaar bij welk ouderensteunpunt wij cursussen uitzetten.

Waar komt dan precies die vraag vandaan?

Vanuit de monitor voor ouderen, van de GGD. Een Seniorenmonitor uit 2007, ze hebben een onderzoek gehouden naar de gezondheidsrisico's senioren. Daar kwam heel duidelijk uit dat eenzaamheid een heel belangrijk thema is. En dat valrisico vaak aanwezig is.

2007, een beetje verouderd. Daar kwam uit dat eenzaamheid een belangrijk thema is voor ouderen. Dat valpreventie belangrijk is omdat ouderen, als ze eenmaal vallen, ze breken een heup, ze komen op bed te liggen, ze worden naar een verpleeghuis of een verzorgingstehuis gebracht, ze moeten weer terug en ze komen dan niet meer naar buiten. Het is belangrijk om daarop te investeren.

Er zijn vanuit de GGD twee preventieplatformen, één voor depressie en één voor vallen. In die lijn zijn wij meegegaan en met de (B)eweging zeg maar en hebben wij ons daaronder geschaard.

Dus de GGD signaleert en Beweging 3.0 heeft aanbod?

Ja, daar komt het op neer.

Het onderzoek lijkt dan wel mooi aan te sluiten bij jullie vraag waar de vraag vandaan moet komen. Wij zoeken daar ook naar, de verbinding.

Ja, alleen jullie enquête was niet zo op ons gericht. Wij konden daar ons ding niet goed in kwijt

Vorig jaar hebben wij aan alle thuiszorgmedewerkers een intermediaire training aangeboden. We hebben dus al een beetje samengewerkt met de thuiszorg. We hebben dit met Marlijn Lenselink samen bedacht. Het was goed dat wij elkaar op managementniveau hebben gevonden. Dit viel binnen het kader van het zorgleefplan voor cliënten uit de Thuiszorg. Daar krijgt die afdeling dan weer subsidie voor. Het was de bedoeling dat de thuiszorgmedewerkers geschoold werden op het signaleren van valrisico en depressiepreventie. OP deze manier hebben we deze twee zaken gecombineerd. Daar hebben we wat moois van gemaakt met elkaar. We hebben als oefenpraktijk activiteit bedacht dat in het zorgleefplan het valrisico moest worden opgenomen en daar gaven wij dan een training bij. Er was niet zoveel draagvlak binnen de teams, want ze moesten al zoveel. Sommigen zijn best wel negatief geweest over de training, al waren er ook wel die het positief vonden. Het was de bedoeling dat ze zouden leren signaleren en dat ze dan die vertaalslag zouden maken.

Zijn daar nog contacten uit voorgekomen?

Nee.

De docenten hebben het ook als zwaar ervaren. Omdat ze door een stukje weerstand heen moesten.

De weerstand, had dat te maken, met wat jij zegt dat ze het zo druk hebben of zien zij het belang niet zo?

Daar zijn we niet goed achter gekomen. Ze hadden zo iets van "We zijn al zo druk".

De thuiszorgteams waren ook net van grootschalig naar kleinschalig gegaan. Dat is een nieuwe manier van werken. Daarbij hoort dus het zorgleefplan invullen, wat nogal bij hun tijd werd opgeteld.

Bij de cursus hoorde dat zij als huiswerkopdracht lijsten voor val- en depressierisico's in een zorgleefplan moesten invullen n.a.v. de training. Dat was ook een stukje van hun weerstand.

Sluit het aanbod aan bij de zorg die cliënten nu vanuit de Thuiszorg ontvangen?

Vinden de thuiszorgmedewerkers ook dat het passend is voor deze cliënten?

Dat heb ik niet helder. Ik weet wel dat ze heel veel eenzame mensen zien, waarvan ze zouden kunnen denken: "Hier is een cursus op zijn plaats en ik waag me er aan om een folder onder de aandacht te brengen". Dan heb je het in ieder geval geprobeerd.

Je hebt in de enquête aangegeven dat je zicht hebt op de problematiek die thuiszorgmedewerkers in hun werk tegenkomen. Kun je daar iets over zeggen?

Ik heb die zorgleefplannen in de tijd van die trainingen doorgenomen. Ik kon dan zien bij hoeveel mensen die val en depressierisico's spelen. Het voornamelijk medisch, dat zorgleefplan. Je wordt daar niet blij van als je dat leest. Waar je allemaal last van kunt krijgen als je ouder wordt. Alle ongemakken waarvoor thuiszorg moet komen. Dat was wel confronterend. Ik denk dan: "Ik wil nooit oud worden".

Leverde dat ook iets op van een soort van verbinding tussen hoe zij de cliënt zien en wat jullie aanbieden? Een soort van match?

Nee.

Waar lag dat aan?

Geen idee, het is niet duidelijk geworden waarom daar geen match is ontstaan.

Er waren 10 trainingen en ze moesten daar naartoe komen. Ik weet een beetje wat ik van de docent kreeg teruggekoppeld, maar het is niet duidelijk geworden waarom daar geen match is ontstaan. Dat hadden wij wel gehoopt en gewild. Door sommigen is het wel als positief ervaren, maar het vervolgstukje blijft nu uit. We hebben ons doel niet bereikt omdat we niets meer terughoren van dat signaleren en er wordt niet doorverwezen.

Dat is jammer, want je hebt toch een gezamenlijk iets, jullie hebben een aanbod voor de cliënt en zij hebben hart voor hun cliënten, dat zou samen moeten kunnen vallen.

Ja precies, en het is niet geluk. Tenminste dat dénk ik want we krijgen nooit iets terug over cliënten.

Het feit dat zij een cursus signaleren kregen zegt dat jullie het zo hebben gezien dat de thuiszorgmedewerkers niet goed signaleren, klopt dat?

Ja

Hoe weten jullie dat?

Het feit dat het moet. Signaleren hoort bij hun vak, maar dat krijgen we niet terug of horen we niet terug, dat zit niet in hun systeem.

Waar wordt dat aan gezien dat het niet in hun systeem zit? Dat het niet bij jullie terugkomt?

Ik heb een stukje gemist omdat ik met zwangerschap was toen dit is ontwikkeld.

Het feit dat zij bij de cliënten thuis zijn én deze belangrijke thema's én dat er meer mogelijkheden zijn die nu niet benut worden. Zij zitten vooral op het medische vlak.

Daar hebben jullie de conclusie uit getrokken dat zij het niet signaleren?

Ja.

Krijg je wel eens doorverwijzingen?

Nee, tot nu toe zijn er geen cliënten doorverwezen vanuit de thuiszorg. We worden door teamleiders wel functioneel benaderd, maar niet over cliënten.

Vanochtend was er een welzijnsmedewerker uit Baarn, die wilde in haar woonplaats ook graag zo'n cursus voor senioren georganiseerd hebben.

Hoe is het andersom? Zijn er ook cliënten die deelnemen aan cursussen die in aanmerking zouden kunnen komen voor thuiszorg?

Ik werk zelf niet met cliënten, maar voor de cursusleiders zou dit wel opgaan.

Zij kunnen een verhaal horen van iemand uit de wijk en denken: "Hé deze cliënt heeft wel thuiszorg nodig. Ik vraag me af of dan de lijntjes naar de thuiszorg worden getrokken.

De zichtbare schakels, dat is ook een ZonMW project hebben wij begrepen. Hebben jullie daar al contact mee gelegd?

Klopt, eerst was het kruiskamp koppel, vorig jaar hebben we daar wel mee samengewerkt, dat staat nu op laag pitje, en nu opnieuw zijn de twee ander zichtbare schakels, vier eigenlijk, nee vijf in totaal, dat begint nu weer. Die contacten zijn nu begonnen, maar ook dat blijft lastig. We zijn druk met ons eigen werk, ieder voor zich. Elkaar vinden dat is nog wel eens wat er bij inschiet.

Dus tijd is een belangrijke factor, als je het hebt over de verbinding?

Ja, en dat je elkaar niet ziet. Als de zichtbare schakels hier in huis hadden gezeten dan loop je zo even binnen zo van: "Hé wij gaan dit en dit project in Randenbroek Schuilenburg doen, wat doen jullie daar al?" De kruisbestuiving die je hebt als je bij elkaar zit. Ook draagvlak is een factor. Ik denk dat we elkaar nog niet goed vinden omdat wij niet weten wat wij voor elkaar kunnen betekenen. In hoeverre zien thuiszorgmedewerkers het belang van een doorverwijzing naar één van onze cursussen. Misschien zijn we niet goed bekend bij de thuiszorg.

Betekent het dat jullie als medewerkers ook zichtbaar zouden moeten zijn in de thuiszorg?

Ja, dat denk ik wel, en keer op keer.

Hoe zou je zichtbaar kunnen worden?

Wellicht een keer in een teamvergadering, als agendapunt. Bijvoorbeeld een berichtje in de nieuwsbrief, folders, bekendheid via teamleiders. Daar zijn we ons van bewust dat dat regelmatig moet gebeuren, maar die stap wordt niet zo snel genomen.

Zouden jullie dat zelf moeten doen of moet er iets vanuit de thuiszorg komen?

Daar zit een heel stuk eigen verantwoordelijkheid vanuit ons want wij willen die cursussen uitzetten. Wij zien dat zij wel wat voor ons kunnen betekenen, maar wij hadden ook wel iets verwacht uit de teams na de trainingen. Dat thuiszorgmedewerkers zouden denken:" Hé we hebben dus GVO, het zijn belangrijke thema's val- en depressiepreventie. Dat ze ons ook zouden benaderen bijvoorbeeld: "Deze mevrouw heeft last van depressie, ze zou wel in aanmerking komen voor jullie cursussen".

De folders zijn nog te weinig over en weer verspreid en nog niet overal in de wijken. De afspraak ligt wel dat wij dat bij de teamleiders kunnen neerleggen. Elke activiteit daarvan weten we dat er een lijntje naar de thuiszorg moet worden gelegd.

Hoe wordt de informatie verspreid naar de medewerkers?

Het gaat via email. De email van Marlijn, die stuurt dat naar de teamleiders, die het dan weer doorsturen naar de medewerkers.

Ik zie heel veel connecties tussen Thuiszorg en GVO, maar de stap te maken hoe is nog wel zoeken, daarom vind ik het wel heel goed dat jullie dit onderzoek hebben opgepakt.

Hartelijk bedankt dat je door dit interview een bijdrage gaf aan het onderzoek!

Hoe en wat weet je van het onderzoek?

We hebben er over gelezen, maar je mag er nog wel even iets over vertellen. Het maakt voor mij in ieder geval niet uit waar iemand zijn zorg vandaan haalt. Het hoeft niet persé van Beweging 3.0. te zijn, als de cliënt maar krijgt wat hij nodig heeft.

Wat zie je van MW/TZ?

Ik zie van TZ dat zij bezig zijn bij de cliënten. Ik heb de indruk dat zij nogal bescheiden zijn, en niet zo gauw met iets zullen komen. Ik wil de zorgmedewerker er juist ook wel bij hebben als we iets over een cliënt bespreken. Laatst kon zo'n medewerker niet bij het cliëntoverleg zijn, dan zorg ik wel dat zij op de hoogte wordt gesteld.

Ik zie juist ook veel huishoudelijke hulpen. Ik heb daar soms goed contact mee. Zij signaleren dan goed en daar praten we dan over. Het is wel jammer dat de HH er uit is.

Wanneer heb je te maken met MW/TB/TZ?

In een casus waar ik samen was met MW. Het MW had ons erbij gehaald. Wij mogen nooit alleen in een casus werken, er is altijd een "andere hulpverlener". We hadden bij die cliënt 1X per 6-8 weken een evaluatiegesprek met de cliënt en mij en de MW'er.

We hebben ook wel eens contact met verzorgenden. Soms zijn we er tegelijk. Wij worden dan ingeschakeld voor ondersteunende begeleiding. Dit gaat altijd via onze planner, die bepaald of het kan. Zo hebben we vroeger eens samen met een oude man van 77 de hele woning schoongemaakt, omdat hij verwaarloosd was, ik weet niet of dat nu nog mag.

Wat vind je belangrijk voor de cliënt in dat opzicht?

Ik vind het belangrijk dat er afstemming is over de zorg. Je bent er in het belang van de cliënt. Het moet voor mij wel transparant zijn. De cliënt moet betrokken zijn als er iemand anders wordt ingeschakeld. Ik heb daar dan ook geen probleem mee als het een andere zorgverlener is. Als een cliënt daar iets mee heeft dan is dat prima. Er zijn voor mij geen belemmerende factoren om door te verwijzen binnen Beweging 3.0.

De cliënt bespreekt met mij wel persoonlijke dingen. Als er sprake is van hardnekkige problematiek dan bespreek ik met de cliënt of het niet betere zou zijn dat iemand anders eens meekijkt.

Voor MZD: Wat is de problematiek die TZ tegenkomt met doorverwijzen? Hoe krijgt MZD daar zicht op?

Ik denk dat zij te bescheiden soms zijn en niet beseffen dat zij iets te melden hebben. Ook onbekendheid met elkaars werk, bij wie je terecht kan, ik weet het niet zo goed.

Welke factoren zijn van belang wb de verbinding?

De drempelverschillen, hiërarchie, dat is echt vreselijk. Het is belangrijk om samen om de tafel te zitten met groot casusoverleg bijvoorbeeld.

Is de werklocatie en het dorp/stad van invloed?

Nee, dat denk ik niet.

Hoe aanbod MW/TB onder de aandacht brengen van TZ? Op welke manier zou TZ en MZD met elkaar in contact kunnen zijn en blijven?

Op cliëntniveau, op de werkvloer TZ-medewerkers, ze signaleren en de manager hoort de weg te wijzen.

Ik denk dat het belangrijk is dat we samenwerken(om de tafel gaan op cliëtniveau of casusoverleg), dat je weet wie wie is, en wat je ervaringen zijn met de cliënt, hoe je in dat werk zit. Gelijkwaardig. Als volwaardige partners.

Heb je zicht op het netwerk/omgeving van cliënten die thuiszorg ontvangen?

Ja, bij de WMO-aanvraag zit ook een kopje netwerk. De MW'er doet meestal de aanvraag

Heb je zicht op/samenwerking met andere zorg/hulpverleners rondom de cliënt?

Ja, meestal wel hoor, maar waar ik niets mee nodig heb hoeft ik ook niet te weten, tenzij iemand bijvoorbeeld zijn afspraken met die hulpverlener of zorgverlener niet nakomt.

Verleden, heden, toekomst. Hoe ziet de verbinding er ideaal uit?

De verbinding wordt belangrijker. Noemt nieuwe werkwijze MZD. De rol van de TB verandert. Wij moeten meer gaan regelen. Ik heb een collega die daar veel meer over kan vertellen. Je kunt me eventueel nog mailen voor haar naam.

Kun je een succesvol of minder succesvol praktijkvoorbeeld noemen betreffende signalering en doorverwijzing? Hoe verliep dit traject? In welke volgorde had je met wie contact?

Er was een cliënt die zijn huis verwaarloosde, Vrienden hebben de GGD ingeschakeld en de GGD heeft ons ingeschakeld.

Er was iemand met vasculaire dementie. Zijn verloofde had suiker en psychiatrische problemen. Ik heb de man doorverwezen naar een dagcentrum, dan moeten wij wel een formulier invullen voor toestemming met andere disciplines. We hebben nu contact met MW-HH en TZ in deze casus.

Wat ging er minder goed? Waar in het traject liep het mis, Welke rol had de cliënt, jij, collega's, MZD/TZ, het netwerk van de cliënt.

Ik heb wel met een HH die het niet zo nodig vind om even met elkaar af te stemmen. Die zegt: "het loopt nu toch wel?" en wil er verder niet over praten.

Wat ik ook nog wel wil zeggen: Toen ik begon deden wij meer in de HH. Dat mag niet meer. Soms doe ik het wel Als ze alleen maar met een structuurtje komen. Dat is soms niet genoeg voor de cliënt. De cliënt heeft het soms nodig om samen bezig te zijn. De casussen zijn ingewikkelder, de problematiek zwaarder.

Hartelijk bedankt voor je medewerking aan dit onderzoek!

Hoe lang werken jullie bij Beweging 3.0?

TB A en B: Wij werken hier allebei al langer dan tien jaar.

We zijn heel benieuwd wat jullie zien van MW en Thuiszorg. We weten al dat jullie meer binding hebben met het MW, dus de vraag: wat zien jullie van de thuiszorg?

TB A: Nu die Zichtbare schakels, daar hebben we laatst informatie over gehad. Ik zie daar ook posters van hangen.

TB B: Ik had laatst een cliënt die werkt in de huishouding en die had voor een cliënt van háár de Zichtbare Schakel ingeschakeld.

Hoe hebben jullie mee te maken met de Zichtbare Schakels?

TB A: Ze hebben zich voorgeteld. En laatst ben ik begonnen bij een cliënt waarvan ik denk dat ik hen ga opzoeken.

Dat is een cliënt die schizofreen is, het is belangrijk dat zij haar medicijnen op tijd krijgt. Die cliënt heeft naast begeleiding ook persoonlijke zorg nodig. Dat is wel een uitdaging want het ziektebeeld is dat je ook niet te veel prikkels en wisseling kunt hebben. Het is belangrijk dat ik dan met de verpleging van gedachten kan wisselen. De zichtbare schakel komt er dan eerst voor de medicijnen en wij helpt met opstarten, maar daarna neemt een EVV'er het over.

Dat geeft een geruststellend idee dat ik naar de Zichtbare Schakel kan gaan. Ik weet niet precies op dit moment wat er nog nodig is en ik kan wat betreft de verpleging dan met haar overleggen.

TB B: Een collega van ons had een cliënt waar al Thuiszorg in zat en waar zij via de Zichtbare Schakels een aanvraag hadden gedaan voor TB. Dan zijn zij dus de verwijzer.

Zijn er nog andere situaties waarin jullie contact hebben met de verzorging of de verpleging?

TB B: Ik heb wel een voorbeeld waarbij ik vond dat er moeilijk contact met ze te leggen viel en waarin ik het prettig had gevonden als we meer hadden kunnen afstemmen:

Een cliënt die persoonlijkheidsproblematiek had en alcoholverslaving. Het was een oudere man van 73jaar. Die was geopereerd aan zijn voet en niets mocht ER kwam een V&V team in. Ze hebben veel van hem overgenomen. Het was goed om dat weer langzaam af te bouwen. Hij bleef afhankelijk.

Op een gegeven moment hadden ze een kluisje met een code voor de medicijnen. Hij rommelde met de medicijnen maar hij wilde wel zelf de regie houden.

Hij is toen voor maanden opgenomen geweest. Ik dacht daarvan wel:

“Hoe komt het dat jullie dit gedaan hebben?” Het contact leggen met de verpleging was lastig, Laat staan om met elkaar af te stemmen hoe we deze man zouden benaderen. Soms was ik er gelijk met de verzorgende. Ik dacht dat dat gewoon niet handig was. Als ik kom, dan kan ik ook een boterham voor hem smeren. Ik kom op vaste tijden. Dan hoeft het V&V team dat niet te doen. Daarnaast deed ik de administratie. Het was fijn geweest als we hadden kunnen afstemmen wie er wanneer zou zijn en hoe we met deze man om zouden gaan.

Hoe gaat dat normaalgesproken als er TZ én TB zorg geven aan een cliënt?

TB B: Het is niet normaal dat wij contact met elkaar hebben. Ik heb ook een cliënt die is alcoholverslaafd. Maliebaan coördineert de zorg.

Daar komt iedere dag 's avonds iemand voor de medicatie. Zodat ze geen behoefte krijgt aan alcohol. Nu we het hier zo over hebben bedenk ik: “Zal ik contact opnemen met de verzorging, zodat we af kunnen stemmen.? Maliebaan coördineert het maar misschien is het toch handig dat ze weten dat ik daar ook ben.

Wat zou daar een handige manier voor zijn?

Op welke manier zou TZ en MZD met elkaar in contact kunnen zijn en blijven?

TB B: Dat ik met dat team contact opneem en dat we elkaar weten te vinden als het nodig is. Als het goed loopt is het niet nodig, maar zo niet dan weet dat je dat je de ander kunt bellen.

Schrijven jullie allebei in hetzelfde dossier?

TB B: Nee we hebben aparte dossiers, dan ligt er bij de cliënt één van de verpleging, één van mij en één van de huishoudelijke zorg. Dat is ook iets dat je denkt.. dat is niet goed. Wat ik merk is dat ze voor mij moeilijk te bereiken zijn. Het is lastig dat ze terug bellen. Ik snap het wel: zij zitten onder werkdruk. Wat ik ook merk is dat ze anders naar de cliënten kijken dan wij. Bij ons is het zo dat de regie bij de cliënten blijft. De wijkverpleging heeft een andere invalshoek, die kijken je moet gezond eten, je moet je medicijnen innemen, enzovoort. We kunnen elkaar daarop aanvullen.

Dat ze moeilijk bereikbaar zijn hoe merk je dat?

TB B: Of ze zijn er niet, of ze zijn er alleen maar 's ochtends, of ze bellen niet terug. Ik heb ook geen lijst van de V&V teams.

Ik kijk bij de cliënt vanuit wel kantoor de zorg geregeld is.

TB A: Wij hebben een boekje met de sociale kaart voor thuisbegeleiders, maar daar staat alleen een algemeen nummer in.

TB B: Ik kan je nog sterker vertellen, ik heb momenteel een cliënt die dacht dat de zorg nog van Amant was. Zij heeft een dochtertje van 5 die moet geprikt worden op school. De moeder was overbelast en had niemand die haar dochtertje kon gaan prikken op school. De verpleging kon die zorg niet goed leveren, omdat zij geen 10 minuten kunnen wachten tot de school uit is om 12.00 uur.

De moeder is al over belast. Die was helemaal over de zeik. Ik heb dat toen voor die moeder uitgezocht. Het team kon het wel goed aan mij uitleggen. Als ze 10 minuten moeten wachten, dat wordt niet betaald, ze zitten dan ook met het financiële plaatje. De moeder heeft toen iemand ingehuurd via PGB.

Het is dus ook dat het team van het V&V niet gelukt om het goed uit te leggen aan deze cliënte en jij had wel de gelegenheid om dit voor haar uit te zoeken.

TB B: Ja, en op dat moment had ik wel goed contact met de verpleging.

TB A: Verzorging en verpleging is echt een moeten. Dat weet ik uit mijn ervaring als verzorgende. Als dat dus niet lekker loopt dan wordt een cliënt boos, gespannen en geïrriteerd. Daar kan een thuisbegeleider of een maatschappelijk werker wel in bemiddelen.

Wat is de problematiek van de thuiszorg die ze tegen komen met doorverwijzen?**Wat zou die verzorgenden belemmeren om jullie te vinden of het MW?**

TB A: Tijd.

Als ik zelf nog denk aan mijn routes toen ik verzorgende was:

Als ik ergens vertrok ging ik na of de verzorging gedaan was, of de cliënt veilig was, of ik binnen de tijd had gewerkt en dan ging ik weer snel verder naar de volgende. Als je klaar bent met de route en je je ergens zorgen over maakte en je wilt er met iemand over praten dat kost tijd. Ik vroeg me dan af hoe declareer ik dan die tijd en is er een teamleider die zegt dat dat prima is?

Wat had je geholpen?

Qua lijnen, als je samenwerkt in een cliëntbespreking. Als er een EVV'er is als aanspreekpunt, die krijgt de signalen en die kan daarmee hopelijk MW mee bereiken. Als de cliënt besproken zou worden in een team.

Hoe krijgt de EVVer de signalen? Wat doe je als verzorgende met die signalen, waar blijven die? Voor als ik me echt zorgen maakte dan hadden we zo'n map. Na de route, schreef je daar dan even nog in. Ik heb dit en dit geconstateerd, en de volgende moest dan toch even lezen of er iets bijzonders was gebeurd. In mijn tijd was dat niet, maar nu is het wel zo met die zelfsturende teams dat de EVV'er dat oppakt. Toen had je het er onderling wel over. Zo van: "Wat vind jij daar van, zie je dat ook?" Dat ging dan een beetje tussen de wandelgangen door, totdat je dacht, dit kan niet, dan ging je er mee naar je teamleider. Dan ga je zelf iets doen. Ik heb wel eens een cliënt gehad met MS en met een persoonlijkheidsstoornis. Die speelde het hele team tegen elkaar uit. Daar waren mensen wel van uit de running omdat ze heel erg zo gekwetst waren door die vrouw. Dat zijn toch wel heftige dingen, die vrouw ging over grenzen van verzorgenden. Als je haar als laatste op je route had om 23.00 uur s'avonds dan moest je wel sterk in je schoenen staan als verzorgende. Dan gaf ik wel terug in het team dat het niet werkbaar was zo.

Je noemde aansluiten bij een cliëntbespreking? Bedoel je dat toen als verzorgende of nu als thuisbegeleider?

Ik bedoel nu als thuisbegeleider.

Net als zo'n vrouw van toen met MS. Je zou elkaar heel goed kunnen aanvullen. Ook naar collega's van TZ door uit te leggen dat het bij het ziektebeeld past. Dan kun je ze ook bevestigen dat ze het wel goed doen. En dat er een manier is om grenzen aan te geven.

Dus het ligt bij de verzorgenden niet echt aan het signaleren?

Wel, ja ze signaleren wel, maar waar moeten ze daar mee naar toe? Ik denk dat de huidige aanwezigheid en verantwoordelijkheid van een EVV'er wel een stuk makkelijker is voor de verzorgenden. Er is dan iemand die het op hoort te pakken wat jij rapporteert. Het ontbrak ons in de zorg ook wel aan tijd om het signaal over te brengen. Je had tijdens of na je route maar heel kort de tijd om iets te noteren. Voorheen was het vaak zoeken naar de verpleegkundige want die had eindverantwoordelijkheid. We hadden dan een route van drie uur maar dat werd vijf uur. Dan moest je ook niet veel aparte dingen tegenkomen...

We zullen verzorgenden zelf opzoeken om ze te vragen hoe het nu gaat met rapporteren van signalen en het ondernemen van actie.

Is het goed te zien, dit is problematiek voor TB of MW? Of heb je daar een lijstje voor nodig als verzorgende?

TB A: Jawel, vaak merk je het wel als de verzorging niet zo lekker loopt. Mensen willen niet echt meewerken, ze zijn een beetje dwars, dus vaak kom je dan toch uit op het is een persoonlijkheidsstoornis of een getraumatiseerde cliënt. Het kan dan helpen als je weet waardoor dat komt, bijvoorbeeld als het alzheimer is of een persoonlijkheidsstoornis.

TB B: Voor de verzorgenden kan het ook heel lastig zijn. Ik kwam laatst bij een mevrouw die had anorexia. Ze marchandeerde. De verzorgenden waren verplicht om haar eten aan te bieden. Ik was er om te kijken of ze toch met mij wilde gaan wandelen. Ze kwam haar bed niet uit en at ook haar eten niet op.

Ik vond het een vrouw die als wij weg waren gewoon ging lopen enzo.

Ze had een organisatie ingeroepen omdat ze er een einde aan haar leven wilde maken. Ze wilde dat ik met haar een formulier daarvoor zou invullen. Ik respecteer jouw doodswens maar ik wil je daar niet bij helpen. Gevoelsmatig gaat mij dat te ver en daarom gaf ik aan dat ik dat formulier niet met haar wilde invullen. Ik vroeg haar of ze iemand uit haar omgeving had die dat met haar kon doen. Zo kon ik nog grenzen stellen, maar het V&V team moest daar ook heen. Ze waren verplicht haar eten aan te bieden. Ze hadden bij de huisarts nagevraagd wat ze konden doen. Ze hoefden het niet op te dringen. Maar daarin had zij ruimte om met hen te spelen, terwijl ik denk dat het een vrouw was die gewoon at zodra iedereen weg was.

Zij hebben jou toen ingeroepen?

Ja, maar dat is wel heel lang geleden dus.

Hoeveel cliënten hebben jullie waar de TZ ook zorg geeft?

TB B: We hebben een collega die voornamelijk cliënten op leeftijd heeft. Die heeft er wel meer.

Ik denk dat het wel meer zou kunnen zijn. Ik denk dat wij het team v en v ook zou kunnen ondersteunen.

TB A: IK denk dat het meer zou kunnen zijn. Een groot team kan niet zo gemakkelijk een band op bouwen. Je kunt als TB een bemiddelende rol spelen in zo'n situatie. Met het wijkgerichte werken zal het wel gemakkelijker gaan. Je ziet dan in bepaalde wijken wie aanspreekpunt is. Je weet elkaar dan gemakkelijker te vinden. Het is nog niet duidelijk hoe wij als TB daar in participeren. MZD is verdeeld in 3 regio's dus dan zal het per Thuiszorgteam verschillend zijn, dat zijn er natuurlijk veel meer. Wij gaan dan in een bepaalde hoek van Eemland werken, Je wordt meer een bekend gezicht en krijgt kortere lijntjes met scholen, buurthuizen en de thuiszorg. De cliënt moet centraal komen te staan.

Hoe krijg je de cliënt meer centraal?

TB A: Door zichtbaar te worden in de wijk. Bijvoorbeeld een cliëntbespreking en er zijn wat signalen rond een cliënt dan vraag je een MW om mee te luisteren, of er TB ingezet moet worden ja of nee. Een EVV'er kan diegene toeleiden.

TB B: Of outreachend werken. Als er een V&V team ergens komt en het is een puinzooi, zou je kunnen overwegen of er iemand eens kan binnenlopen of toch proberen contact te krijgen.

TB B: het is voor mij ook onbegrijpelijk dat cliënten soms de naam Amant nog in hun hoofd hebben. Ik vraag me wel af hoe de Thuiszorg zich naar buiten profileert.

Het aanbod lijkt onvoldoende bij elkaar in beeld te zijn, is het duidelijk genoeg wat jullie te bieden hebben?

TB A: Toen ik administratieve werkzaamheden deed, heb ik alle folders bijgewerkt en een aantal keer uitgelegd wat TB deed. Na een half jaar bleek dat nog niet duidelijk te zijn. Ik denk ook wel die tijdsdruk. Nu komt de thuisbegeleider wat in een team vertellen, dan leeft het toch meer.

Als verzorgende kom je toch wel veel psychiatrische problematiek tegen hoor, Als ik denk aan de jaren dat ik dat werk gedaan heb. Er is ooit wel eens een actie geweest die heette: "Blijf er niet mee zitten". Als ik geweten had dat ik advies kon vragen bij MW dan had ik me wel gesteund gevoeld. Dan had ik geweten dat er ook iemand meekeek van MW of TB.

Kom je dan nog in de knoop met privacy?

Je kunt bij de start van de zorgverlening een formuliertje laten tekenen. Zo van: "U hebt van ons deze zorgproducten, als het nodig is overleggen wij met elkaar als zorgverleners." Bij ons in de TB is dat standaard. Je kunt dan ook informatie geven over de klachtenregeling: 'Van klacht naar kwaliteit.'

Wij starten niet op als je niet getekend heb. Een cliënt zal niet in alle situaties die toestemming willen geven.

Het maakt natuurlijk wel verschil of je over een cliënt gaat praten of over jezelf omdat je niet weet hoe je in een bepaalde situatie met een cliënt kunt omgaan. Dan kun je anoniem consultatie vragen, of supervisie.

Een verzorgende zou ook bepaalde stappen moeten kunnen zetten. Als het moeilijk is zou een verzorgende tegen een cliënt moeten kunnen zeggen: Ik wil deze situatie toch even opnemen met het MW. Als de cliënt daar geen toestemming voor verleend zou het in de vorm van consultatie moeten kunnen.

TB: A. Daar moet dan natuurlijk wel ruimte voor zijn.

Vind je het belangrijk dat een verzorgende die ruimte krijgt?

TB A: Ja als hij/ zij echt ergens niet uit komt zou dat moeten kunnen.

Dan kunnen we mooi ons cursusbureau daarbij laten aansluiten, bijvoorbeeld over grenzen aangeven. Die zijn daarvoor inzetbaar. Vorig jaar hebben verzorgenden ook een cursus feedback geven gehad. Het is wel belangrijk dat dit vanuit behoefte gebeurt. Zoiets moet je niet opdringen.

Heeft iemand nog een succesvol verlopen doorverwijzing meegemaakt?

TB A: Nee, ik niet.

TB B: Ik heb wel een situatie maar die is van negen jaar geleden.

Vanuit het team hadden ze TB aangevraagd bij een cliënt. Het ging er vooral om dat deze cliënt uit bed kwam en dat we daarin op één lijn zouden zitten in benadering. Toen had je regelmatig cliëntenbesprekingen, op kantoor.

TB A: Het zou een meerwaarde zijn als dat nu ook zou gebeuren.

Je kunt er vanuit gaan dat de cliënten die daar besproken worden ook vaak iets meer nodig hebben en dat er meerdere zorgverleners bij betrokken zijn. Als Thuisbegeleider kun je dan ook de samenwerking bevorderen.

TB B: Ik heb daar ook nog wel een voorbeeld van. Ik kwam bij een Marokkaanse vrouw die kanker had en erg ziek was. De oncologieverpleegkundige kwam daar dan ook en de verpleging vond dat de kinderen moesten weten wat er met hun moeder aan de hand was. Ergens hadden ze gelijk maar ik kende het gezin en wist dat dat vanuit hun cultuur anders was. Ik vond het toen wel jammer dat ze daarover niet even met mij contact opnamen. Soms is het handig bij de start van hulp-, of zorgverlening contact te hebben met andere betrokkenen.

Dus over het algemeen kun je zeggen dat jullie vinden dat je meer contact moet hebben om meer verbinding te kunnen bewerkstelligen.

Is er verder nog iets dat jullie willen meegeven?

TB A: Ja, dit vind ik nog een belangrijk punt, dat we van elkaar leren. Zo hadden we in de opleiding voor Thuisbegeleiding een gastles video hometraining. Ik denk dat het voor verzorgenden ook wel iets zou zijn om een eenduidige aanpak voor dementerende cliënten te hebben.. uiteindelijk voelt de cliënt zich begrepen. Dat is beter voor de cliënten en ook voor zijn familie

Hoe zie je dat voor je dat leren van elkaar? Hoe zou dat concreet vorm moeten krijgen?

TB B: Het is zinvol om samen cursussen te volgen, maar het werkt pas als er vraag is vanuit een team. Als er behoefte aan is. Verzorgenden rennen en vliegen al die komen alleen af op iets wat hen echt interesseert, en waar ze behoefte aan hebben.

TB A: Ja, hun werkdruk is wel erg hoog. IK merkte het ook, ze konden niet ergens 10 minuten op wachten want dat zou teveel geld kosten.

TB A en B: Dus meer bekendheid zou goed zijn, zodat wij TZ ook ondersteuning kunnen bieden en elkaar weten en durven te vinden.

Hartelijk bedankt voor jullie medewerking aan het onderzoek!

Kun je iets vertellen over je functie als verpleegkundige in de wijk?

Alle teams hebben een voortrekker, dat heeft te maken met de zelfsturende teams. In principe zijn het de verpleegkundigen, maar niet altijd niveau 5. Als een verzorgende i.g. die taak op zich genomen heeft, dan ga je natuurlijk niet meer zeggen, je gaat er uit. Er zijn drie voortrekkers in mijn wijk. Ik heb wel het idee dat ze steeds meer hbo-ers aantrekken. Die mensen werkten al in de organisatie en als mensen kwaliteiten hebben dan zetten ze die daarvoor in. We werken nu met arrangeurs. Dat betekent dat je de bereikbaarheidstelefoon hebt. Arrangeurs komen wel sneller in contact komt met disciplines.

Het feit dat de verbinding MZD-TZ onderzocht wordt wat vind je daarvan?

Ik ben dol op onderzoeken. Ik denk dat het onbekendheid is met wat je ermee zou kunnen, wat hun taken zijn en wat je van hen kunt verwachten, waarmee je bij hen aan kunt kloppen. Ik denk dat het gebrek aan integratie is. Ik moet namelijk ook bedenken wat kan ik er eigenlijk mee kan.

Kom je problematiek tegen waarvan je zou kunnen denken dat is voor MW?

Ja, ik denk dat je - en dan praat ik voor mijzelf - snel terugkoppelt naar de huisarts, dat is een sneller lijntje. Een psychiatrisch verpleegkundige, dat is natuurlijk wel een stap verder. Daardoor sla ik hen over. Via de huisarts of Zon & Schild loopt het nu.

Dus je legt eerder het lijntje naar de huisarts?

We hebben ook wel casemanagers op bepaalde gebieden zoals dementie. Ook voor heel veel andere dingen ga je toch snel een ander zijpadje zoals de incontinentieverpleegkundige de wondverpleegkundige. Er zit wel meer binnen de organisatie waarvan je een telefoonnummer heb en die je dan gaat bellen.

We zoeken de verbinding met de psychosociale hulpverlening, dus ook TB.

Dat gaat via de dementieverpleegkundige. Die zitten toch vaak meer in die hoek. Soms loopt het met de psychiatrisch verpleegkundige, ik moet zeggen dat zijn dan mensen die vaak al ergens mee in aanraking zijn zoals Zon & Schild. Dat loopt dan al en vaak ook niet helemaal goed. Dan pak ik zelf de telefoon, dan ga ik rechtstreeks bellen, maar nooit hier naar het MW.

Wat vind je daar zelf van?

Toen jullie mail binnenkwam dacht ik: "O wat erg, ze zitten ook bij ons, zelfs in het pand". Het is gewoon gebrek aan kennis voor welke zorgvraag kun je bij hen kunt aankloppen. Ik ken kinderen die hier bij het MW sociale vaardigheidstraining volgen, daar weet ik het dan bijvoorbeeld wel weer van. Omdat daar reclame voor gemaakt je ziet een foldertje bij school of een artikeltje in de krant.

Je gaf aan in de enquête dat je GVo wel kent. Heb je daar wel eens naar verwezen? Want dat valt ook onder MZD.

Dan moet ik nadenken, ik ken het wel voor gezinnen. Als ouders vragen hebben over het omgaan met de beperking van hun kinderen, dat zij dan de ouders ondersteunen, maar niet voor 50 plussers.

Zij doen valpreventie- en depressiepreventiecursussen voor ouderen, hebben ze ons verteld.

Ja, wij vullen daar formuleren voor in...

Jullie hebben daar die lijsten voor. Op het moment dat je ziet iemand daarvoor in aanmerking komt zou het logisch zijn...

Voor mij is het is ook gebrek aan informatie, ik zou niet eens weten. Ik heb het een keer gedelegeerd naar één van die meiden in mijn wijk. Zo van 'Joh, jij bent ook hbo-v, je kunt meer en we kunnen hier niet met zijn allen hier op kantoor zitten, vind jij het leuk om die zorgplannen te gaan doen?'. Daar hoort dat dan bij. Formulieren horen daar bij. Zij coördineert het eigenlijk en zij delegeert het ook wel weer. Maar ik moet eerlijk zeggen dat ik niet eens weet wat er met die formulieren gebeurt. Daar lách ik nou wel om...

GVo heeft bij jullie ook trainingen gegeven.

Ja, dat is waar. Daar moet je in onze wijk niet over beginnen. Wij hebben dat als t  basis en als betuttelend ervaren. De lijsten waren ook op verschillende manieren te interpreteren.

Waar wij dus naar zoeken, is het alleen onbekendheid met MZD? Of heeft het ook te maken met vaardigheden rond signaleren?

Ik denk niet met vaardigheden van signaleren. In mijn wijk dan. Van andere wijken weet ik dat ze daar niets mee doen. Die hebben er geen tijd voor en die zien ook het nut er niet van. Al stel ik mezelf wel de vraag of we het nut er niet zien omdat het dan toch niet in gang gezet wordt. Want als je een formuliertje invult en niemand doet daar wat mee dan is het inderdaad niet goed.

En wie zou daar wat mee moeten doen? Vult een verzorgende ook de zorgplannen in, op moment dat ze bij de cliënt is?

Een verzorgende vult wel de rapportage in, maar in mijn wijk worden de zorgplannen door verpleegkundigen ingevuld. De eindverantwoordelijkheid ligt bij een hbo-v-er. Omdat je dan merkt dat het anders geformuleerd wordt in de dossiers. Voor mijn eigen wijk vind ik dat wel het prettigst.

Dus een verzorgende rapporteert en dan is er een verpleegkundige die dat regelmatig doorneemt?

Ja, en de formulieren invult. Het evaluatieformulier en risicosignaleringsformulier voor valpreventie en depressie, en dan is er zelfs nog een derde. Die neemt mijn collega dan met de cliënt door. Soms neemt ze die door op de manier: "Ik wil met u gaan zitten, wij gaan dit eens puntsgewijs doornemen".

Ze probeert het over het algemeen tussen de verzorging door te doen. Zij gaat ook naar verzorgenden toe. Wij allemaal in mijn wijk, juist om te kijken waar nog knelpunten liggen. Dan zegt ze tegen de cliënt: "Ik moet dat formulier invullen maar ik ga dat niet zo afturven en we doen dat ondertussen". Dan maakt ze er een praatje bij. Dan kom je er vaak meer achter dan dat je er voor gaat zitten want als je dat doet is er niemand depressief en er valt ook niemand.

Dat hele rechtstreekse dat werkt dus ook niet. Dan heb je nog al die andere thema's zoals relatieproblematiek partnerrelatie, relatie met kinderen, die je tussen de regels door moet lezen.

Ja, en die verwijst ik dus wel naar het MW maar vaak loopt dat balletje al wel via de huisarts dat ik dan even opbel en dingen terugkoppel omdat niet iedere cliënt relatieproblemen maar zo benoemd. Dan zeg ik dit is wat ik signaleer en dan drop ik het daar en dan weet ik niet wat de afloop is.

Het kan zijn dat je indirect wel heb doorverwezen naar MW, maar via een ander lijntje?

Ja, en dat heeft aan de ene kant te maken dat ik niet wet waar ik mee terecht kan maar ook gezien de situatie dat je niet altijd het zelf rechtstreeks kan doen. Het ligt maar net ook aan de vertrouwensband die je met de cliënt hebt.

Speelt privacy een rol?

Ja ook, maar ik vraag het vaak: "Vindt u het goed?" of: "Deze mogelijkheden zijn er, denk er over na, volgende week ben ik er weer en dan hebben we het er over". Soms zeggen ze: "Bel maar", of "Ik wacht nog wel even af ". En als ik de huisarts dan toevallig spreek dan kaart ik het aan.

Je krijgt na verloop van tijd ook een band met de huisarts. Ze weten op een gegeven moment wie je bent. Dat maakt het gemakkelijker. Ik heb het idee dat ze je dan serieuzer nemen zo van: o ja die belt, dan is het vast wel goed. Een verwijzing voor dit of een verwijzing voor dat.

De huisarts is dus waardevol, maar de vraag is of het via de huisarts moet of kan het ook anders?

Ik zou liever beide mogelijkheden hebben. Soms heeft de huisarts heeft geen band met een cliënt omdat die daar eenmalig komt en wij komen daar zeven dagen in de week. De vertrouwensband is met ons groter en ook het signaleren komt van ons uit. Soms kun je zelf dan beter een ingang vinden dan dat je een huisarts zou bellen. We gaan dan na wie daar dan ook bij betrokken kan worden, of we een andere ingang kunnen vinden. Neem nou de dementieverpleegkundige die komt niet binnen van "U bent dement". Nee, we zeggen: "We merken dat u geheugen wat afneemt, we hebben iemand die kan u daarin triggeren", en zo moet je zo naar binnen kletsen.

Bij die gespecialiseerde verpleegkundigen werkt het dus wel, dan hangt er heel duidelijk een label aan?

Ja, en dan zijn wij wel degene die ze inschakelen. We schakelen de ergocoach in en de diëtiste, we doen het heel erg veel, maar niet het MW. Daar komt een conclusie uit, dat is wel duidelijk.

Ja, we horen het vaker, de vraag is hoe zou het anders kunnen.

Soms is het de huisarts, soms de transferverpleegkundige van het ziekenhuis en soms word ik zelf gebeld door iemand. Toen ben ik op huisbezoek gegaan en dan kan ik dat bij het CIZ gaan aankaarten

Wanneer is het moment dat het MW in beeld zou moeten komen?

Is dat al bij de intake, dat je kijkt wat er meer nodig is, is dat halverwege als je met scorelijsten bezig bent, of is dat in de cliëntbespreking tijdens een teambespreking?

In het begin is te vroeg, want dan signaleer je het niet en mensen gaan hun vuile was niet buiten hangen. Mensen weten soms niet eens dat ze een probleem hebben. Bovendien kun je het niet standaard doen, want sommige cliënten krijgen alleen zorg voor steunkousen.

Als ze eenmaal in zorg zijn dan zie je vaak het hele verhaal in de loop van de tijd er achter. Je merkt soms na een week dat sommige handelingen helemaal niet nodig zijn, omdat je er achter komt dat een cliënt meer zelf kan en dan ga je ineens van een half uur wat je indiceert maar naar maar 10 minuten. Soms zie ik dan dat het typisch een cliënt is waarvan ik weet dat ik die in de gaten moet houden omdat het er psychosociaal niet zo gaat. Ik kom er binnen en probeer te achterhalen wat de zorgvraag is.

Dat er een aanbod is voor psychosociale hulpverlening is iets wat wij zelf moeten gaan onthouden. In mijn wijk kiezen we er bewust voor om één keer per dag een verpleegkundige er naar toe te laten gaan. Dat zijn bij ons dan onder andere de drie voortrekkers. Omdat wij toch anders kijken dan de verzorgenden. Niet allemaal hoor, want zij hebben op hun manier echt hun ogen wel in de wijk zitten. Dat zeg ik ook tegen die meiden: "wij hebben wel jullie nodig, jullie zijn de ogen in de wijk". Toch gaan wij af en toe op een verzorgende-route staan. Wij zien als buitenstaander toch meer.

Wanneer je jaar in jaar uit bij dezelfde cliënt zit, dan weet je op een gegeven moment niet beter dan dat iemand snel huilerig is of verdrietig.

Soms gaan er wel alarmbellen rinkelen: "Dat is iets wat ik in de gaten moet houden". Ik denk dat de signaleringslijsten een goede zijn. Twee keer per jaar is nog niet veel. Verder denk ik dat men tijdens de zorg veel ziet en dat hopen wij dus te ondervangen door dus regelmatig ook bij de cliënten van de verzorging naar binnen te lopen.

Je hebt het nieuwe zorgleefplan, daar staat een stukje in over omgevingsfactoren en wat er aan netwerk is, dat geeft al aanleiding om verder te kijken. Is dat te vroeg?

Ik denk dat het aan de situatie ligt. Wanneer bijvoorbeeld de partner is overleden ga je al snel aan psychosociale problematiek denken. Maar bij iemand die al tien jaar in zijn eentje woont als weduwnaar of weduwe en waarvan je denkt dat die toch een redelijk bestaan heeft en we komen er alleen voor de steunkous, dan denk je daar niet meteen aan. Naarmate je ergens vaker komt zie je dat iemand eenzaam is of dement of toch incontinent. Dan krijg je toch die andere factoren erbij. Ik denk dat het een proces is. Als je vraagt wanneer dat aan de orde zou moeten komen denk ik toch tijdens de zorg en die twee specifieke evaluatiemomenten.

Is het nodig om meteen het MW in te schakelen of zou het kunnen dat je aan een consultatie genoeg hebt? Dat je vraagt wat je ergens als verzorgende mee kunt?

Je kunt dat allicht doen. Wat wij over het algemeen doen is toch de dagbehandeling aankaarten, bijvoorbeeld: "U wilt iets creatiefs doen en er is plek. Zou u daar naartoe willen?" Er zijn legio activiteiten. Het Rode Kruis schakel ik zelf wel eens in voor die mevrouw die eenzaam is een eens wil wandelen. Zo is er de Zonnebloem voor vakanties. Er zijn natuurlijk wel heel veel factoren, maar het blijft natuurlijk nog wel steeds degene die thuiszorg geeft, die het moet signaleren.

Een depressief iemand zegt dat niet zo snel van zichzelf. Wij mogen dat ook niet zeggen. Je kunt wel zeggen dat iemand een neerslachtige indruk maakt, er moe en futloos uitziet. Het blijft voor ons een knelpunt: hoe formuleer je iets zonder iemand een labeltje op te plakken. Zelf wil ik ook nog wel eens met de huisarts kijken. Soms kun je iemand daar uit krijgen met medicatie, soms sneller. Of in combinatie. Medicatie en dagbehandeling. We moeten niet alleen aan symptoombestrijding doen. Het zijn eigenlijk wel veel factoren die we toch in gang zetten. We doen er wel wat aan, maar het zijn andere lijntjes.

Cliëntenbespreking, is dat regelmatig hier?

Cliëntenbesprekingen mogen we een keer in de 6 weken hebben. Ieder mag zelf cliënten inbrengen. Maar ja, ik heb 53 cliënten. Je kunt niet één keer in de 6 weken 20 cliënten behandelen. We doen ook veel via de mail. Het doorgeven van wijzigingen in wat er gebeurt. Het multidisciplinaire overleg is hier niet. Dat zal je zelf moeten aanzwengelen. Ik merk wel dat sinds we wijkgericht gaan werken, de lijnen naar de huisartsen beter gaan. Daardoor ook vaak naar de verpleegkundigen die aan de praktijk verbonden zijn. Op een gegeven moment weet je wie bij jouw cliënten hoort en weten zij ook ons te vinden. Alleen het MW zit niet in dat cirkeltje.

Bij mij is het echt gebrek aan informatie. Wat kan ik eigenlijk bij hen halen. Ik denk nu dat ik het ook nog niet mis omdat er zoveel andere factoren zijn. Het kan zijn dat het nu een omweg heeft en dat zou wel jammer zijn.

Het kan op die manier dus ook bij een andere organisatie terecht komen.

Het AMW is natuurlijk wel van Beweging 3.0. Maar dan zal het inderdaad interessant zijn om het lijntje kort te houden.

Wij hebben begrepen dat jullie ook voorlichting over het AMW hebben gehad in de teams. Kun je daar iets over zeggen?

In 1999 ben ik als wijkziekenverzorgende binnengekomen. Ik heb nooit voorlichting meegekregen. Het kan wel dat het aan teamleiders is doorgegeven. Maar vanuit daar moet het dan wel zijn weg vinden naar de richting werkvloer, en daar staat mij niets van bij. Als het wel aan de managers wordt gedaan maar niet aan de werkers van de vloer dan heeft het geen zin.

Hoe zou dat er dan uit moeten zien?

Binnen onze organisatie niet via de teamleiders. De teamleider hier heeft een andere functie dan de intramurale teamleider. Het zou nu direct naar de voortrekkers moeten. Als mensen vragen wat voor functie ik heb zeg ik dat ik een miniatuurteamleider ben. Ik stel me zo voor dat wij het in ons eigen werkoverleg inbrengen met de verzorgenden. Dan is het lijntje korter. Dan kunnen de meiden in mijn wijk als ze er vragen over hebben weer bij mij terecht. Het zou wel handig als dit dan eerst met een voortrekker wordt overlegd, omdat deze dan kan bepalen of de informatie iets voor het team is. Verder denk ik aan het werkoverleg.

Hoe houd je het vervolgens zelf in beeld?

We zouden het met de terugkerende agendapunten en onderwerpen op het werkoverleg mee kunnen nemen. Dat werkoverleg is wel intensief want bij ons moet alles in één, agendapunten én cliënten bespreken. Dat is afwegen van wat eerst moet, want de tijd is zo weg. En daar zit nog het enthousiasme en de inbreng van iedereen. Dat werkoverleg maar ééns in de zes weken is heeft puur te maken met een financiële kwestie. Maar vervolgens moet je weer zes weken wachten, daarom doen wij veel per email. Daar zijn de meiden niet altijd even blij mee want het houdt in dat veel je vanuit thuis in je mailbox moet kijken. Wij vinden zelf dat we daarmee voor de cliënten de kwaliteit redelijk kunnen waarborgen. Cliënten komen en gaan. Ik kan dan per mail doorgeven: die cliënt is in zorg gekomen en op dit moment is dit de afspraak. Als ik moet wachten tot over zes weken dan zij ze overleden of ze zijn alweer uit zorg. Dit kan op de agenda, en dan eens in de zoveel tijd. Al maak je maar een stencil of een beslisboom, ik denk dat je dan al heel veel bereikt. We zijn er net wat meer structuur in het aanbrengen, maar we zijn nog aan het zoeken. We zijn pas in september wijkgericht gaan werken daarvoor was het een aanloopchaos. Nu zijn we aan het kijken wat willen we regelmatig terug laten komen. Het loopt nog niet helemaal, maar het staat op onze agenda.

En de verzorgenden, de verzorgenden i.g. dat zijn dus de mensen die het meeste bij de cliënten zijn?

Ja, die doen eens per zoveel tijd mee in het overleg. Of je moet eenmalig een keer die hele groep doen. Zodat zij weten waarvoor we het MW kunnen inschakelen en wanneer moet je elders zijn. Als vanwege een financiële kwestie dat niet kan dan zou je de voortrekkers moeten pakken die dat doorgeven.

Wat vind je belangrijk voor de cliënt?

Dat die hulp nodig is dat is mij wel duidelijk. We spreken de maatschappelijk werkers ook niet. Nee, zij zitten gewoon ingevuld in hun werkprogramma. Je zegt elkaar goedemorgen maar voor de rest heb ik geen idee wat ze voor mij kunnen betekenen.

Geldt dit ook voor TB?

Ja, alleen die zetten wij wel in voor dementerende, eenzame of psychiatrische cliënten maar dat gaat via de gespecialiseerde verpleegkundigen. Dan gaat het via de huisarts of via vrijwilligers die je inzet.

Wij begrepen dat TB nog niet zo lang geleden informatie gegeven aan teamleiders TL.
Dat zit boven mij, en wat niet naar de werkvloer gaat, zegt mij niets.

Is het een drempel dat je daar formulieren voor moet invullen?

Nee, thuisbegeleiders zijn interessant voor ons want je geeft daarmee een soort blokszorg. Dan heb je geen reistijd, het betekent dat je twee uur lang daar bent en daar verdien je veel meer aan dan dat je in datzelfde uur vijf cliënten de steunkousen uit moet. Voor je effectiviteit is het heel interessant. Voor ons zou het geen drempel zijn om alles in te vullen. Het is ook dat ik mijn werk leuk vind. Iedereen het naar de zin maken en iedereen een zo optimaal mogelijk kwalitatief leven te laten leiden. Ik zit hier gewoon op kantoor en formulieren invullen is ook mijn werk. Als je dat vanuit de werkvloer moet gaan doen dan is dat lastig. En als ik echt te druk ben vraag ik mijn collega of ze meer ruimte heeft. Het is balanceren. Je moet zoveel effectiviteit draaien achter de deur bij de cliënt maar als ik planzaken doe, bijvoorbeeld een CIZ-indicatie regelen, dan zet ik het op naam van de cliënt. Als je dan je over de indicatie gaat, daar kan ik dan ook niets aan doen. Het is soms veel. Je redt het bijna niet om vier uur of half vijf weg te gaan. Het is namelijk nooit af. De planning is nooit af. Wel de planning voor morgen, maar je moet steeds weer formulieren invullen ook weer als mensen uit zorg gaan. Het is altijd een spanningsveld maar ook een kick om het voor elkaar te krijgen in de twee dagen dat ik werk. Wij hebben als voortrekker, ongeacht of we die dag arrangeur zijn, wel een kleinere route. Wij proberen meestal maar bij cliënten te werken van acht tot elf. Dan moet je in de weekenden en avonden maar proberen om je effectiviteit proberen omhoog te halen. Dat is voor mij wel lastig want ik heb een klein contract. Je kunt taken gaan verdelen maar dan gaat een ander in zijn effectiviteit naar beneden. Dan kun je het beter mij laten doen omdat ik dingen leuk vind. Maar ik moet niet tot twee uur in de wijk zitten want dan ga ik het niet redden. Je moet jezelf speling geven, maar dat kun je doen als planner en bedenken als voortrekker. Ik vind het leuk om dit werk te doen samen met mijn collega's.

Ik denk dat het goed zou zijn om een maatschappelijk werker te laten kijken of zij wat kunnen doen net als een wondverpleegkundige. Daar hoort dan een gezicht bij.

Heb je dan nog een succesverhaal?

Nee, wel van andere disciplines maar niet van het MW.

Dankjewel dat je wilde meewerken aan dit onderzoek!

Hoe lang werk je bij Beweging 3.0?

Ik werk hier nog geen vijf jaar.

Hoe en wat weet je van het onderzoek?

Ik heb er niet bewust iets over gezien, behalve de enquête.

Wat zie je van MW/TB?

Ik zie er niet zoveel van. Cliënten drukken op alle bellen. Wij moeten dus ook voor hun cliënten opendoen. Verder zien wij ze in de keuken of bij het kopieerapparaat. Zij doen hun ding en wij doen ons ding. Een praatje is er wel, ik weet van een paar hoe ze heten, maar verder niet zoveel. Wij zitten gewoon in de wijk. Je vliegt in en uit en verder heb je weinig met elkaar te maken.

Wat vind je belangrijk voor de cliënt in dat opzicht?

Ik vind samenwerken belangrijk. We hebben één doel: onze cliënten

Zijn er cliëntsituaties waar je samen in zit met MW of TB?

Nee, we komen wel Riagg tegen of Dementie-D. Dat laatste is een project waar Beweging 3.0. ook in zit. Je hebt geen verwijzing van de huisarts nodig om daar naar te verwijzen. Dat is fijn want huisartsen zijn niet altijd even zorgvuldig in het beoordelen van verschijnselen van dementie. Ik heb daar nare ervaringen mee: iemand werd niet serieus genomen, vervuilde en raakte in een isolement. Dementie-D is een goede organisatie, die mensen helpt. Zij nodigen ons regelmatig uit om informatie te geven. Ze hebben leuke aangeklede informatiebijeenkomsten en ze vragen wat ze voor ons kunnen betekenen.

Ben je dan de problematiek van MZD al voorbij?

Nee, dat is denk ik niet helemaal zo. Ik vermoed dat als we wat meer met onze eigen MW contact zouden hebben, dat we die schakel er wel meer in zouden kunnen krijgen. Ik ben ook niet altijd zo te spreken over het Riagg. Ze zijn groot en langzaam en problemen waarover wij bellen worden gemakkelijk gebagatelliseerd. Laatst was er een cliënt die bijvoorbeeld met een stok op de verwarming sloeg waardoor de hele flat er last van had. Een andere cliënt had bijna brand. Ze pakken niet zo door heb ik het idee. Wij denken dan: "Nu moet die ZZP er komen!" Er is dan niemand die het voor ons kan regelen. Wij kunnen als professionals niet verder komen dan het stuk thuiszorg, het signaleren. Daarna moet het verder naar de huisarts en met het Riagg. Daar stagneert het. Wij vragen ons wel een af "Zien jullie nou niet wat hier gebeurt?" Er is geen familie, of de familie doet niets. Sommige families schuiven ook gemakkelijk verantwoordelijkheden door naar ons.

Dus dan zou het lijntje naar MW wel eens wat korter kunnen zijn?

Ja, misschien kan het MW toch iets meer doen, met wat meer pressie. Dat missen we best wel vaak.

Wat ik zie gebeuren is dat de ZS meer toenadering zoeken tot de zorgconsulenten. Ze gaan dan bijvoorbeeld samen op huisbezoek. Dat zit natuurlijk in dat stuk waarbij we dat gratis kunnen doen omdat het onder de ZS valt. Die ruimte hebben wij niet als TZ. We moeten juist zoveel mogelijk tijd besteden achter de voordeur.

Wat heb je nodig?

Je signaleert iets, je overlegt met MW, waar hoort het bij, dat ga je uitvinden. Even iets kunnen vragen: "Wat vind jij? Gaan we er samen een keer naartoe of neem jij contact op? Kun jij eens een inschatting maken in die situatie?" Zo zou ik het wel willen.

Wat houd je tegen om dat nu al zo te doen?

Het is niet helder. Er zou een kort maar krachtige flyer moeten komen van hen, met de boodschap: "Bel gerust". Een telefoonnummer daarbij is voor mij genoeg. Collega's van mij zouden er misschien ook nog graag een gezicht bij zien. Zo van: Hier zijn we. Wat meer bekendheid, wat meer duidelijkheid over wat ze onze cliënten en ons te bieden hebben. Wat doen ze precies, kunnen ze iets doen in een bepaalde cliëntsituatie en zo niet kunnen ze dan kijken wat een cliënt dan wel nodig heeft? Iedereen zit op zijn eigen eiland. Het grijpt niet in elkaar.

Hoe is de samenwerking met TB en GVO?

Ik heb wel eens een cliënt doorverwezen naar TB. Verder krijgen wij wel eens een aanvraag binnen via het cliëntservicebureau die voor Thuisbegeleiding bedoeld is en niet voor ons. Dan ga ik daar naar terug en zeg ik dat die niet voor ons is.

Je zit dan natuurlijk ook een beetje in het grijze gebied tussen ZS en TB. Volgend jaar is dat subsidieverhaal afgelopen en dat moet daar wel een vangnet voor zijn. Het is voor hen ook gemakkelijker omdat ze de ruimte hebben om de wijk in te gaan en om zichtbaar te zijn. Dat vind ik wel goed, dat het gebeurt. Voor ons is dat wat anders. Wij hebben wel de ruimte om door te verwijzen, maar voor ons moet het snel binnen de geïndiceerde tijd en bij de cliënt. Het kost tijd en geld.

Hoe signaleer je?

Je ziet dingen meestal na verloop van tijd. De gezondheidsbeleving is ook voor iedere cliënt anders. Als je na tien minuten weer buiten staat zie je minder dan wanneer je anderhalf uur bij iemand bezig bent. Dan komt er een gesprek op gang en hoor je vaak veel over iemands achtergrond. Dan heb je ook eerder door dat er meer zorg in moet. Wij rapporteren ook wel in het zorgdossier. Daar staat ook nogal eens in geschreven: GB (geen bijzonderheden). Nou schrijf ik dat nooit! Ik interpreteer dat als: Geen Belangstelling. Ik denk dat dat ook wel afhankelijk van de persoon. Ik ben daar voor de méns. Die kous is bijzaak. Je probeert wel een connectie te krijgen.

Dat geldt niet voor iedereen?

Dat denk ik niet, ik denk dat een heleboel er gewoon in en uit vliegen, hun ding doen en weer gaan. Maar dat is denk ik ook een beetje afhankelijk van het niveau.

Maakt dat verschil?

Ja, dat denk ik wel. Wij zijn ook wel aan het kijken naar de kwaliteit en professionaliteit en hoe je houding is ten opzichte van de cliënt. En er zijn ook zeker veel verzorgenden die dingen signaleren en ergens mee terug komen en naar een EVV'er gaan. Over het algemeen weten ze elkaar en ons wel te vinden.

Weet de verzorgende waar die heen moet met de signalen?

Jawel, over het algemeen weten ze ons wel te vinden en weten ze elkaar wel te vinden, maar de ruimte is wat minder. Omdat je de minuten achter de voordeur moet schrijven. Wij hebben eens per zes weken cliëntenoverleg. Dat is goed om contact met elkaar te houden over situaties waar problemen zijn. De organisatie vindt dat hele overlegverhaal natuurlijk zo oninteressant als het maar kan.

Waar merk je dat aan?

Aan dat er veel sturing is op productiviteit van boven af. We hebben een nieuw computersysteem waarin we zelf de planning bijhouden. Maar dat werd een beetje een wedkamp van wie de meeste procenten haalt. Aan de ene kant is dat heel goed, want ik denk dat het alleen maar leuk is als je met elkaar kunt laten zien dat de productiviteit omhoog gaat.

Aan de andere kant merk ik dat we het kwartiertje overleg vóór het werk niet meer mogen hebben, maar dat we allemaal vanuit huis moeten starten. Het zijn juist die minimale overlegmomenten, ook in de loop van de dag die zoveel helderheid kunnen geven. Dat doet wel zeer. Ik weet ook niet of dat de kwaliteit altijd ten goede komt. Wij missen een aantal overlegmomenten per dag. Het ging eerder dan zo "Jij gaat straks naar Pietje, daar was vanmorgen dat en dat aan de hand, wil je er nog even op letten en dat terugmelden." Wij zijn degene die arrangeren en plannen en we zijn er op gebrand om de mensen wel de informatie te geven die ze nodig hebben om hun werk goed te doen. Nu doen we dat allemaal per sms of telefoontjes.

Je bent arrangeur en EVV'er en je werkt bij cliënten, is dat allemaal te doen? Het klinkt best veel.

Het is heel veel. We zijn nu overal verantwoordelijk voor met ons clubje en daardoor worden ook fouten gemaakt. Niet zozeer richting cliënten maar meer in het traject om de centen binnen te krijgen. En dat geeft ook wat frustraties.

Zijn er ook positieve kanten aan de verandering?

Dat denk ik wel. Ik vind het ook wel leuk om meer betrokken te zijn. De lijn is korter, je mag zelf naar het CIZ om indicaties uit te breiden. De routing is best complex en daar laten mensen wel eens steken vallen.

Zijn dat kinderziekten?

Ik denk dat het daar al te lang voor duurt, vanaf september. Dat moeten we nu weten. Ik ben wel degene van ons clubje die kijkt hoe de processen lopen. Ik ben nog nooit zo snel ingewerkt in een nieuwe organisatie die zo groot is als Beweging 3.0. Het nieuwe systeem hielp me daarbij.

Ik ben EVV'er. Er is ook gedeeld EVM-schap, dan doen we het samen met een verzorgende. Bij hoogcomplexiteit doet meestal een verpleegkundige het. De scheiding ligt op het BIG-verhaal. De scheiding is aan het vervagen. Wij doen nu meer ook een stukje verzorging erbij en dat is wel goed.

Soms kom je ergens binnen en dan heb je zo'n onderbuikgevoel. Je komt veel tegen. Het is belangrijk om dat bij jezelf te blijven. Ik denk dan 'ik voel iets raars hier, wat is er aan de hand?' We bellen ook de familie wel eens en dan zeggen we: 'joh, ik zie dit of dat bij je moeder.'

Sommige families zijn ook wel overbezorgd en verwachten veel van ons. De autonomie van de zorgvrager vind ik belangrijk. Degene die wij in zorg hebben zijn allemaal wilsbekwaam: wie ben ik dan om iets te gaan dwingen. Ook kijk je of ergens depressiviteit achter zit.

Welke rol heeft de teamleider hier in?

Daar gaan we naartoe als we ergens niet uit komen of in een spagaat terecht komen. Die maakt dan helder naar de familie wat wel en wat niet kan bij onze organisatie.

Maakt een stad of dorp nog uit?

Wel qua cultuur, dat is per wijk ook erg verschillend. Maar niet voor de samenwerking.

Hoe zou het aanbod van MZD bij jullie in beeld gebracht moeten worden?

Helderheid in het aanbod. Uitnodigen voor teamoverleg. Een interne sociale kaart. Een folder met informatie moet kort maar krachtig zijn (of een sticker of een stuiterbal). Een vlotte PowerPoint met gekke anekdotes, dat onthouden mensen. En rechtstreeks naar de medewerkers, want een afvaardiging bereikt niet alle mensen.

Hartelijk dank voor je medewerking!

Kunnen jullie iets vertellen over je functie?

VK: Ik werk hier ongeveer vijf jaar als verpleegkundige in de thuiszorg. MZD is voor mij alleen een begrip. Ik vraag me af wat ik ermee kan.

MW: Ik werk hier meer dan twintig jaar als maatschappelijk werker. Ik vond de enquête zinvol. Ik houd mij al jaren bezig met de vraag hoe het komt dat er zo weinig verwijzingen zijn vanuit de thuiszorg. Jullie zijn toch een vindplek.

Wat zien jullie van elkaars werk?

VK: Ik zou niet weten op wat voor manier cliënten vanuit de MZD hoe naar ons toe zouden kunnen komen en andersom heb ik dat ook niet scherp.

MW: Als wij op huisbezoek gaan bij ouderen zien we dat zij met beperkingen te maken hebben en dat daar thuiszorg voor in wordt gezet. Dat is een vaststaand feit. Er is geen contact.

VK: Ik vraag me via welke lijn mensen bij jullie in zorg komen?

MW: Dat gaat via de huisarts, via familieleden, als mensen schulden hebben, soms schakelt het Riagg ons in als problemen minder zwaar zijn.

Vanuit de thuiszorg komen cliënten niet of nauwelijks binnen. Ik vraag me toch af waarom dat niet werkt. Die zien veel, komen er wekelijks. Op een eerdere werkplek binnen Beweging 3.0 zaten we bij elkaar op kantoor, daar werkte het ook niet. Ik dacht: 'die werken bij cliënten thuis en die moeten toch wel heel veel zien'. VK: Nee, ik heb er eigenlijk ook nooit aan gedacht dat er ook MW voor de cliënten kan worden ingezet.

Je ziet veel in de thuiszorg, hoe zie je dat, hoe signaleer je dat?

VK: Ik signaleer dat door gesprekken met mensen. Ik heb nu ook wel iemand in gedachten waarbij ik aan MW zou kunnen denken. Mensen zeggen me heel veel, ik dring wel verder door en ik denk wel eens, daar moet de contactverzorgende wat mee doen. Laatst had ik een cliënt die zijn broer is overleden, het is hem allemaal te veel. Ik zou wel dood willen zei hij. Ik gaf aan dat daar nog wel wat stapjes tussen zitten. Ik heb het er met de contactverzorgende over gehad en die zei: ik kom daar nooit.

MW: Wat is een contactverzorgende?

VK: Dat is een verpleegkundige over verzorgende die het contact tussen de familie en de zorg onderhoudt en bijhoudt wat er speelt.

Waar blijven de signalen nu?

VK: Wat wij signaleren noteren we in het dossier. Ik heb bij deze cliënt geconstateerd dat er nog niets mee is gebeurd en dat is jammer.

Wat zou jij gedaan hebben?

Ik zou met de meneer samen een afspraak bij de huisarts hebben gemaakt. Cliënten wonen in één huis, maar het zijn allemaal verschillende voordeuren. Soms zeg ik tegen mensen dat het in een verzorgingshuis leuker voor ze zou zijn. Daar kom je automatisch mensen tegen. Je kunt een kaartje leggen met elkaar

Het kan dus zijn dat deze man via de huisarts bij het MW terecht komt?

Ja, collega's hoor ik er ook niet over dat ze rechtstreeks naar het MW verwijzen.

Hebben jullie ook teamoverleg over cliënten?

We hebben natuurlijk heel veel teamoverleg gehad rond de reorganisatie. De cliëntbesprekingen zijn daardoor wat opgeschort. Medewerkers moeten daar ook op vrije dagen voor terugkomen. Nu hebben we afgesproken dat we het achter het teamoverleg aan doen en dan de ene keer op maandag en de volgende maand op dinsdag. We bespreken dan vooral hoe we in bepaalde cliëntsituaties op één lijn gaan zitten, bijvoorbeeld t.o.v. cliënten die ons tegen elkaar uitspelen. Want dat gebeurt ook.

Is er ook een beweging van MW naar TZ toe?

MW: Wij zetten eerder TB in, om er achter te komen waar het probleem ligt of om te helpen structuur te vinden. Als iemand de draad kwijt is of chaotisch. Wij kijken dan naar de psychische kant en hebben ondersteuning van de TB om het huishouden op de rails te zetten.

MW: Ik heb het idee dat mensen TZ weten te vinden, wanneer ze hulp in de huishouding nodig hebben en ook voor verzorging, dat loopt ook via de huisarts.

TZ: Het is jammer dat de huishoudelijke zorg niet meer bij ons hoort. Dat was een verlengde van de verzorging en wij werkten met hen samen.

Heb je als MW zicht op de problematiek die TZ heeft met doorverwijzen?

Geen. Absoluut niet. We kennen elkaar niet. We kunnen ons er wel iets bij voorstellen maar we hebben daar geen zicht op. Als jullie ook al niet eens weten wat wij doen.

TZ: Ik vind het frappant, want ik heb altijd gedacht dat MW via de huisarts moest gaan. We bespreken wel met elkaar of het beter is dat een bepaalde cliënt naar de geriater gaat, bijvoorbeeld in het geval van extreme vergeetachtigheid. Als iemand te veel drinkt, zou die dan eerder bij het MW terecht moeten kunnen, of zit ik fout?

MW: Het zou kunnen. Ik zit te denken, hoe komt zo iemand binnen? Het is goed mogelijk dat je eerst een vooraanmelding doet. Dat je als verzorgende contact opneemt en aan ons voorlegt dat je over een meneer zorgen hebt. Dan belt die meneer nog zelf nog. Wij willen weten of iemand gemotiveerd is en zichzelf ook aanmeldt. Dan krijgt hij een uitnodiging voor een intakegesprek en dat kunnen wij uitgebreid gaan kijken of dat iets is voor het MW of dat iemand toch doorverwezen moet worden naar Maliebaan of naar een geriater.

Dat zijn dus wel aardig wat stappen, die de TZ dan neemt. Eerst wordt het gesignaleerd, dan gerapporteerd, je bedenkt met wie je het zult bespreken en het is de vraag of iedere medewerker dat moet kunnen of dat iemand dat coördineert. En vervolgens neem je actie met de cliënt.

TZ: Mensen willen dat ook vaak niet. Jij komt daar zorg geven en dan willen ze niet nog iemand anders.

MW: Ja, jij komt voor een bepaald doel, jij komt voor de verpleging.

TZ: Maar mensen vinden dat meestal genoeg, ze willen niet dat er nóg iemand in hun privéleven komt. Ze hebben het idee dat hun hele leven overhoop wordt gehaald. En ik kan me dat ook wel voorstellen.

Ik kan me voorstellen dat er een grens is in wat jij kunt doen en waar iets meer mee moet, hoe bepaal je die grens?

TZ: We kunnen kijken of we iemand kunnen aanmelden voor een bijvoorbeeld een verzorgingshuis. In de tussentijd moet er iets zijn, wat mij betreft zou het het fijnst zijn als iemand ons ondersteuning kan bieden, zodat wij er niet alleen voor staan.

Bedoel je een soort van ondersteuning, consultatie van het MW?

TZ: Het is wel een optie ja, maar ik had er nooit aan gedacht. Er moet soms wel iets gebeuren, bij die éne cliënt, dan zie ik hem soms en dan denk: ik er is nog niets gebeurd.

Dus het signaleren is oké?

Ja, ieder ziet het wel en geeft het door. Het ligt ook een beetje aan hoe alert de contactverzorgende is, dat is persoonlijk natuurlijk.

MW: Ja. Wat ligt er allemaal nog meer bij de mensen, hoeveel tijd heb jij daar voor, kun je dat als verzorgende behappen?

TZ: Nee, qua indicatie is daar de tijd niet voor.

MW: Het zou dan goed zijn als alle medewerkers van TZ weten wat het MW doet. Ze kunnen daar hun werk ook mee afbakenen. Door aan te geven dat ze geen tijd hebben om die begeleiding en aandacht te geven, maar dat ze wel weten bij wie zo iemand terecht kan.

Dan maak je de afbakening ook wat scherper. Als jullie het erbij gaan doen en dan ga je grenzen over en komen ze nooit bij ons.

Mag dat er ook zijn... is het niet de generatie die niet zo gemakkelijk afstapt op een hulpverlener?

TZ: Ja, ik denk dat oudere mensen dat niet gemakkelijk doen. Wij geven aan die generatie nog zorg. Ik denk wel dat er nu een generatie aan komt waarbij het anders is. Die gaan zeggen: 'Ik merk dat ik hier niet zo goed mee om kan gaan'.

Is er vanuit MZD ook informatie gegeven bij TZ?

MW: Laatst zijn de zorgconsulenten bij ons geweest. Die wisten ook niet zo goed wat het aanbod was. En dat is natuurlijk voor hen ook wel belangrijk.

TZ: Wat zijn zorgconsulenten?

MW: zorgconsulenten zijn van Beweging 3.0. die via de AV-teams in beeld komen.

De AV-teams gaan er op uit om mensen op te zoeken die zich met hun problemen isoleren en hun huis bijna niet uitkomen. In dat project kijkt de zorgconsulente ook mee.

Zijn er in de thuiszorg ook mensen die elders terecht komen met psychosociale problematiek?

TZ: Laatst hadden we een cliënte die bij Maliebaan hulp krijgt en van ons iedere avond een pil moet krijgen om te voorkomen dat ze behoefte krijgt aan drank of drugs. Die cliënte kwam later bij ons in zorg. Eerder was er al TB.

MW: Als er thuisbegeleiding is, zit er vaak ook al een ander hulpverlener in.

TZ: Zo schakelen wij ook wel eens het Riagg in. Als er mensen zijn die hun vrouw verloren hebben of andere problemen.

MW: Dat doen wij ook wel. Soms in samenwerking met het Riagg. Als het gaat over rouwverwerking. Sommige mensen hebben langdurig wekelijks een gesprek nodig. Als wij dat niet kunnen bieden dan schakelen wij Humanitas in, die werken met vrijwilligers. Wanneer een rouwproces echt vast komt te zitten dan moeten die vrijwilligers weer naar ons terug met de casus.

TZ: Waarom komt er geen maatschappelijk werker op een teamoverleg bij ons. Wij zitten er dan toch allemaal omdat we daar informatie krijgen vanuit de organisatie.

MW: Het zou ook leuk zijn om eens in elkaars keuken te kijken. Als wij bij een cliëntenoverleg van jullie zouden zitten dan zien wij wat voor cliënten over de tafel komen en als jullie bij ons teamoverleg zouden zijn kunnen jullie horen voor welke problematieken mensen bij ons aankloppen, welke analyses wij maken en welke doelen we stellen.

TZ: Dan nóg willen we wel graag jullie gezicht eens zien in een teamvergadering.

Dus een gezicht is belangrijk?

MW: Wij hebben wel 10 gezichten.

TZ: Jullie werken nu toch in bepaalde wijken? Net als wij?

Hoe speelt het wijkgericht werken een rol?

MW: Voor mij is het minder belangrijk om een gezicht erbij te hebben. Het is voor ons meer belangrijk om te weten wat zij tegenkomen.

TZ: Ja, dan weet je: dat was die mevrouw, ik ken haar stem, haar werkwijze. Zoals bij de wondverpleegkundigen die kennen wij ook, we werken daar veel mee.

Dus die weet je wel te vinden?

Ja absoluut, we kennen haar stem. Ik vind het een pré om zo iemand er af en toe bij te hebben in nieuwe situaties. We kunnen de maatschappelijk werker uit de wijk er af en toe bij vragen.

Hoe kun je dat bereiken: dat je elkaar niet eenmalig, bij een informatiebijeenkomst, maar structureel weet te vinden?

TZ: Het Riagg is ook een paar keer geweest om uit te leggen wat zij doen.

MW: Het is wel belangrijk dat we van elkaar weten wie waar zit en wat ze doen. Maar niet bij een overleg. Wij als maatschappelijk werkers hebben al zoveel overleggen. Misschien is het mogelijk dat we via de email samenwerken.

TZ: Maar dat is het juist, wij weten nog helemaal niet waar jullie zitten en wat jullie doen.

MW: Ja: er moet een start gemaakt worden, van ons uit en andersom net zo goed. Van jullie uit moet ook die stap naar ons toe gemaakt worden.

Is het niet zo, dat juist die cliënten besproken worden bij TZ waar iets meer speelt? Dat dat je filter al is?

Dat kan wel zijn maar dat wij bij cliëntenbesprekingen van TZ zullen zijn is voor ons geen haalbare kaart. Wij hebben wekelijks onze eigen cliëntbesprekingen.

Zijn er andere overlegvormen waar jullie beiden participeren? Buurtnetwerk?

MW: Het buurnetwerk is van 0-12. Er is dacht ik in het Soesterkwartier een ouderen Buurtnetwerk, maar ik weet niet de samenstelling daarvan.

Er is niet iemand van de thuiszorg die daar bij zit?

Dan hadden we dat vast geweten.

Speelt het privacyaspect een rol bij doorverwijzen?

TZ: Je kunt toestemming vragen aan de cliënt als er iets anders aan zorg wordt aangeboord. Als iemand het niet meer kan bevatten gaan we met die vraag naar de familie om te overleggen.

Dus dat is wel goed geregeld?

Het is geen belemmering om door te verwijzen, ook als we de huisarts bellen overleggen we daar eerst over.

MW: jullie cliëntenpopulatie bestaat, als ik het goed begrijp, uit ouderen. Het is dan niet zo verwonderlijk dat de lijnen via de huisarts gaan.

TZ: We zitten nu ook in een groot woon-zorgcomplex, daar stromen voornamelijk 55+ in. Die cliënten vinden het prachtig om daar te wonen en ze houden erg van privacy, tot hun mobiliteit minder wordt. Dan is het alleen wonen niet meer zo ideaal.

Is het lastig om te zien wat er soms aan de hand is, de vraag achter de vraag?

TZ: We hebben nu ook die scorelijsten voor depressie en valrisico. Dat werkt wel. Soms zit iemand op het randje en dan vraag ik me wel af of ik actie moet ondernemen.

Is het duidelijk welke actie je dan kunt ondernemen?

TZ: Ja, je kunt dan de huisarts bellen, die doet daar wat mee.

Laatst had ik ook een cliënt die zei: 'er is niets meer te lachen'. Ik dacht: 'dan moet je er op uit'.

Hebben jullie daar in het team over gesproken?

Ik heb er nog geen zicht op hoe ik dat moet doorspelen. Er is ook nog een landelijke depressie-actie om er achter te komen of er vanuit de thuiszorg zicht op is. Dan kun je doorgeven hoeveel cliënten er last van hebben.

Zijn er succesverhalen met betrekking tot verwijzen?

TZ: Nee

MW: Ik kan ze niet bedenken.

Zijn er meer belemmerende factoren?

MW: De cliënten zelf. Die staan niet te trappelen om de vuile was buiten te hangen, ook al signaleer je die. Dat de cliënt niet daar komt waar die zou moeten zijn.

Wie vindt dat die daar moet zijn?

Als de verzorgende bij de cliënt komt en ziet eenzaamheid, verdriet, boosheid, rouw.

Kan ik wel praatje over hebben, maar heb ik geen tijd voor, want ik kom voor de wondverzorging bijvoorbeeld. Je zou dan kunnen zeggen: "Zou u het niet fijn vinden als u daar met iemand over zou kunnen praten. Dat lucht het hart."

TZ: De ondersteunende begeleiding is er af.

Dat kan misschien het MW wel bieden.

Hoe ziet dat er uit? Die ondersteunende begeleiding?

Vaak is dat ondersteuning bij wat men zelf niet kan. Even de was uit de wasmachine halen, een praatje.

MW: Dat zijn de praktische dingen die wij niet doen. Daarvoor kan ook Humanitas worden ingezet.

TZ: Wij nemen contact op met Ravelijn.

Met het verdwijnen van de ondersteunende begeleiding, verdwijnt het extra stukje wat je nog had. Als contactverzorgende houd ik nog wel het contact en dat moet ik ook twee keer per jaar doen voor het Zorgleefplan: waar wij overigens vreselijk aan moeten wennen. Daar kom ik niet eens aan toe. Het is wel een mooi systeem maar het vraagt veel inzet om eruit te destilleren wat er gaande is.

Wat heb je daar voor nodig?

We bespreken het in cliëntbesprekingen. Je hebt het er met elkaar over. Iemand anders kan iets helemaal niet gezien hebben. Er is ook verschil van kijk op mensen en hoe je iemand in zijn waarde laat. Soms wil iemand geen extra zorg.

Er wordt nogal wat problematiek gesignaleerd. Als dat zijn weg niet vindt in de organisatie in, waar blijft dat dan? (Ik denk dan: het zit bij mensen, die hebben het op hun nek).

TZ: In het begin wel, maar nu ik dit vaker bij de hand heb lig ik daar niet wakker van. Je leert er mee omgaan. Je schrijft het op in de rapportage en je praat er eens met collega's over. Zo had ik laatst een cliënt, een man die incontinent werd en flodderde met maandverbandjes van zijn vrouw. Ik vertelde hem dat daar ook wel iets anders voor is. Een collega van mij zou dat nooit doen, die zei me dat ik dat niet voor hem hoeft te doen. Zo kijkt ieder daar anders tegen aan of gaat er anders mee om.

Zicht op het netwerk: is dat er bij de intake en in het zorgleefplan?

TZ: Ja. Ik zou er toch wel meer mee willen.

Ik ben MZD nooit tegengekomen, maar het is goed dat er ook aandacht is voor de achteruitgaande geest, het dementieproces, moeite met mobiliteit die vermindert, eenzaamheid, problematische partnerrelaties.

Maakt de werklocatie uit, een dorp of een stad?

MW: Als je kijkt naar het wijkgerichte werken: dan maak je een grote stad kleiner. Zo kun je ook gemakkelijker contacten leggen.

Op mijn vorige werkplek heb ik niet zo'n fijne samenwerking ervaren. Mensen wilden daar graag veel zelf blijven doen. Het geeft niet, maar als het niet wordt aangeboden, weten mensen ook niet dat het er is.

TZ: Hoe gaat dat dan, ik bel een centraal nummer. En dan?

MW: Elke morgen heeft er een medewerker dienst. Ieder die dan belt, een instantie die een vooraanmelding doet of een cliënt die zich aanmeldt, wordt te woord gestaan. Er wordt doorgevraagd. Wij werken met 8 mensen in Noord en 8 in Zuid. Het is niet haalbaar om door één gezicht of iemand te woord gestaan te worden. Het moet verdeeld worden.

In de wijk kan het helpend zijn als je een gezicht hebt, maar verder is er het algemene nummer waar je een situatie kunt voorleggen.

TZ: Ja, dat is al helpend. Het is sowieso fijn om het voor te kunnen leggen of iets voor het MW is.

Dus het is vooral 'bekendheid met' en de route weten, wat al zou werken

MW: Ik ben nog wel benieuwd of TZ participeert in het Buurtnetwerk.

TZ: Er is ook een nieuw project met een beeldscherm wat gemakkelijk te bedienen is en waar ouderen contact met elkaar op kunnen zoeken. Je ziet dan ook de achtergrond van de cliënt die contact zoekt.

MW: het zal voor ons ook nog handig zijn om te weten hoe wijkgericht jullie werken, waar jullie zitten en of we voorlichting kunnen geven.

Voor ouderen lijkt het een pittige stap?

MW: Ja, maar er zijn ook pittige ouderen. Er zijn tachtigplussers in ons bestand.

TZ: Soms kan het voor cliënten fijn zijn als ze even wat meer tegemoet worden gekomen met informatie of hulp. Laatst had ik een cliënt die had steunkousen aangemeten gekregen, maar daarbij geen hulpmiddel om ze aan te trekken. Ze kon ze zo niet zelf aantrekken. Ik ben een uur bezig geweest om er achter te komen waar de steunkousen vandaan kwamen. Toen ik de betreffende medewerker vertelde hoe fijn het was geweest voor de mevrouw als ze geweten had dat dit bestond, was diegene daar erg blij mee.

TZ: voor mij was het een eyeopener om te zien wat er nog meer kan.

Hartelijk dank voor jullie medewerking!

Hoe lang werk je bij Beweging 3.0?

Ik werk hier minder dan vijf jaar.

Hoe en wat weet je van het onderzoek?

Via het emailberichtje, maar ik weet nog niet goed waar het precies om gaat.

Wat zie je van MW/TB?

Weinig. Ik weet dat hier nu een maatschappelijk werker in het kantoor zit. En de naam staat op het bordje, maar ik heb haar nog niet gesproken. Ik heb ook geen idee wat ze precies doet voor cliënten. Daar weet ik te weinig vanaf.

Wanneer heb je te maken met MW/TB/TZ?

Ook weinig. Ik heb wel een aantal cliënten waar ook MW bij betrokken is, we overleggen dan op cliëntniveau. Er zitten hier natuurlijk nu ook de Zichtbare Schakels. Die zetten wij soms wel in als we ergens onze twijfels bij hebben. Wij sturen ze af op mensen die dreigen te vereenzamen. Zij gaan er dan verder mee aan de gang, maar dat wordt niet meer naar ons teruggekoppeld. Soms weet ik het even niet wat ik ergens mee zal doen, dan is het gemakkelijk als je samen op een kamer zit met de ZS.

Wat vind je belangrijk voor de cliënt in dat opzicht? Hoe zie je het als psychosociale vragen naar jou toekomen vanuit de cliënt? Wat/wie ben jij dan voor de cliënt?

Ik weet het niet zo goed. Wij kennen de cliënten natuurlijk in hun dagelijkse doen en laten. Ze kleden zich letterlijk en figuurlijk voor ons uit. Tijdens het douchen en kleden of als je er bent als vertrouwde verpleegkundige of verzorgende krijg je meer te horen. Als er iemand met een bloknootje tegenover ze komt zitten, zal dat niet altijd werken.

Voor TZ: Hoe signaleer je? Hoe bepaal je of je wel of niet doorverwijst? Wat houdt je eventueel tegen/stimuleert je om door te verwijzen. Naar wie verwijst je door? Wat heb je nodig in dit opzicht? Wat niet?

Ik zie veel mensen die in de problemen komen in de relationele sfeer bij niet aangeboren hersenletsel bijvoorbeeld. Hun leven verandert totaal. Neem bijvoorbeeld een cliënt met een hersenbloeding. In het ziekenhuis duiken ze met 10 man op zo iemand. Zodra ze dan denken dat je weer lekker in je vel zit dan laten ze weer los. Maar de hele relatie met de partner verandert. De combi is weg. Je wordt in eens de verzorger van je partner. Daar heeft iemand begeleiding bij nodig.

Op dit moment gaan we met zoiets naar de huisarts. Ik weet niet of dat zo ideaal is. De huisarts heeft niet altijd oog voor de psychosociale problematiek, voor het netwerk van de cliënt. Een huisarts komt met iets rustgevends. Deze mensen hebben wel iets meer nodig. In zo'n geval zou ik het nodig hebben om even te kunnen overleggen met een MW'er. Wat me tegenhoudt is dat ik niet precies weet wat MZD heeft te bieden. Waarvoor ze ingezet zouden worden.

Ik zie wel veel mensen die de neiging hebben om een psychose op te roepen. Het is voor hen een manier om het leven nog een beetje vol te houden. Ze maken de wereld dan mooier dan die in werkelijkheid is. Laatst was er bijvoorbeeld iemand die naar mij toe volhield dat ze de deur uit was gegaan en gekookt had, terwijl dat niet waar kon zijn. Ze doen dat dan omdat ze weten dat het eigenlijk wel zo hoort te zijn.

Er zouden meer gespecialiseerde verpleegkundigen moeten komen. Ik weet niet of die er ook zijn op psychosociaal gebied. Wel op psychiatrisch gebied, die was laatst bij een cliënt, maar die was er niet op uit om iemands netwerk te verbreden. Dat hebben mensen wel nodig als ze weer een beetje opknapt.

Bij allochtonen ben je 'het' als je voor het eerst binnenkomt. Dan zien ze je als aanspreekpunt en alles wat daarna dan nog binnenkomt, zien ze als minder belangrijk. Veel verschillend verplegend personeel is dan niet prettig. Zij doen als familie wel veel voor elkaar maar voor injecties bijvoorbeeld hebben ze toch een verpleegkundige nodig. Soms verstaan ze maar een paar woorden. Dat is niet handig. Er zijn hier wel allochtone zorgconsulenten. Laatst is er zo iemand ook even meegegaan. Dat is wel ideaal.

Laatst kwamen we er achter dat een echtpaar dagen niet had gegeten. Daar kwamen wel verzorgenden in huis, die hadden dat niet gemerkt. Ik heb wel eens het idee dat zij gewoon hun ding doen en niet verder kijken. Ze kwamen er voor de man, maar je hebt een cliënt niet alleen. Je moet naar het geheel kijken, naar de gezinsomstandigheden.

Welke factoren zijn van belang w.b. de verbinding?

De maatschappelijk werker die hier zit houdt zich ook wat afzijdig. Ze zou zich wat meer kunnen uiten naar ons toe. Samen koffie drinken of lunchen. Ik weet niet eens precies welke dage zij er is. Andersom weet zij ook niet hoe ons werk er precies uit ziet denk ik.

Ik zou het ook wel eens nodig hebben om even binnen te kunnen lopen daar. Soms is het werk echt psychisch zwaar. Als er iemand stervende is en je zit daar een hele dag, op je sokken in huis. Laatst hebben wij een oudcollega terminale zorg gegeven, die is nu overleden. Dat is anders als een gewone cliënt, het dat was echt moeilijk. Er is wel een bedrijfsmaatschappelijk werker, maar op sommige momenten heb je gewoon nodig om even je verhaal kwijt te kunnen. Als je dan een afspraak voor over een week kunt maken, schiet dat niet op. Daarom zou het ook fijn zijn als de maatschappelijk werker hier ons kent en wij haar.

Op welke manier zou TZ en MZD met elkaar in contact kunnen zijn en blijven?

Op cliëntniveau is dat goed. Het zou goed zijn om elkaar wat vaker te spreken. In sommige cliëntsituaties gaan ze één keer kijken, maar blijkt het later toch nog niet goed te gaan. Je kunt dan gemakkelijker de kwestie nog eens aankaarten.

Ik heb nu echt geen ideeën wat het MW en TB biedt en in welke situaties wij hen zouden kunnen inschakelen, daar zou wel meer bekendheid over moeten komen. Nu doen wij dat via de ZS. De cliëntsituaties waar wij ons zorgen over maken daar gaan zij naartoe, dat is voor ons wel een stukje verlichting en dat is ook wel handig. Zij bepalen dan wat er verder moet gebeuren.

Heb je zicht op het netwerk/omgeving van cliënten die thuiszorg ontvangen?

Ik merk dat sommige psychiatrische cliënten het nodig hebben om hun netwerk weer op te bouwen, nadat het een periode niet goed met ze is gegaan. Daar kunnen ze wel wat hulp bij gebruiken.

Kun je een succesvol of minder succesvol praktijkvoorbeeld noemen betreffende signalering en doorverwijzing? Hoe verliep dit traject? In welke volgorde had je met wie contact?

Er kwam een vraag binnen van een huisarts of wij wilden gaan kijken bij een vrouw van 78 jaar. Het was een zeer ontwikkelde vrouw die veel van de wereld had gezien. Ze was in Zwitserland en Israël geweest, had gewerkt in een kibboets. Via het netwerk van deze cliënt was het signaal gekomen van lichte verwaarlozing.

Ik ben toen twee weken lang bij haar langs geweest, alleen ik. Geen andere collega's om vertrouwen op te bouwen. Ik heb toen zelf een psychiater ingeschakeld, van het Riagg. Omdat het belangrijk was dat er een diagnose zou komen. Ze kon dan ook worden ingesteld op medicatie. Er kwam toen een psychiater met een bloknootje een uurtje bij haar zitten.

Toen zei ze natuurlijk niet veel dat uur. Later hebben ze met doorvragen toch wel een diagnose kunnen stellen. In die situatie merkte ik dat de psychiatrische verpleegkundige niet echt bezig ging met de verbreding van het netwerk van de cliënt.

Hartelijk dank voor je bijdrage aan dit onderzoek!

Hoelang werk je bij Beweging 3.0?

In totaal ruim drie jaar, één jaar in deze functie. Ik kan het verschil zien in hoe ik werkzaam ben als Zichtbare Schakel of gewoon in de wijk.

We zijn op de hoogte van jullie werk als Zichtbare Schakels in Amersfoort omdat we de subsidie-aanvraag aan ZonMw voor het project in Liendert/Rustenburg hebben bestudeerd. Is jullie project vergelijkbaar?

In grote lijnen wel. Mogelijk zit er een klein verschil in de doelgroep. Zij zullen zich iets meer richten op ouderen en wij iets meer op allochtonen.

Toen wij deze subsidie-aanvraag lazen, zagen wij daarin het schakelend bezig zijn van de ZS als stap in de richting van de verbinding die wij zoeken tussen TZ en MZD, merk jij dat ook?

Het is opvallend om te merken dat toen ik zelf in de wijk werkte, ik helemaal niets had met MW. Ik heb in die tijd nooit gedacht 'ik ga MW inzetten'. En de meeste cliënten doen dat waarschijnlijk ook sneller zelf, mogelijk hebben ze zelf het MW werk al gevonden, maar als ZS merkte ik al wel dat het belangrijk is dat je contact met MW hebt. Ik merkte dat ik meer van MW wilde weten omdat ik dat nodig heb.

Wat zijn de situaties waarin je dat nodig hebt?

Bijvoorbeeld als je in een situatie zit waarin je als verpleegkundige te weinig begeleiding kunt bieden, dan zou je, afhankelijk van de problemen, kunnen kijken of dat het mogelijk bij MW past. Als ZS zijn wij die 'schakel', die wegwijzer die de cliënt ondersteunt bij het zoeken naar de juiste instantie. Als er meer begeleiding nodig is, gaan we zoeken naar waar het beter past.

We hebben hier op deze locatie het MW zitten, dus dat scheelt erg. Lastig is dat je niet zo snel binnenloopt, wat natuurlijk het mooiste zou zijn. Maar ik weet nooit of ik iemand stoor, want je kunt niet zien of er iemand (een cliënt) binnen is, of dat er een telefoongesprek gaande is. De deur zit dicht. Voor mij is dat een drempel. Terwijl het heel prettig is dat je in een gebouw zit.

Wat zou voor jou die drempel wegnemen?

Dat je weet dat er een moment is, bijvoorbeeld tussen bepaalde tijden, dat je binnen zou kunnen lopen. Of dat inzichtelijk is hoeveel afspraken er zijn. Hoewel, dan kan niet allemaal denk ik. Je moet er ook weer voor oppassen dat je alles inzichtelijk wilt gaan maken. Maar wat meer afspraken over wanneer wij binnen kunnen lopen. Ik had dat natuurlijk zelf ook al kunnen doen, maar het is er nog niet van gekomen.

Hoe zie jij de beweging vanuit MW naar TZ? Is er iets van 'hier zijn wij, kom binnen met je vragen?'

Ik denk dat we hier nog wel twee eilandjes vormen. Ik heb nog niet het idee dat we van beide kanten binnen komen lopen.

We zien in de enquêtes terug dat medewerkers aangeven veel problematiek te zien. Men komt heel veel problematiek tegen. Waar blijven medewerkers met hun vragen daarover?

Dat hangt van de situatie af. Op zich worden zij doorverwezen, maar niet alles gaat naar maatschappelijk werk. Op dit moment moet iemand nog naar maatschappelijk werk toe. MW komt niet naar de cliënt. Dat is soms een drempel.

Is de werkwijze van MW hierin een belemmering?

Ja. Ik heb begrepen dat ze wel meer naar outreachend werken toe gaan. Dat zou een stuk makkelijker zijn voor bepaalde mensen.

Voor mensen is de drempel soms te hoog op hier al te gaan zitten, iedereen ziet dan dat zij MW nodig hebben. Dat geldt natuurlijk niet voor iedereen. Andere mensen zijn slecht ter been en vinden het dan teveel moeite om hier naartoe te komen.

Wordt er verwezen naar andere psychosociale hulpverlening?

Wij hebben ook wel veel contact met TB. Ik zal even helder houden dat dit ook onder MZD valt. GVo ook. Daar hebben we op dit moment niets meer. Ik denk steeds dat het alleen maar over MW gaat. Met TB hebben we goed contact.

Wat is het verschil in 'contact' met TB en MW?

TB komt wel bij mensen thuis. Je hebt er snel contact mee en het is een ander aanbod.

Is de weg naar TB toe ook anders? Hoe leg je dat contact?

Ik denk dat het aanbod van TB beter past wat cliënten in de thuiszorg nodig hebben. MW is voor mijn gevoel wel een soort begeleiding, maar je moet er wel naartoe gaan.

Tussen de medewerkers van TB en TZ is niet veel contact.

Medewerkers (niet ikzelf) die in de wijk werken, hebben niet zo snel het idee laten we dat of dat inzetten. Het zit niet zo in het systeem en vervolgens weten ze de weg niet helemaal, maar het komt ook omdat zij gewoon heel weinig tijd hebben.

Vind jij dat het contact er zou moeten zijn?

Ja, ik vind van wel, natuurlijk. Misschien speelt ook een rol dat er bij sommige cliënten al best wel veel gedaan wordt en dat degenen die er al in zitten ook wel dingen regelen. Het is niet zo dat het niet geregeld wordt en dat een cliënt daardoor te weinig zorg heeft, in sommige situaties misschien wel. Ik heb er niet zoveel zicht op hoe dat nu in dit team is. Ons doel als ZS is echt om iemand aan de hand mee te nemen naar de goede instantie. Voor een medewerker in de wijk (wijkverpleegkundige of verzorgende) is dat bij de hand nemen niet altijd mogelijk, dus die geven informatie over wie de cliënt zou kunnen bellen. Voor een cliënt vind ik MW telefonisch toereikend. MW heeft een inloopsprekuren, heeft telefonisch spreekuren. Dat loopt gewoon. Ik hoor daar geen klachten over.

Is het bespreekbaar maken van psychosociale problematiek lastig voor medewerkers in de thuiszorg? Zit daar nog een mogelijke drempel?

Ik vind dat als je dat niet kunt bespreken met een cliënt, deze waarschijnlijk ook niet bij MW past. Als je dat als TZ medewerker niet tegen een cliënt kunt zeggen, dan denk ik dat je al ergens anders moet gaan zoeken. Als bijvoorbeeld de psychische problematiek zo groot is dat het niet meer bespreekbaar is, dan zou ik al niet meer naar MW doorverwijzen, dan zou ik verder gaan kijken. Ik denk dan aan contact met de huisarts.

Jij denkt dat medewerkers in de thuiszorg dat onderscheid tussen lichte en zware problematiek goed kunnen maken?

Ja, ik denk dat je dat snel door hebt. Ik vind het lastig om te zeggen hoe mijn collega's dat doen. Er zijn altijd mensen die er meer moeite mee hebben om dat te signaleren dan anderen, maar er komen genoeg mensen bij een cliënt over de vloer, dus er is altijd wel iemand die het wel ziet.

In de subsidie-aanvraag staat ook iets over een scholingsplan voor het weer leren signaleren binnen het wijkteam. Is dat een item? Is signaleren moeilijk?

Nou, wel de tijd nemen denk ik, om te signaleren. Dat is nu het vervelende, je hebt een indicatie en daar moet je mee werken en daardoor ben je erg aan de tijd gebonden. Daardoor heb je geen tijd om even rustig met iemand te zitten, terwijl je dan juist meer signaleert dan wanneer je gewoon je werk doet en na een kwartier weer naar de volgende moet. Bepaalde dingen zie je natuurlijk wel, maar voor andere dingen geldt dat je soms tijd nodig hebt om het vertrouwen van iemand te winnen.

Een cliënt kan zich het eerste kwartier voordoen alsof hij/zij alles kan, maar als je dieper op het hele gebeuren ingaat, dan merk je dat het soms allemaal schijn is.

De signalerende rol is in de loop van de jaren weggegaan, door de bezuinigingen mochten we ook niet meer het echte signaleren doen, want daar hadden we geen tijd voor. En nu is het mooi dat we dat als ZS wel weer kunnen doen en daar voldoende tijd voor hebben. Dat moet uiteindelijk ook weer teruggebracht worden naar korte bezoeken.

Wat bedoel je met teruggebracht worden?

De subsidie loopt tot eind 2012. En in de tijd daar naartoe moeten we bewijzen dat het erg goed is dat we als wijkverpleegkundigen weer terug komen. Ik heb nu ruim de tijd, maar uiteindelijk moeten we kijken hoe het in de huidige situatie inpasbaar is in beperkte tijd.

Hoe zie jij dat terugbrengen naar de huidige situatie, het lijkt me dat daar meer voor nodig is?

Wij hopen dat als alle resultaten van de Zichtbare Schakels door heel Nederland duidelijk zijn, er inzichtelijk is dat er geld nodig is en dat zichtbaar is dat er door dit project weer mensen op het rechte pad zijn gekomen en dat dit ook weer geld scheelt voor de overheid. Ik hoop zeker dat het gaat opleveren dat er een paar uur per week beschikbaar komt en dat is al meer dan wat we nu hebben. Mogelijk gaat dat via zorgverzekeraars. Voor ons is nog niet duidelijk wie daar actie op moet ondernemen, wij of ZonMw die dit project landelijk leidt.

Zou de Zichtbare Schakel ook een maatschappelijk werker kunnen zijn, gezien het takenpakket?

Het project is op gezondheid gericht. MW zal minder gericht zijn op de ziektebeelden. Het is een totaalplaatje. Dat is ook het moeilijke: er zit veel overlap met andere instanties. Doel is de vroegere wijkverpleegkundige weer terug te krijgen. Maar er zit zeker overlap in de taken met een maatschappelijk werker.

Zou het kunnen dat 'gezondheid' een 'makkelijker' thema is om te bespreken dan psychosomatische problematiek?

Dat zou kunnen. Het klopt denk ik wel dat mensen minder snel komen met geldproblemen dat bijvoorbeeld voor diabetes. Over het algemeen komen we binnen bij mensen die iets geregeld moeten hebben. Bijvoorbeeld een voorziening, een scooter.

Ben jij aanwezig bij overlegvormen, cliëntbesprekingen? Hoe komen de vragen van de thuiszorgmedewerkers bij jou terecht?

Naast cliënten die vanuit extern naar ons worden doorverwezen (bijvoorbeeld door de huisarts) en cliënten die ons zelf bellen met een (kleine) vraag, geldt voor de thuiszorgmedewerkers dat ze weten dat we er zijn. We zitten bij het cliëntoverleg. Het is belangrijk dat medewerkers weten wat wij doen. Vragen komen via het team bij ons, maar ook via het AV-team (Amersfoort Vernieuwd), Wim Jakobs, maatschappelijk werker die deelneemt in het AV-team geeft ook weleens cliënten door. PR is belangrijk.

We zoeken naar de beweging van twee kanten, Wim Jakobs, maatschappelijk werker, weet jullie te vinden. Met wat voor soort vragen komt hij naar jullie toe?

Begeleidingsvragen. Meer langdurige begeleiding op het ziektebeeld. We hebben van hem bijvoorbeeld iemand doorgerekregen die een ijzeropstapelingsziekte heeft. De partner van deze patiënt komt regelmatig naar Wim Jakobs toe. De vraag vanuit MW is wat wij ermee kunnen omdat de hulpvraag betrekking heeft op dit ziektebeeld. In dit geval gaat het om ondersteuning van de mantelzorger. Ik heb dit zelf weer opgenomen met de diëtiste en mogelijke tips ten aanzien van voeding teruggekoppeld naar de cliënt. Vervolgens kwam de partner met een vraag ten aanzien van de financiën. Dat past voor ons minder, maar omdat ik daar toch al over de vloer kwam en ik denk dat je ervoor moet oppassen dat er niet teveel instanties worden ingeschakeld, heb ik verwezen naar de Alliantie en Stadring 51.

Wij zoeken naar de beweging van twee kanten. De vraag lijkt soms te gaan over hoe TZ kan verwijzen naar MW, maar wellicht zit er in die andere kant ook nog een beweging?

Ja, Wim Jakobs heeft ons daarin gevonden, maar met het MW hier, maar dat is van beide kanten, is er nog niet zoveel contact. Ik heb niet het idee dat zij zicht hebben op wat wij precies doen en wat zij daar dan mee kunnen. Misschien is dat ook omdat iedereen zijn eigen eilandje wil behouden.

Waar zit dat in?

Dat weet ik niet. Ik merk dat mensen denken 'wij doen dat allemaal wel', wij ook. Maar als er meer aan de hand is, bijvoorbeeld een vraag om meer begeleiding, dan kunnen wij dat niet bieden en dan zou het mooi zijn als MW daarin iets kan oppakken. Ik denk dat we daar nog een keer weer een gesprekje over moeten hebben.

Is dat genoeg, een gesprekje?

Ik weet het niet. Maar toch kijken naar hoe het loopt en zijn er wederzijds dingen die we voor/van elkaar kunnen oppakken. Wij hebben destijds informatie gegeven over ons werk als ZS, maar ik heb nooit een verwijzing gekregen van MW.

Van Wim Jakobs komen die vragen wel. Hij geeft ook wel eens mensen door waar hij zelf niet is binnengekomen met de vraag of wij daar eens langs willen gaan. Soms komen wij daar dan wel binnen. Hij doet het AV-team naast zijn reguliere MW-werkzaamheden.

Een hypothese is dat de werkwijze van mw (je moet je aanmelden, je moet er naartoe, niet zo outreachend) niet uitnodigend is, hoe zie jij dat?

Het klopt dat het geen outreachende werkwijze is, maar mijn ervaring is wel dat MW goed bereikbaar is. Ze hebben een crisisnummer ('s middags) en daar heb ik weleens gebruik van gemaakt. Ik heb toen goed contact gehad met een maatschappelijk werker die mij informatie gaf.

Ik zou het nog meer binnenshuis willen. TZ heeft bijvoorbeeld altijd de deur open, iedereen kan binnenlopen, soms is dat ook storend, ik heb bijvoorbeeld geen eigen werkplek, maar maak gebruik van flexwerkplekken. MW heeft altijd de deur dicht of ze zijn er niet. Er is nu wel een bordje met aanwezig/afwezig, maar dan weet ik nog niet of er bijvoorbeeld een cliëntgesprek is. Dat is praktisch lastig.

Als het voor jou, met jouw functie en takenpakket al lastig is, hoe is het dan voor een verzorgende in de wijk, die tegen iets aanloopt?

Die zal denk ik sneller bellen. Een verzorgende in de wijk komt minder op kantoor en die zal daarom sneller telefonisch contact zoeken of het nummer van MW aan de cliënt geven.

Maar dat moet dan wel in je systeem zitten, je moet dat nummer hebben en uitleg geven aan de cliënt wie zij dan aan de telefoon krijgen.

Het is een nummer en je wordt dan doorverwezen naar het team dat je nodig hebt. Wat ik daarvan weet vind ik dat het goed geregeld is en ik denk dat voor in de wijk prima is. De tijden zijn ook gunstig: ik dacht tussen 9.00 en 12.00 uur, dus je kunt de hele ochtend bellen. Dat is prettig.

Je gaf aan dat toen jij werkzaam was als verpleegkundige in de wijk, dat je van die mogelijkheid geen gebruik maakte. Dat het niet zo in je systeem zat.

Nee, het doorverwijzen zat ook minder in je systeem. Wel bepaalde dingen die je met je collega's besprak en waarin je keek wat je daarin kon doen, maar toen dacht ik nooit ik ga MW inzetten. Misschien speelden er toen ook minder problemen waar een doorverwijzing van toepassing had kunnen zijn.

Ik zie nu meer van wat zij kunnen bieden. Ik heb daar meer informatie over en wij hadden daar toen nooit informatie over gekregen ik had daar geen zicht op.

Het heeft ook met bekendheid te maken? Bereikbaarheid is wellicht minder het probleem dan de bekendheid?

Ja, ik denk dat in heel Beweging 3.0, omdat het zo'n grote organisatie is, je weet soms helemaal niet wat er gedaan wordt in de organisatie. Ik weet niet hoe je dat beter krijgt. Maar er moet meer reclame over gemaakt worden, denk ik.

Wij zijn benieuwd naar wat helpend zou kunnen zijn hierin.

Misschien zou MW in ons teamoverleg een keer wat kunnen vertellen over wat zij doen. Een halfuurtje bijvoorbeeld. Stadsring 51 heeft dat ook weleens gedaan en TB. Dat zijn prettige dingen.

Heeft dat dan ook als gevolg dat het meer in het systeem van medewerkers zit?

Zeker in het begin.

Maar hoe houd je dat dan vast? Morgen is er een voorlichting, maar je hebt misschien pas over een halfjaar een cliënt waarbij een doorverwijzing van toepassing kan zijn.

Het is heel belangrijk om dit soort dingen terug te koppelen naar je collega's. Er zijn dan altijd wel collega's die je adviseren om MW te benaderen. Wij zijn er als ZS tot 2012 dus tot die tijd kunnen wij aangeven dat MW benaderd kan worden. Dat is nu ook onze rol. Maar na 2012 weet je niet hoe dat gaat lopen.

Hoe borg je dat?

Ik vind dat bij alles heel moeilijk. Je kunt niet zeggen om het halfjaar komt er een presentatie van MW want er zijn meerdere instanties die wat willen komen vertellen. En hoe houd je dan de informatie bij de medewerkers vast? Dat ligt denk ik ook aan de persoon zelf. Aan de TZ-medewerkers die werken in de wijk.

Vind jij dat bij hun taak horen? En is dat helder voor medewerkers dat dit bij hun taak hoort?

Ja, ik vind dat het bij hun taak hoort. Ik weet niet of het helder is. Ik vind dat normaal. Er is pas een presentatie geweest over EVM-schap (eerst verantwoordelijke medewerker) en over wat daar allemaal bij komt kijken en dat heeft hun ogen ook open gedaan. En ik vind het eigenlijk raar dat mensen dat niet weten. Dat is ook een verantwoordelijkheidsgevoel dat je hebt. De ene medewerker die bij iemand over de vloer komt pakt aan en de andere schrijft het in de map en laat het over aan de volgende die komt. Dat gaat toch over een verantwoordelijkheidsgevoel dat je hebt. Als jij niet weet wat je met iets moet doen, dan moet je dat gaan overleggen. Of je vraag meenemen naar kantoor of overleggen met de EVM. Zodat die actie kan ondernemen. Daar moet meer gebruik van gemaakt worden. Als je EVM een week vakantie heeft, dan wordt van je verwacht dat je zelf actie onderneemt. Je laat niet een cliënt een week met een probleem zitten.

En dat besef?

Dat zit er bij de één wel en bij de ander niet. Het maakt niet uit wat voor niveau iemand heeft. Dat zit waarschijnlijk een beetje in de persoon. Je kunt daar natuurlijk wel wat aan doen. Maar je merkt hier dat het borgen, bij de een vanwege het verantwoordelijkheidsgevoel, er meer is. Dat je in een bepaalde situatie bedenkt wat je ermee zou kunnen doen en dan voor jezelf nagaat wat is er ook al weer allemaal, wat is er in de sociale kaart en dan 'O ja, een halfjaar geleden hebben we MW gehad, waar ging dat ook alweer over'. Dan kun je dat eventueel nog met je collega's overleggen of die situatie mogelijk iets voor maatschappelijk werk zou kunnen zijn. Ik zeg dat misschien zo heel makkelijk, maar ik vind dat het bij je verantwoordelijkheid hoort.

Jij zegt, niveau maakt niet uit. Daar wordt verschillend over gedacht. Kun jij iets zeggen over hoe jij dat ziet?

Ik vind dat je niet hetzelfde kunt verwachten van een verzorgende als van een verpleegkundige. Maar dat betekent niet dat je altijd kunt zeggen dat een verzorgende nooit verwijst. Er zijn ook verpleegkundigen die dat niet doen en andersom. De ene verzorgende zal bijvoorbeeld wel een goed intakegesprek en de planning kunnen doen en een andere niet. Maar dat zelfde geldt ook weer voor een verpleegkundige. Zeker de wat oudere verpleegkundigen zijn heel goed in het signaleren, maar weer minder goed in het computergebeuren en daar kan een verzorgende weer beter in zijn. Je kunt daarom niet zeggen dat een verzorgende iets niet kan.

Is dat een kant die je op zou moeten volgens jou, meer gebruik maken van de competenties van mensen op verschillende gebieden?

Dat zou op zich wel goed kunnen zijn, maar dat is ook lastig. Ik denk dat je over het algemeen wel een onderscheid moet maken in wat de verzorgenden en wat de verpleegkundigen doen, maar dat die grens soms ook wat meer weggelaten kan worden.

In de enquête gaf je aan dat je hebt doorverwezen naar TB en WS. Niet naar MW en GVo. Is daar een reden voor?

GVo zit helemaal niet in mijn systeem. We hebben wel een scholing gehad over valpreventie en depressie, maar van de cursussen en dergelijke ben ik misschien nog te weinig op de hoogte. In de training is wel het signaleren aan de orde geweest.

Hoe zit het met cliënten die elders psychosociale hulp ontvangen?

Dit gaat om cliënten die bijvoorbeeld al hulp krijgen van Symfora. Die ontvangendaar begeleiding.

Je geeft verder aan dat privacy-overwegingen een factor zijn in de doorverwijzing.

Dit vond ik onlogische vragen. Privacy speelt bijvoorbeeld wel een rol, maar je kunt een vraag ook anoniem stellen, maar ik probeer altijd de cliënt erbij te betrekken. Het is juist voor ons als ZS juist makkelijker, wanneer we informatie krijgen, om ergens binnen te komen, dan voor MW. De vaardigheden om door te verwijzen heb ik wel, het is meer dat het soms nog niet helemaal in je systeem zit.

Wij zijn op zoek naar wat is helpend, waar wordt het makkelijker van om te verwijzen. Je noemde al de 'open deur', wat zou nog meer helpen?

Ik zou graag ook meer samenwerking zien in netwerken en overlegvormen. Er is een buurt netwerk in Liendert/Rustenburg, ik weet even niet of daar MW bij zit, maar dat zou ook een stap zijn, daar kom je elkaar dan ook tegen. Je komt elkaar hier nu alleen tijdens de lunch tegen en dat ik niet het moment om dingen te bespreken. Ik denk, en dat geldt voor heel veel dingen binnen Beweging 3.0, dat er meer reclame voor gemaakt zou moeten worden.

Is het een PR-kwestie?

Ja, en dan gaat het niet om het ophangen van folder hier, maar ook dat mensen meer op de hoogte zijn van wat er speelt binnen de organisatie. Wat wordt er allemaal gedaan. Ik vind dat dit er nu te weinig is. Zo weet bijvoorbeeld ook niet iedereen dat er ZS zijn en ik vind dat iedereen bij Beweging 3.0 dat zou moeten weten. We zitten maar in drie wijken, maar het is iets waar Beweging 3.0 subsidie voor krijgt en wat in de toekomst verandering zou kunnen brengen.

En op de vraag hoe je het beter in het systeem krijgt, het moet denk ik ook een wisselwerking zijn. Ik weet niet hoe MW over de samenwerking met ons denkt. Ik denk dat het voor MW nog lastiger is: wij hebben maar een paar personen die we aan hoeven te spreken en zij hebben een heel team en wie spreek je dan aan.

MW zou bijvoorbeeld via de arrangeurs, die de planning doen, contact kunnen leggen. Maar we hebben ook een bereikbaarheidsnummer wat gebeld kan worden.

De arrangeurs zijn overdag bereikbaar via het bereikbaarheidsnummer en dat moet eigenlijk bij MW ook bekend zijn.

Een aantal teams, waaronder het Bergteam hebben een kaartje met een foto van het team en daarop het bereikbaarheidsnummer. Voor de andere team wordt daar nog over nagedacht. Dat zou bijvoorbeeld al heel fijn zijn. Er wordt door de afdeling communicatie ook gedacht aan een 'doorverwijsknop' via de website.

Jij noemt een foto: is het van belang dat er 'gezichten' bij horen?

Dat is best een lastige, omdat teams nogal eens veranderen. Een foto van het gebouw zou dan een alternatief kunnen zijn.

In de subsidie-aanvraag aan ZonMw staat ook dat er protocollen moeten komen voor doorverwijzing. Kun je daar iets over zeggen?

Die protocollen hebben wij niet. We hebben wel de screeningslijsten. We hebben een screeningslijst die op vier domeinen is gespecialiseerd. Het gaat om een zeer uitgebreide lijst. Deze loop je langs en wat van toepassing is vul je in. Maar niet alle vragen komen altijd aan de orde. In de lijst komen bijvoorbeeld schulden etc. ook voor en daar zoek ik dan de actie bij.

Naar de mogelijkheid van protocollen moeten we nog eens kijken. Of er echt een protocol voor moeten komen is de vraag, maar het is zeker goed om inzichtelijk te hebben hoe de samenwerking is, van beide kanten en hoe we naar elkaar verwijzen.

Tijd is een belangrijke factor. We hebben als ZS zowel tijd om te signaleren als tijd om uit te zoeken wat passend zou kunnen zijn in een bepaalde situatie en tijd voor overleg hierover en dat heb je tijdens het werken in de wijk niet.

Maar is het dan niet teveel gevraagd om te zeggen dat hoort bij je taak?

Belangrijk is dat mensen er in ieder geval van weten, zodat het niet helemaal uitgezocht hoeft te worden. Het moet voor mensen makkelijker gemaakt worden. Daarom denk ik dat een presentatie heel goed zou zijn. En ik vind dat het bij je takenpakket hoort, maar hoe je dat zo kunt invoegen en afbakenen dat het ook kan is een tweede. Daar zijn ze hier ook mee bezig. Hoe kun je meer van je EVM-taken gebruikmaken. Want daar wordt niet altijd tijd voor genomen. Maar ook dat is weer per persoon verschillend. De een zegt het is tijd ik ga nu naar huis en de ander zegt ik zorg in ieder geval dat het goed wordt overgedragen. Ook dat is een punt: je hoeft niet alles zelf te doen. Je kunt ook in de map de vraag zetten, wil je morgen MW bellen. Punt 1 is dan de stap al gezet dat MW gebeld wordt en iemand kan dat dan naast zijn zorg doen. Dan is het niet zo dat alleen de problemen gemeld staan en dat iemand anders dan zelf moet gaan uitzoeken wat er moet gebeuren. Hiermee kun je het heel concreet en makkelijker maken voor je collega's. Deze taken horen echt bij het EVM-schap. Dat zou teruggebracht moeten worden in de wijk.

In de subsidie-aanvraag van ZonMw staat verder dat er structureel casusoverleg met samenwerkingspartners (voor multi-probleemproblematiek) ontwikkeld en geïmplementeerd wordt. Hierin lijkt de mogelijkheid aanwezig voor de verbinding met MZD?

Dat is een lastige. Het is mooi opgeschreven zo, maar huisartsen willen al niet zo'n standaardoverleg, dus dat is alleen telefonisch mogelijk en er zijn al best wel veel overlegmogelijkheden. Wij zijn hierin bijvoorbeeld voor deze wijk zoekende. We denken aan samenwerking met het AV-team. Van de gemeente uit zijn er ook netwerken en daar moet je dan ook bij aansluiten, maar in deze wijk is er niet echt een (buurt)netwerk, het zou mooi zijn als dat opgezet zou worden.

Hoe zou de verbinding er ideaal uitzien?

De sociale kaart moet inzichtelijk worden. Dat is heel lastig want die verandert heel snel. Misschien zou je voor de meest voorkomende problemen een klein lijstje met nummers die je het meest nodig hebt en die heb je in je agenda. Namen heb je dan niet nodig. Bijvoorbeeld van maatschappelijk werk heb je geen naam nodig. Als je het algemene nummer hebt, word je wel doorverwezen naar het MW in die wijk. Dat is het goede van de bereikbaarheid van het MW.

Wat maakt nou dat je TB weet te vinden. Je noemde al dat de problematiek helder is en hun aanbod helder is, maar hoe zit het met die route daar naartoe? Er is een indicatie voor nodig.

Het is daardoor wel weer minder makkelijk dan bij MW. Het hangt er wel vanaf welke formulieren nodig zijn. Je hebt een indicatie die je via het CIZ moet aanvragen een waarbij je een formuliertje kunt invullen. Dat ene formulier is makkelijk, maar we hadden pas iemand waarvoor het hele B-formulier moest worden ingevuld. Dat was een crime. Het waren wel 15 pagina's., je hebt het er wel voor over. In deze situatie was duidelijk dat deze cliënt begeleiding nodig had, we kwamen er zelf niet uit, dus het is gewoon nodig.

Een aandachtspunt voor TB is dat zij aangeven 'wij doen het allemaal', maar soms moet je lang wachten voordat je al iets hoort. De ene keer is de bereikbaarheid beter dan de andere keer. Je krijgt niet altijd iedereen te pakken. De bereikbaarheid is bij MW beter, maar we maken meer gebruik van TB. Waarschijnlijk omdat die aan huis komen en een beter aanbod hebben voor onze problemen. Dat is soms tegenstrijdig omdat zij wel altijd aangeven maak gebruik van ons, wij doen dat wel even, maar dat is niet altijd even makkelijk.

Hartelijk dank voor je bijdrage aan dit onderzoek!

Hoe lang werk je bij Beweging 3.0?

Ik werk tussen de vijf en de tien jaar bij Beweging 3.0.

Hoe en wat weet je van het onderzoek?

Wat bij de enquête stond geschreven. Een eerder berichtje is me ontgaan denk ik. Afgelopen dinsdag heb ik het in de nieuwsbrief gelezen.

Wat zie je van MW/TB?

Ik zie ze nooit. Ik weet niet eens wie het is hier in de straat. Ik weet wat het MW zo'n beetje doet vanuit privé-situaties in mijn eigen omgeving, maar niet als collega's. Wat is een thuisbegeleider?

Wanneer heb je te maken met MW/TB?

Als ik bij een cliënt ben waar het MW ingeroepen is. Maar ik denk dat veel collega's ook iets hebben van: wat moeten we er mee?

Het voordeel van het MW is dat je er gelijk terecht kunt. Bij het Riagg kom je vaak op een wachtlijst.

Wat vind je belangrijk voor de cliënt in dat opzicht?

Ik vind het belangrijk voor cliënten dat MW snel ingeschakeld zou kunnen worden. Wij kunnen het signaleren maar weten niet altijd of het iets is voor het MW.

Het is belangrijk dat wij dat wel weten, zodat we het cliënten kunnen aanreiken.

In geval van gespecialiseerde verpleegkundigen voor stomazorg of dementie is het anders, die schakelen wij in omdat daar gewoon iemand anders voor is, dat kunnen we legitimeren. Bij dit psychosociale stuk is het toch iets van de cliënt zelf om te beslissen. Soms willen ze dat niet. Wij hebben hun privacy dan te respecteren.

Er was hier een CVA verpleegkundige, die is wegbezuinigd, dat is jammer. Die begeleidde mensen ook, na een CVA is het vaak ook moeilijk in wisselwerking met de partner. Ook bij parkinson valt het vaak niet mee voor de familie. Ik kom ook in situaties waar nauwelijks mantelzorg is, waar een te klein sociaal netwerk is. Ik wist niet dat het maatschappelijk werk daar ook hulp bij bood.

Hoe signaleer je? Hoe bepaal je of je wel of niet doorverwijst? Wat houdt je eventueel tegen/stimuleert je om door te verwijzen. Naar wie verwijst je door? Wat heb je nodig in dit opzicht? Wat niet?

Je moet behoorlijk deskundig zijn op psychosociale problematiek wil je kunnen bepalen of je wel of niet doorverwijst. Wij hebben daar als we wat langer in het vak zitten natuurlijk wel een bepaalde antenne voor, maar ik weet niet altijd of het iets is voor het AMW. Het zou fijn zijn in zo'n situatie te kunnen vragen aan de MW'er wat die ervan denkt.

Nu doe ik het meestal via de huisarts. Die geeft dan ook iets rustgevends of antidepressiva en dat vind ik goed.

Hoe zie je het als psychosociale vragen naar jou toekomen vanuit de cliënt? Wat/wie ben jij dan voor de cliënt?

Wij zijn voor de cliënten een vertrouwde persoon. Soms komen we er zeven dagen per week soms wel twee keer op een dag. Je bouwt een soort intimiteit op. Ze vertellen je soms alles als je er bezig bent.

Ik heb het meegemaakt dat een partner van een cliënt met parkinson het zo moeilijk had met de situatie dat hij mij achterna kwam. Hij zou wel uren nog willen praten over de situatie.

Ook was er een jongen die financiële problemen had en die suïcidaal was. Hij was gevallen daarom kreeg hij van ons wondverzorging. Als ik hem aanraadde om hulp te zoeken dan zie hij: ik wil er met jou over praten.

Welke factoren zijn van belang wb de verbinding? (+borging)

Dat we elkaar kennen is belangrijk.

Verder hebben we het wel heel druk hoor. Ik werk officieel 20 uur per week en ik maak gemiddeld per week 10 overuren. De planners zijn er uit gegaan en nu zijn wij arrangeurs. Vroeger had je de soko's, dat waren cliëntbegeleiders. Ik heb ongeveer 10 cliënten en dan bespreek ik iedere maand met de verzorgenden de cliënten door. Daar heb ik dus ook verantwoordelijkheid over. Ik snap niet dat ze niet meer met VIG'ers werken hoor, want die mogen officieel hetzelfde werk doen als wij. Ze kunnen het werk net zo goed. Dat er meer verpleegkundigen in dienst komen heeft volgens mij te maken met dat je als arrangeur in een hogere schaal komt. Daardoor is het voor verpleegkundigen nog wel aantrekkelijk om in de thuiszorg te werken. Er zijn veel onvoorziene werkzaamheden die maken dat je dagen langer worden.

Hoe kan MW het aanbod onder de aandacht brengen bij TZ?

Dat zij op een teamvergadering komen vertellen wie ze zijn en wat ze doen, zodat we ook kunnen kennismaken. Dat we ze kunnen consulteren als we in bepaalde situaties niet weten wat te doen en dat zij mee doen in multidisciplinair overleg.

Op welke manier zou TZ en MZD met elkaar in contact kunnen zijn en blijven?

Het zou goed zijn als MZD- medewerker hier af en toe langs komen net als de Dementie-D verpleegkundige. Die zegt: ik ben er dan en dan. Laat maar weten over welke cliënten je iets wilt vragen of waar we het over moeten hebben.

Heb je zicht op het netwerk/omgeving van cliënten die thuiszorg ontvangen?

Ja. Soms is dat heel klein. Een cliënt met kanker heeft amper mantelzorg. Er is één iemand waar zij een haat-liefde verhouding mee heeft. Ik probeer dan Ravelijn in te zetten, maar ze hebben ook al zoveel afspraken als ze regelmatig naar het UMC moeten.

Heb je zicht op/samenwerking met andere zorg/hulpverleners rondom de cliënt?

Ja, meestal wel. We overleggen vaak met huisartsen.

Hoe ziet de verbinding er ideaal uit?

Dat we ze kennen dus. Dat we weten wat we met MZD kunnen. Het is ons werk niet zo om met problematiek bezig te zijn. Het zou goed zijn als zij zich wat meer profileren en we wat meer met elkaar kunnen afstemmen.

Kun je een succesvol of minder succesvol praktijkvoorbeeld noemen betreffende signalering en doorverwijzing? Hoe verliep dit traject? In welke volgorde had je met wie contact?

We hadden een cliënt met parkinson waarvan de partner er niet goed mee om wist te gaan. Die raakte aan de drank en was regelmatig aangeschoten, bijvoorbeeld als verzorgenden er s'avonds langs moesten. Toen hebben wij de ouderen zorg van het AMW ingeschakeld en deze hebben maliebaan ingeschakeld.

Wij kunnen slecht VIG'ers en Verzorgenden C bereiken, weet jij hoe dat komt?

Zij zijn heel druk. Ze zijn er alleen op de drukste tijden in de ochtend, van 7.00uur tot 11.00 uur, daarna gaan ze naar huis. Regelmatig komen ze s'avonds dan weer werken. Ik denk dat zij het allemaal wel best vinden.

Er is soms ook meer dan genoeg en er hangt zoveel op het prikbord. Het is allemaal administratie hè, daar is niet zoveel tijd voor. Ik ben als arrangeur wel op kantoor, maar verzorgenden werken vooral bij de cliënten, want dat wordt betaald

Dankjewel dat je hebt willen meewerken aan dit onderzoek!

Hoelang werk je bij Beweging 3.0?

Ik ben hier langer dan 25 jaar in dienst en heb ook in de Thuiszorg gewerkt. In TZ en MW is het altijd reuring. Niet zozeer door de organisatie, ook door de maatschappelijke ontwikkelingen. Vroeger bijvoorbeeld had de wijkverpleging al een heel aparte functie in de wijk. De regie met betrekking tot uitvoering van zorg lag bij de wijkverpleegkundige. Die had daarin een eigen functie. Datzelfde gold voor het maatschappelijk werk. Er was veel meer overleg over cliënten. Ontschotting en samenwerking liep veel 'gesmeerder'. Nu kom je met hulpverleners en ketenpartners in aanraking. Cliënten en gezinnen waren toen ook anders. Lieten zich meer sturen.

Hoe kijk je aan tegen het onderzoek?

Ik heb hier al heel vaak over gedacht. De thuiszorg kruist nu ons pad doordat we in een gezamenlijk pand werken. Maar het is niet meer dan dat.

Hoe komt dat?

Dat heeft te maken met verpleging en verzorging vinden dat zij een heel eigen taak hebben en MW vindt dat ook. Van oudsher vindt TZ dat zij 'het mooie werk' doen en ze willen dat ook wel houden. En dat ik is wat ik doe. Het zorgen, het praten. En ik denk dat het komt omdat zij niet weten wat ik doe. Het klantencontact is in TZ door alle ontwikkelingen op een heel laag pitje komen te staan. Met het project Zichtbare Schakel wordt weer gezocht naar 'terug'. Dit is erg moeilijk.

Daarnaast wordt de functie van het gebouw anders beleefd en bekeken. Voor MW is het de plek waar cliënten worden ontvangen. Voor TZ is het een gebouw van waaruit zij werken. Zij gaan naar de cliënten toe. Dit verschil in visie bemoeilijkt de communicatie. Het gaat al beter en er lijkt toenadering, maar het ligt zo ver uit elkaar. Je kunt je voorstellen dat op de weg om naar elkaar toe te lopen voor overleg, hobbels liggen. En die ontloop je.

Welke belemmeringen zie jij voor samenwerken?

Naast genoemde praktische zaken ook inhoudelijke dingen. Ik heb er minder goede ervaringen opgedaan met cliëntzaken.

Bijvoorbeeld een cliënt, met thuiszorg vanuit een andere organisatie van buiten Amersfoort (en dat liep niet goed), met een hulpvraag. Mijn collega is op huisbezoek geweest voor een intake. Als die beter op de hoogte was geweest van TZ, had die ook meteen naar TZ van Beweging 3.0 kunnen verwijzen. Cliënt had aanvullende zorg nodig. Ik heb dit doorgegeven aan TZ en gevraagd of zij er iets mee konden. Ze hebben dat snel opgepakt. De afronding van mijn begeleiding is toen niet goed verlopen. Het gaat er niet om wie iets doet, het gaat erom dat het gebeurt. Ik heb verzuimd dit op een later tijdstip met hen te bespreken. Verschil in vaardigheden van TZ en MW.

Een andere cliënt kwam via TZ bij MW. Bepaalde geïndiceerde zorg werd niet gegeven. Ik was toen een tijdje afwezig en er is door de huisarts Grijs Genoegen ingezet. Daarna hoorde ik dat er een overleg zou komen bij ons in het gebouw. En ineens was het voorbij. En ik was er niet bij. Daar heb hen op aangesproken en er zijn excuses gemaakt. Maar het bevordert de samenwerking niet.

Dus er moet een fatsoenlijk protocol komen over hoe je moet samenwerken. Iedere organisatie denkt tegenwoordig dat het allemaal vanzelf ontstaat. Maar er moeten voorwaarden geschapen worden waarin mensen weten welke weg je moet bewandelen.

Hoe moet dat protocol eruit zien wat jou betreft?

We moeten inzicht hebben in elkaars werk. Wanneer denk je aan 'iets' wat wij ook bieden. Mijn collega's zijn ook niet zo geïnteresseerd in ouderen. Wat moet je nou met ouderen? Het is een specifieke doelgroep. Daar wordt erg naar gekeken met jonge ogen.

De aard van ouder worden is eenzaamheid. Ouderen vinden dat best redelijk normaal. Ouder worden betekent dat je mensen verliest en ook de zin en het vermogen om nieuwe contacten aan te gaan. Je keert meer naar binnen. Wij, de wereld, ziet dat als een probleem en dat kan het ook zijn, maar ik vraag me vraag me af of dat juist gezien en getoetst wordt. Het is belangrijk eerst in beeld te brengen waar het schort en dan kijken naar waar verbindingen gelegd kunnen worden.

Passen de hulpvragen uit TZ bij het aanbod van MW?

We kunnen op huisbezoek gaan. Outreachen doen we ook: als iemand van TZ zou zeggen, deze cliënt heeft een ernstig probleem en ze informeren de cliënt. Of je gaat een keer samen. Dat kan.

Het eerste gesprek gaat over waar het probleem ligt, over wat er meer mogelijk is. Ik denk dat wij, ik een veel breder palet heb om de afweging te maken van wat er speelt en of er een aanbod voor is of dat we er een aanbod voor moeten creëren.

Ik heb veel met ouderen gecommuniceerd: die vaste thuiszorg is heel belangrijk voor hen. Ze krijgen veel verschillende mensen over de vloer. Voor hen is het belangrijk dat er stabiele hulpverlening is. Vaste mensen, bekende gezichten.

Ik zit in Overleg: 55+, sociaal isolement. Een initiatief om problemen op te sporen. We kijken hoe dat opgelost kan worden en hoe we daar maatschappelijk gezien op moeten inspelen. En hoe wij daar als organisatie instrumenten op kunnen ontwikkelen. Dat is op dit moment heel actueel. In dat overleg kwam iemand van het Cliëntenservicebureau voorlichting geven. Die hoor ik vertellen dat er bij hen, want de ouderen komen bij hen aan de telefoon, veel vragen binnenkomen waar zij niets mee kunnen. Waarom komt dat dan niet bij maatschappelijk werk?

Waar blijven die problemen waar TZ medewerkers tegen aan lopen nu?

Collega's spreken er met elkaar over en dan blijft het liggen. Het wordt 'gewoon'. Tot het heel ernstig wordt en zij er zelf last van krijgen. Zij zijn er niet op ingesteld zich af te vragen of het MW daarvoor ingeschakeld kan worden. Echt niet.

De enigen van wie bij ons vragen binnenkomen zijn de gespecialiseerde verpleegkundigen. Van hen kreeg ik bijvoorbeeld een COPD-client aangemeld met een verlieservaring. Maar pas als zij er in vast lopen. Zij houden het heel graag bij zich. Want dat bevestigt hun werksoort.

Niemand zoekt naar verbindingen. Pas op het moment dat gemerkt wordt dat de cliënt nog wat kan gebruiken en zij buiten beeld komen, om financiële redenen, dan komt het bij ons.

Hoe zou dat anders kunnen?

Er zijn heel veel eilandjes in deze organisatie die geen bruggen hebben. MZD wordt gezien als een kruispunt voor de WMO voor alle andere onderdelen. We zijn eigenlijk allemaal een beetje bij elkaar gegoooid. Nu zijn ze echt pas sinds kort aan het kijken hoe die verbinding wordt gelegd. Nou je begrijpt, iedereen zit te springen. Hoe verander je nou zo'n (fusie)geschiedenis? Daar moet heel veel inspanning voor geleverd worden. Het gaat niet zomaar. Daar moet je echt heel veel op in gaan zetten.

Wij werken veel met thuisbegeleiding. Dit ligt heel dicht bij MZD. MZD en TB zijn steeds meer twee handen op een buik geworden. Dat is een natuurlijke verbinding. Zij zullen ook meer wijkgericht gaan werken.

TB had de brug kunnen zijn, maar dat is niet zo. Het wordt op hele specifieke gronden ingezet. Gezinszorg bestaat niet meer. Het is gefragmenteerd. Gekeken moet worden hoe wij hulp geven aan wie en de verbinding is. Dat moet geïnventariseerd worden. Welke cliënten komen voor koppeling in aanmerking. Wij hebben ook nog intramurale zorg. Dat zou ook gekoppeld moeten worden. Maar dat valt buiten dit onderzoeksproject.

Wat weerhoudt je ervan om cliënten door te verwijzen?

Ik zal niet snel meer de verbinding zoeken. Ik regel het zelf wel. Ik vind professionaliteit belangrijk en dat mis ik soms. Ik ben er niet bij, maar ik heb vragen over de kwaliteit van sommige medewerkers. Een cliënt komt bij mijn binnen en ik voel me er verantwoordelijk voor. Als ik alles heb geregeld ga ik wel aan cliënt vragen of ze een huisbezoek van ZS op prijs stelt. Dat doe ik wel.

Hoe weten TZ medewerkers jou te vinden met hun vragen?

Dat doen ze niet. Ik heb hen een aantal keren benaderd, maar andersom gebeurt dat niet. Bij mijn collega's, die niet in één gebouw zitten met TZ, komen helemaal geen vragen binnen. Ik kan met mijn achtergrond nog bedenken om zelf wel te verwijzen naar TZ.

In het 55+ overleg kom je medewerkers TZ tegen, hoe is de samenwerking daarin?

Zij zitten 'daar' en ik zit 'hier'. Het zijn mensen uit mijn 'wijk', maar ook van andere organisatie zoals Buurtzorg. Er is geen contact. Beweging 3.0 begin maar met bruggen slaan.

Hoe ziet die brug eruit?

Vanuit de organisatie moet er actief iets gebeuren met informatie met betrekking tot elkaars werkveld. Je zou elkaar kunnen informeren, voorlichting kunnen geven, maar ook dat is het eerste stukje. Ik denk een actieve training in mensen laten nadenken over wat is MW en wat zouden zij kunnen doen. Wat doe jij en wat doe ik en wat kom je bij je cliënt tegen. Leg eens een cliënt voor. Van beide kanten naar de casus kijken. Op een actieve manier. Ik merk ook in contact met een ander onderdeel van Beweging 3.0 dat we nog steeds meer over elkaars werk moeten weten. Wat doet de ander wel en niet. Waar liggen de grenzen.

Er moet steeds actief een interactie zijn voor het denken over meer werksoorten binnen de organisatie en wat zij voor jouw cliënt kunnen betekenen. Zodat op het moment dat ik denk dat mijn cliënt bijvoorbeeld voordeel kan hebben van een huisbezoek van ZS, dan schakel ik ze in. Het gaat dan niet om ZS, maar om mijn cliënt. Maar ik moet er wel het voordeel van zien.

Het is belangrijk dat in een vaste structuur in te bouwen. Hoe kun je het borgen. Als er bijvoorbeeld in een cliëntsituatie eenzaamheid wordtesignaleerd. Wordt eresignaleerd, zijn daar de vaardigheden voor. En naar wie ga je dan toe?

TZ heeft cliëntoverleggen, waar cliënten waar meer mee aan de hand is, worden besproken. Licht daar een taak/mogelijkheid voor MW?

Dat zou kunnen, dat er iemand bij is van ons. Misschien is dat wel de beste optie. Omdat als je geen zicht hebt op het grote terrein van het aanbod van MW, dan kun je ook niet bedenken wat ze voor je kunnen doen. Een experiment, pilot daarop zou aardig zijn om het te toetsen. Het moet dan van bovenaf opgelegd worden. Je moet als manager het nut uitleggen en horen wat mensen ervan vinden.

(Hoe) staat de cliënt centraal?

Ik denk het niet. In TZ beleving wel. Signaleren staat misschien te weinig in de picture. Het cliëntencontact wordt niet alleen door geld bepaald. Ook door het beschikbare aantal medewerkers voor een route. Er is een bandbreedte in de indicaties. Dat is zoeken naar een balans.

Dit bedrijf moet eens tot rust komen. Niet afstoten, niet fuseren, niet reorganiseren. Er ontstaat bij medewerkers een houding van 'het zal wel, het zal mijn tijd wel duren'. Mensen hebben al heel wat voor de kiezen gehad. Er kunnen bruggen geslagen worden, maar er moet eerst rust in de organisatie komen, dat is de basis.

Hoe lang werk je bij Beweging 3.0?

Langer dan 10 jaar.

Wat zie jij van de (medewerkers)Thuiszorg?

Weinig. Een enkele keer kom ik een medewerker tegen bij een cliënt. Verder horen we daar niets van.

Heb je weleens verwijzingen gehad vanuit de Thuiszorg?

Dat is in al die jaren maar één of twee keer geweest. Er is weleens een TZ-medewerker die belt. Ze bellen dan als ze bij een cliënt zijn. Maar dat komt sporadisch voor. Ook van mijn collega's hoor ik daar niet meer over.

Waar bellen zij dan naartoe?

Dat is dan als ik bereikbaarheidsdienst heb. Er wordt dan naar het algemene nummer gebeld.

Zijn de vragen waarmee wordt gebeld dan passend bij het aanbod van MW?

Ja, al is het alleen maar dat zij een consult willen hebben over 'dit zie ik en hoe ga ik dat oppakken'. Die keren dat ik dat heb meegemaakt, belde de medewerker bij de cliënt vandaan. Die was dus op de hoogte. Maar ik denk dat er veel situaties zijn waarbij ze dat niet aandurven of niet weten hoe dat op te pakken. Dus wel van alles zien, maar niet weten waar ze ermee terecht kunnen.

Als onderzoekers vragen wij ons af of het 'm zit in vaardigheden 'zie je het' of in route 'weet je waar je ermee naartoe kunt'?

Dat weet ik dus niet, omdat we geen contact hebben. Ik heb het vermoeden dat zij wel signaleren en wel dingen zien, maar dat ze niet weten wat ze ermee moeten en het dan laten zoals het is. Ik heb ook niet het idee dat ze ermee naar hun leidinggevendenden gaan, want dan zouden we het van hen wel horen. Ik heb het vermoeden dat ze er eigenlijk te weinig mee doen.

We zoeken naar de beweging van twee kanten. We kijken ook naar de Thuisbegeleiding.

TB komt bij de mensen thuis en als er al TZ is, dan komen ze elkaar daar tegen en weten van elkaar. Wij als MW komen niet bij de mensen thuis. In principe. Hoewel dat per werker verschillend is. Als er een aanleiding voor is, ga ik zelf wel op huisbezoek. De meeste van mijn cliënten zie ik wel een keer thuis.

Is deze, niet ambulante, werkwijze een drempel voor (oudere) mensen die thuiszorg krijgen?

Dat mensen TZ krijgen, wil nog niet zeggen dat zij aan huis gebonden zijn. Het kan zeker voor ouderen een hele stap zijn om ergens naartoe te gaan. Daarom denk ik dat TZ, die daar één of twee keer per week zijn, de mensen naar hulpverlening toe zouden kunnen begeleiden. Bij TZ zou dat een training kunnen zijn, wanneer je iets signaleert hoe dat dan op te pakken. Doe je dat anoniem, of doe je dat in overleg met de cliënt.

Hoe zie jij dat privacy-aspect?

Mijn idee daarover is dat het lastig is. Ze moeten niet in de problemen komen doordat ze een melding doen. En als ze dat doen, dan is het aan ons hoe daar mee om te gaan. Ga je dat dan outreachend oppakken, zonder dat cliënten weten dat het bij de TZ medewerker vandaan komt.

Bij wijkgericht werken is outreachen een onderdeel van het werk. Hoe is dat nu bij het MW?

We doen het wel, maar het is niet een belangrijk onderdeel van ons werk. Het is per team verschillend. In team Noord bijvoorbeeld zit het MW op meerdere locaties en hebben de maatschappelijk werkers een 'eigen wijk'. In Zuid is dat weer heel anders. Het voordeel van bekend zijn in een wijk is dat je dan ook bekend bent bij de huisartsen.

Heb je cliënten die thuiszorg krijgen en hoe zijn die bij je terecht gekomen?

Ja, die heb ik. Dat kan via allerlei wegen zijn. Via de huisarts of op eigen initiatief.

Welke beweging kan MZD maken naar de TZ toe?

Het zou goed zijn aan de TZ-medewerkers informatie te geven over wat wij doen en wat wij kunnen. Ik denk dat dit te weinig bekend is bij TZ. De vorm zou een voorlichting kunnen zijn, maar dan ben ik bang dat je te weinig mensen bereikt. Het zou ook kunnen door een flyer bij de salarisstrook. Er zijn allerlei manieren om mensen wel te bereiken. Dat ligt zowel bij ons als bij de leidinggevers in de TZ. Die zullen er aandacht aan moeten geven en medewerkers pushen om de dingen wel te lezen.

Belangrijk is dat je mensen er op wijst. Bijvoorbeeld door het voorleggen van een casus. Dit is wat jij ziet en ik kan me voorstellen dat je het moeilijk en lastig vindt. Dat geeft je extra spanning en extra druk. Als je dan weet dat je met dat stuk ergens anders terecht kan, dan verlicht dat ook je taak. Dan ga je ook makkelijker weer naar een cliënt toe.

Er zijn best manieren om duidelijk te maken dat je sommige dingen beter kunt verwijzen.

Ik kan me voorstellen dat je als TZ medewerker wekelijks in een situatie komt waarin je ziet dat er veel dingen spelen, die niet bij jou thuishoren, maar waar je wel last van hebt.

Als we er dan op wijzen 'je kunt dat verlichten door het te bespreken en mensen eventueel te verwijzen'. Je moet medewerkers ook wijzen op hun eigen belang hierin. Het is voor de medewerkers belangrijk en het is voor de cliënten belangrijk. Voor de cliënten is het dit belangrijkste, want die zitten met de problemen.

De vervolgstap van signaleren naar 'actie' voor verwijzing lijkt lastig te zijn.

Er 'moet' een vervolgstap zijn. Het is de verantwoordelijkheid van Beweging 3.0 dat als er iets wordt gesignaleerd, dat er dan ook iets mee gedaan wordt. In het belang van de cliënt.

Is MZD voldoende bereikbaar TZ medewerkers?

Nee, dat denk ik niet. We hebben wel een centraal nummer. Maar ik denk dat die drempel hoog is. En ik vraag me soms ook af of de collega's die dienst hebben weten wat ze ermee moeten en hoe.

Het uitgangspunt van MW is dat de cliënt zichzelf moet aanmelden. Dat is al heel lastig. Als een TZ medewerker iets signaleert en dat nog nooit met de cliënt heeft besproken, maar het wel kwijt wil. Als zij dan van ons de boodschap krijgen dat de cliënt zichzelf moet aanmelden...

Het is de vraag of de TZ medewerker in staat is om de cliënt zover te krijgen dat deze zichzelf aanmeldt. Daar zou je ook naar moeten kijken. Hoe kunnen we bij de cliënt binnenkomen, wat is een ingang, zijn er andere mogelijkheden bijvoorbeeld via de huisarts. Dat is een aandachtspunt voor ons. Ben je ook bereid om te zeggen, 'ik ga daar eens naartoe en wat heb ik hen te bieden'. Daar ligt juist een rol voor MZD.

Het punt blijft altijd hoe kom je achter de voordeur en hoe kun je duidelijk maken dat je iets voor mensen kunt betekenen. Op deze manier blijft heel veel weg waardoor mensen verder in de problemen komen of zich ongelukkig voelen.

De ingang is er al omdat TZ er al zit. Het zoeken tussen TZ en MZD is, hoe kom je dan binnen, op welke manier. Daar zijn meerdere mogelijkheden voor.

Situaties waar de wijkverpleging in zit, die hebben misschien net weer meer mogelijkheden om zaken in gang te zetten.

Als TZ-medewerkers een keer een minder goede ervaring hebben, ze hebben gebeld, maar er gebeurt verder niets, dan is het de vraag of ze nog eens bellen.

Hoe zou jij die bereikbaarheid anders/beter willen zien?

Ik denk dat het makkelijk zou zijn als er binnen MZD een of twee contactpersonen zouden zijn. Een naam en een gezicht. Dat werkt denk ik het best voor de TZ medewerkers. Vaste mensen die daarvoor bereikbaar zijn. Dat maakt het makkelijker.

Als er dan iemand zit die ook bereid is outreachend aan de slag te gaan en de vaardigheid heeft om makkelijk bij mensen binnen te komen. Dat maakt de drempel lager.

Wij zoeken naar succesfactoren: wat zijn werkzame factoren in de verbinding.

Ik kom wel eens bij de cliënten thuis en daar is dan een TZ medewerker. En die zien wel wat ik doe en horen erover van cliënten. Ik denk dat dit een motivatie zou kunnen zijn om in een vergelijkbare situatie contact op te nemen. Maar dat gebeurt niet. Daarom denk ik dat een bereikbaarheid van een aantal medewerkers van MZD, die elkaar ook kunnen vervangen bij afwezigheid goed zou zijn.

Wij, MW, kan aangeven wat TB te bieden heeft, maar zij moeten daarin zelf ook een actieve houding hebben.

Hoe zie jij de vaardigheden ten aanzien van het verwijzen? Zien wat iemand meer nodig kan hebben zit verweven in het 'vak' van MW.

Dat verwijzen zit minder/niet in het vakgebied van TZ. Daarom zou het goed zijn als zij weten dat zij voor al die vragen bij MZD terecht kunnen. Ze hoeven er ook niet mee naar hun leidinggevend, want die weten het ook niet. Hier ligt een schone taak voor MZD, maar ook voor TZ om mensen te motiveren wel hulp te zoeken.

Vraag is in hoeverre TZ medewerkers zelf iets mee zouden moeten kunnen en willen met de problematiek die zij tegenkomen. Hoe kijk je daar tegenaan?

Ik kan me voorstellen dat een TZ medewerker in een situatie zit waarin zij begaan is met de cliënt en dat ze dan proberen wat dingetjes te doen, maar eigenlijk moet je dat niet doen en niet willen. Het is te belastend. Het hoort niet bij je werk, dan komt er teveel binnen. Daar zijn anderen voor en als je dan ziet dat dit werkt en dat dit helpt, dan doe je dat bij de volgende cliënt ook.

Mijn vraag komt voort uit het idee dat ouderen soms al genoeg hebben aan de medewerkers van TZ die bij hen komen. Het lijkt er soms op dat zij het liefst houden bij medewerkers TZ die al bij hen over de vloer komen.

Ik denk dat dit juist een manier is om daar binnen te komen, ga maar een keer mee. Ouderen ervaren soms de TZ medewerker als praatpaal. Als iemand waar zij hun verhaal bij kwijt kunnen, maar dat zou niet moeten. Ze zouden daarvan niet afhankelijk moeten zijn. Eenzaamheid is een groot onderdeel van de problemen bij ouderen. Gebruik die aanwezigheid van TZ medewerkers nou juist om binnen te komen en om te kijken naar het werkelijke probleem en mensen daarbij te helpen. We hoeven ze geen problemen aan te praten, maar er moet wel duidelijk zijn wat er speelt en ook duidelijk maken dat die verantwoordelijkheid niet bij de TZ medewerker ligt. Die is er niet om de eenzaamheid op te lossen.

Overigens vind ik van veel meer instanties dat er dingen worden gezien en er wordt niets mee gedaan. Er zijn zoveel werkerterreinen waar problemen van mensen gesignaleerd worden, waar niets mee gebeurt. Dat kan ook bij instanties zijn waar mensen bijvoorbeeld komen voor een uitkering, waar men dan wel door heeft dat er meer aan de hand is, maar waar niets mee gedaan wordt.

Dit speelt ook bij TZ. Die komen altijd bij mensen waar problemen zijn. Ik denk dat er veel fysieke problemen zijn waardoor hulp nodig is, maar daarachter zit ook een stuk verwerking van het verlies van dingen niet meer kunnen. Denk bijvoorbeeld aan cliënten van tussen de 50 en 60 jaar die door hartproblemen niet meer kunnen wat ze willen. Dat is moeilijk te verwerken. En daar gebeurt dan verder niets mee.

Hoe zie jij de 'wil' van de medewerkers (van twee kanten) om kansen voor samenwerking te benutten?

Dat weet ik niet. Ik vraag me soms af of men ziet wat er aan de hand is. Ben je alleen maar met eigen stuk bezig of kijk je ook naar de mensen die problemen hebben, want daar zitten we voor. We zitten hier niet voor onszelf.

Dat is mogelijk in de TZ ook zo: heel erg bezig zijn met je eigen stuk en niet verder kijken. Maar nogmaals er zijn veel mensen met problemen en daar zijn we voor en als die de weg naar ons toe niet weten te vinden of niet op die weg worden gezet, dan komen ze nooit binnen, maar de problemen blijven.

Wij verwijzen wel door naar TZ. We wijzen cliënten er op dat, en waar er TZ aangevraagd kan worden. Maar andersom zie ik dat niet gebeuren. Dat heeft ook met vaardigheden te maken die maatschappelijk werkers wel hebben. Niet denigrerend bedoeld, maar het is een ander niveau. Wanneer we over TZ medewerkers spreken hebben we het over 'allemaal'. Maatschappelijk werkers hebben allemaal een HBO opleiding, waar dit ook een onderdeel van is en dat is in de TZ niet zo.

Eigenlijk laten ze, los van het niveau, het allemaal liggen. Dat is niet omdat ze het niet willen, maar omdat ze de weg niet weten of ze weten niet hoe. Ik denk dat dit voor allemaal geldt. Het is ook afhankelijk van de contacten die je hebt. Bijvoorbeeld een Buurtnetwerk. Zelf heb ik de ervaring dat medewerkers van OuderKindZorg (nu onderdeel van GGD), mensen naar mij doorsturen. Wanneer zij iets signaleert overlegt ze met mij en stelt soms voor er samen naartoe te gaan. Dat hangt af van de relatie die je hebt. Toevallig ken ik die medewerker goed, maar andere mensen van OKZ ken ik helemaal niet.

Is een telefoonnummer genoeg of moet er ook een 'hoofd' bij?

Het moet bekend zijn. Je moet ook daadwerkelijk bereid zijn om erop af te gaan, al moet dat tien keer in de week.

Je noemt al een aantal mensen, hoe zie je dat wijkgericht?

In elke wijk is niet haalbaar. Er is niet in elke wijk een zelfde overleg waar je elkaar ontmoet. Op zich is het goed als je weet wie er in je wijk werkt, maar in dit team zou dat niet werken. Het is prima als je elkaar ontmoet, maar als je weet 'daar hoort een gezicht bij en ik weet bij wie ik me moet melden en ik weet ook dat die er wat mee doet en ik zie het resultaat'.

Hoe zie je het aanbod van MZD in hulp bij de problematiek van ouderen?

Ik verwacht dat er veel eenzaamheid speelt en ook rouwverwerking en dat hoort bij ons thuis. We hebben het nu over ouderen, maar ook het voorbeeld dat ik eerder noemde van een 50-jarige met hartproblemen, de verliesverwerking van wat niet meer kan, hoort bij ons thuis.

De eerste stap naar hulp is een hele grote en als je ze dan weer moet doorverwijzen voor bijvoorbeeld het invullen van een simpel formuliertje (bij materiële hulpverlening), dan komen ze bij die andere instantie niet terecht. Werkers gaan daar verschillend mee om. Ook daarin denk ik, 'kijk even wat is daarin handig en wat niet'. Je bent er toch en dan is het invullen van het aanvraagformulier voor bijvoorbeeld een voorziening snel gedaan.

Als blijkt dat iemand langdurige hulpverlening nodig heeft, dan moet je ze begeleiden naar die instantie toe. Het is de verantwoordelijkheid van de medewerker MW dat ze er dan ook komen. Het aanvaarden van hulp is voor mensen al een grote stap.

Ook naar de subsidieverstrekker, de gemeente, is het belangrijk te laten zien wat de behoefte is van de mensen zelf. Laat dat maar duidelijk worden. Er ligt een vraag, het gaat er niet om wat de gemeente wil of wat wij willen aanbieden. Bezuinigingen of niet, de cliënt gaat voor. Maar dan moet wel de vraag duidelijk zijn.

Hoe zou het er ideaal uitzien?

Duidelijkheid over wat we elkaar te bieden hebben en hoe kunnen we elkaar daar in helpen. Er zijn mensen die problemen hebben en nergens terecht kunnen en er zijn mensen die het signaleren en die nergens terecht kunnen en daarvoor is dit belangrijk. Ik merk dat in de netwerken waar ik zit, het goed werkt als er een vast persoon is waar je terecht kunt. Vaste mensen die elkaar weten te vinden.

Het mooiste zou zijn: een TZ medewerker die bij de cliënt vandaan belt. Dan is een drempel al weg.

Soms is het handiger er eerst naartoe te gaan en op een ander moment kun je meteen een aanmelding maken en een afspraak voor een intake of huisbezoek. Dat vraagt vaardigheden en daar moet op getraind worden. Als het moeilijk is mensen duidelijk te maken dat ze hulp nodig hebben en hen daarvoor te motiveren. Als TZ-medewerkers dat moeilijk vinden, dan kunnen ze daarvoor bij ons terecht. Of we gaan een keer mee, of we zoeken een andere ingang. Dat kan dan bijvoorbeeld ook in samenwerking met de huisarts. Als wij een signaal krijgen, dan kunnen ook wij de huisarts bellen en die vragen om naar ons door te verwijzen. Daar zijn we voor.

Er zit heel wat werk in en iedereen moet het willen. Er zijn een paar mensen nodig die dat willen doen.

Dankjewel dat je tijd wilde maken voor dit interview!

Wat zie je van de Thuiszorg?

Ik zie hun autootjes rijden

Wanneer heb je te maken met TZ?

Wij werken samen in een Hometeam. Dat is een stichting 1^e lijn samenwerking. Daar zit de verpleegkundige van de wijk in. We denken met elkaar mee over elkaars cliënten. Zo krijgt de huisarts daar bijvoorbeeld te horen cliënten het op prijs zouden stellen als de huisarts nog eens langs komt, en dat geldt ook voor mij als MW.

IN Leusden is dat weer anders. Daar zijn verschillen per huisarts. Niet iedere huisarts verwijst door naar het MW

Het verbaast mij dat signalen vanuit de TZ niet naar ons doorkomen.

Wat is de problematiek die de TZ tegen komt net doorverwijzen.

Ze hebben soms te maken met problemen die ze signaleren en waar de cliënt geen hulp voor wil. Laatst was er een thuiszorgmedewerker die een vorm van ouderen mishandeling signaleerde. De cliënt wilde niet naar het maatschappelijk werk. Ik heb toen gevraagd of zij mij wilde introduceren bij de cliënt, dat we er samen naar toe zouden gaan maar ook dat wilde de cliënt niet. Je kunt dan alleen nog aangeven waar de cliënt kan aankloppen om het moment dat het mis gaat.

Wij hebben wel thuiszorgmedewerkers ook als cliënt, maar die zijn dan bij ons binnengekomen als zij ook problemen ervaren in de privésfeer. Wanneer het alleen werkgerelateerd is, kunnen zij terecht bij een bedrijfsmaatschappelijk werker.

Ik kom wel eens op het zelfde kantoor als waar TZ zit. Ik kom daar vooral voor de post, als er een cursus is en als ik een verloskundige wil spreken over een cliënt. Ik spreek de TZ - medewerkers verder nooit.

Hoe zou het aanbod van MZD onder de aandacht gebracht moeten worden bij TZ?

De thuisbegeleiding zie ik bij bepaalde casus. Dan kan ik specifiek naar iemand vragen waar ik goed ervaringen mee heb in hun werk als thuisbegeleider.

Zichtbare Schakels, daar heb ik nog nooit van gehoord.

50% van onze cliënten komen via de huisarts binnen.

Rechtstreeks is mooi, maar als het niet anders kan is de huisarts een goed alternatief. Het is belangrijk dat iemand de zorg meedraagt met de verzorgende als er problemen zijn die buiten de expertise van TZ vallen.

Kun je een succesvol of minder succesvol praktijkvoorbeeld noemen betreffende signalering en doorverwijzing?

In de wijk met het hometeam was een vrouw waar ik kwam vanwege rouw, de man had lichamelijke klachten.

Zo kreeg ik door van de TZ dat de vrouw moeite had en dat het nodig was dat ik weer eens langs ging.

Ik werk ook als coördinator van het CJG. Daardoor krijg ik steeds meer doorverwijzingen die met jeugd te maken hebben. Het komt dus doordat ze mij kennen. Een gezicht is belangrijk voor mensen. Ik werkte elders op een gezamenlijke verdieping met andere bedrijven. In de wandelgangen maakte wij wel eens een praatje over ons werk. Van daaruit kreeg ik doorverwijzingen.

Ook weer omdat mensen een gezicht hadden gezien en van mijn verhalen over mijn werk. Dan ging het zo van "Hé jij doet maatschappelijk werk toch? Kun je iets voor die en die betekenen?"

Op welke manier zou MW en TZ met elkaar in contact kunnen zijn en blijven?

Dat we in het zelfde gebouw zitten, elkaar kennen, in teamvergadering ons aan elkaar voorstellen. Dat we groot overleg hebben over cliënten. Het zou leuk zijn als we een gezamenlijke cursus zouden doen met rollenspellen over signaleren en doorverwijzen, op basis van gelijkwaardigheid, en om er achter te komen wat we voor elkaar kunnen betekenen.

Is er verder nog iets dat je wilt zeggen over de verbinding?

Mensen moeten stoppen met geloven in de marktwerking.

Hartelijk dank voor je medewerking aan dit onderzoek!

Willen jullie iets vertellen over jullie functie in de thuiszorg?

Medewerker A: ik werk meer dan 10 jaar in de zorg.

Medewerker B: Ik werk al 40 jaar in de zorg.

A: We hebben leuk werk.

Wat maakt dat jullie werk leuk is?

A: Het contact met de mensen. Écht goed contact.

B: Wat je met je handen doet daar gaat het niet zo om, maar dat je met mensen werkt, welkom bent in hun huis, en hoort over hun levensgeschiedenis. We genieten van mensen.

Wat zie je van MW?

Niets. Van het MW van Beweging 3.0 weten wij niets. We weten ook niet hoe we ze kunnen bereiken.

Sinds kort hebben wij een lijstje met specialisaties in het kantoor hangen, voor incontinentie of wondverzorging, al merken wij wel dat je met de indicatie dan moet opletten, of dat daarbinnen past. Daar hangt niets over het MW.

Wanneer hebben jullie te maken met MW of TB?

In geen enkele situatie werken wij samen met MW van Beweging 3.0. Er zijn wel wat situaties waarin wij weten dat er psychosociale hulpverlening bij de cliënten betrokken was.

Wat ik laatst wel merkte: Wij hadden een cliënt met borderlineproblematiek. Hij was in het ziekenhuis geweest. Toen belde de MW uit het ziekenhuis ons op of hij de man naar huis kon sturen en of hij weer zorg kon ontvangen van ons. Ik hoorde toen dat hij in het ziekenhuis veel deed en ook naast zijn bed zat. Bij ons had hij dat nooit gedaan. Ik besepte dat wij door hem waren beetgenomen.

Het was prettig geweest als iemand met ons had meegedacht over deze meneer. Dat ze ons hadden uitgelegd wat de oorzaak kon zijn van zijn gedrag en tips hoe wij met hem om konden gaan.

De maatschappelijk werker uit het ziekenhuis mochten wij wel altijd bellen, maar misschien zou het goed zijn als een maatschappelijk werker van Beweging 3.0 met ons meedacht.

Vijf jaar geleden hadden wij een cliënte die moeilijkheden had met haar zoon. Het was een volwassen zoon die goed was opgeleid, maar aan lager wal was geraakt. Hij sliep op een matrasje bij zijn moeder in huis. Tegen ons deed hij altijd vriendelijk maar als wij op de gang liepen hoorden wij hem ruzie maken met zijn moeder. De moeder was dementerend. Er was ook nog wel een slimme dochter en dan houd je je als thuiszorgmedewerker toch wat afzijdig en ga je er van uit dat ze daar zelf wat aan doen. Als je dat opmaakt uit de gesprekken met zo'n dochter bijvoorbeeld, dan heb je je als thuiszorgmedewerker toch bescheiden op te stellen. Je geeft de zorg en liefde die nodig is. Op een gegeven moment had die vrouw zelfs schulden en is zij onder curatele gesteld. Dus er zal wel hulpverlening in dat gezin hebben gezeten, maar hoe en wie hebben wij niet geweten. De huisarts was er wel bij betrokken. Die heeft meer wegen en schakelt ander disciplines in.

Ik ken een cliënt waar het Riagg komt voor traumaverwerking

Wat doen jullie nu met wat jullie signaleren?

We rapporteren dat en de EVV'er is verantwoordelijk om actie te ondernemen als er problemen zijn.

We proberen het meeste bij de cliënten in hun dossier te schrijven, dat is ook de bedoeling, maar als er echt iets moet gebeuren schrijven we dat in een schriftje wat de betreffende EVV'er in zijn/haar postvak heeft liggen.

Meestal bel je als EVV'er dan samen met de cliënt, bij de cliënt de huisarts als dat ergens voor nodig is.

We signaleren ook op dementie, voor het landelijke project Dementie D..

Wat is belangrijk voor de verbinding met MZD?

Laat ze eens instappen in ons team. Laat ze een gezicht laten zien.

Een persoon is gemakkelijker om iets mee te delen.

Wat kunnen ze onze cliënten en ons bieden?

Wat ik wel zou willen is dat het MW een situatie kunnen voorleggen. Wanneer zij hun kennis aan ons overbrengen in bepaalde situaties kunnen wij er

Zelf wat mee kunnen bij de cliënt.

Is tijd dan nog een belemmerend aspect? Als je naar iemand wilt luisteren of iemand wat extra's wilt bieden dan alleen persoonlijke verzorging?

Nee, dat is geen belemmering. Wij zijn wel zo creatief dat we kijken bij welke cliënt wat extra nodig is. We gaan dan wat korter naar een volgende cliënt en een volgende keer doen we dat weer eens andersom.

Wat vindt je belangrijk voor de cliënt?

Dat een MW een bekend figuur wordt waar wij mee kunnen overleggen of aan wie we een cliënt kunnen verwijzen.

Dat duidelijk is wat zij in huis hebben zodat wij dat kunnen doorgeven aan cliënten. Ze kunnen dan zelf beslissen of ze een beroep doen op die zorg. Als ze dat willen. Eventueel in overleg met hun kinderen.

Continuïteit is heel belangrijk. Ik merk dat cliënten hechten aan een vertrouwd persoon.

Door het geven van zorg zijn wij intensief en ook intiem betrokken bij de cliënt. Je hoort ongeloofelijk veel. Doordat je de mensen goed kent heb je in 10 minuten al goed contact. Dat is ook de jeu van ons vak.

Het is maar de vraag of het zo ideaal is om mensen door te verwijzen naar een persoon die ze niet kennen. Veel cliënten zullen dat niet graag zien.

Ik vind het ook belangrijk om te respecteren dat iemand anders een stap te ver is voor sommige cliënten.

Wat rapporteren is het ook belangrijk om respect te hebben voor de cliënt.

Ik merk dat cliënten er ook niet op zitten te wachten dat wij ons teveel met hun leven bemoeien. Laatst las een cliënt van mij in haar dossier dat een medewerker had opgeschreven: "Mevrouw zat een ijsje te eten." Zij was daar nogal verbolgen over. Wat gaat iemand anders dat aan.

Dit zijn nog een paar situaties waarvan de medewerkers nu zeggen: daarbij hebben we iemand nodig van het MW:

Een vrouw, waar van de man was overleden door een ongeval. Hun dochter had een dwarslaesie en wilde euthanasie. Ook had ze nog een dochter met een hersentumor. Deze mevrouw was suïcidaal. Ze kwam bij ons in zorg nadat haar maag was leeggepompt. Dit had zij niet gewild.

We hebben wel goed contact met die vrouw. De huisarts kent deze situatie natuurlijk ook wel. Hier zou wel iets van extra begeleiding in moeten. Ik weet eigenlijk niet precies wat de huisarts daarvoor heeft geregeld.

Wij zorgen ook voor een man die wij twee keer per weken douchen. Na het overlijden van zijn vrouw had hij een nieuwe vriendin die ook is overleden.

Hij is eenzaam en drinkt dan. 's Morgens wil hij door ons gewekt worden en dan wil hij ook zijn verhaal kwijt. Zulke mensen zakken daar soms ook een beetje in door. Hij schijnt af en toe ook wel eens wat seksistisch te zijn.

Wat doen jullie in zulke situaties met wat jullie horen. Het lijkt me best heftig en als je er zelf niet echt iets mee kunt waar blijven die zorgen om je cliënten dan?

Medewerker A: Ik ben nogal een prater, dus dat scheelt. Ik kan het wel kwijt.

Er is ook wel een vertrouwenspersoon. Een bedrijfsmaatschappelijk werker hebben wij niet van gehoord.

Medewerker B: Wij zijn doe- het -zelters....

Medewerker A: Ik heb dat gevoel wel eens (als ik cliënten meemaak die bedreigd worden in hun kwaliteit van leven), en wij zeggen het ook wel eens tegen elkaar: Dit is thuiszorg hoor...

Wat bedoel je daar mee?

In een instelling of een verpleeghuis ben je toch verantwoordelijker voor het totale welbevinden van je cliënt. Dat kan niet als je thuiszorg geeft, want je ziet de cliënt alleen op het moment dat je zorg biedt. Dus dat is beperkt. Je geeft de zorg die je moet geven en daar blijft het bij.

Hebben jullie ook cliënten besprekingen?

Ja, één keer per 4 weken. Dat doen we nu kleinschalig.

Wat voor cliënten worden daar besproken?

De complexere situaties

Zou bij zulke cliënten ook een maatschappelijk werker mee moeten denken?

Nee, niet structureel, dat gaat ook weer af van de indicatie van de cliënten als zij daar bij zijn. Als we het MW kunnen consulteren is dat goed.

Is er nog iets wat jullie graag willen zeggen of belangrijk vinden voor de verbinding MZD TZ?

Het is vooral belangrijk om elkaar persoonlijk te kunnen.

Wij zijn hierdoor wel weer op scherp gezet door hier over na te denken.

Hartelijk bedankt dat jullie mee werkten aan het onderzoek!

Hoe is op de locatie waar je werkt de verbinding MZD-TZ?

We zitten in hetzelfde kantoor. We zijn verhuisd. Maar de deuren zitten dicht, we spreken elkaar nauwelijks.

Zij doen hun ding, en wij ook.

Wat zie je van TZ?

Ik zie ze sporadisch. We maken gebruik van dezelfde keuken.

Wat is jouw visie op de verbinding met TZ?

Volgens mij is het voor verzorgenden de werkdruk en de onbekendheid met MZD die maken dat ze ons niet weten te vinden.

Ze komen bij de mensen thuis dus ze moeten wel heel veel zien, het komt niet bij ons terecht.

Zijn er situaties waarin je samen werkt met Thuiszorgmedewerkers?

Vroeger werkten we samen met de Thuiszorg. Die konden wij er gemakkelijker in krijgen, Verzorging moet echt worden aangevraagd. En dan is het maar de vraag welke organisatie er bij te pas komt

Ik kom in een multiprobleem gezin waar ook thuisbegeleiding wordt gegeven. Dit ging via de huisarts wij hebben dan emailcontact.

Ik heb wel eens een Cizindicatie aangevraagd voor thuisbegeleiding

Wij hebben weinig oudere klanten.

Het zou goed zijn om op een teamoverleg een praatje te houden over wie wij zijn.

Het bedrijfsmaatschappelijke werk, is dat ook van Beweging 3.0?

Kunnen thuiszorgmedewerkers daar terecht als ze problemen ervaren in hun werk?

Ja, in principe wel. Als er problemen zijn die met het werk te maken hebben kunnen ze daar terecht. Voor privé problemen moeten ze zelf het maatschappelijk werk inschakelen.

Dan kon het gebeuren dat ze bij mij terecht kwamen en als ze dan via de huisarts werd verwezen kwam diegene nog bij mij terecht.

Vroeger was er een bedrijfsmaatschappelijk werker, die is er nu niet meer. Op behoefte kan die worden ingezet via het H.C.C.

Zo hebben thuiszorgmedewerkers een training feedbackgeven gehad die via het Bedrijfsmaatschappelijk werk werd aangeboden.

Hartelijk bedankt dat je ook wat vragen wilde beantwoorden m.b.t. het onderzoek!

Welkom! Je bent de enige die zich heeft aangemeld voor dit groepsinterview. Heb je een idee waar dat door komt?

Ik weet er zelf ook niet heel veel over, maar wel over wat ik zelf mee heb gemaakt en daar kan ik over vertellen. Waar ik tegen aanloop. Ik denk dat het een beetje is 'het zal wel'. En dat is eigenlijk heel erg jammer want het is belangrijk dat je met elkaar ergens voor gaat en dat kunnen we juist ook met dit bereiken.

Hoe heeft de informatie over het onderzoek/de enquête en de interviews je bereikt?

Via de mail. De eerste keer kon ik niet. Een collega heeft het ook gedaan en die vertelde dat het heel erg leuk was. Het is zonde om het niet te doen. Ik weet niet overal wat vanaf, maar ik kan vast iets vertellen.

Wat wil je erover kwijt?

Ik weet er weinig van. Toen ben ik er voor een cliënt, waarbij ik merkte dat zij iets vroeg wat wij niet konden bieden, in gedoken, en hebt uitgezocht wat TB en MW doen. Dan kom je erachter dat wij als team veel te weinig weten van wat zij doen en wat zij voor ons kunnen betekenen. Ze kunnen heel veel doen, maar wij weten niet waarvoor we ze kunnen vragen.

Wanneer ben je dat gaan onderzoeken, wat MZD voor jullie kan betekenen?

Eigenlijk sinds we cliënten kregen die ook bij TB zaten. Toen vroeg ik me af wat wij konden doen om goed samen de cliënt te helpen en de samenwerking te verbeteren. Want daar zag ik juist veel pluspunten: dat we juist heel goed kunnen samenwerken. We wisten niet van elkaar wat we deden. En dat is daardoor nog meer naar voren gekomen. Bij de cliënt loopt het heel goed. Geweldig.

Hoe ziet die samenwerking eruit?

We hebben gesprekken met elkaar. Ook voor die tijd. Wat kunnen wij doen om de cliënt te helpen en wat doen zij eigenlijk. Wat ze mogen en wat niet, want dat weten wij niet. Zij denken soms dat wij heel veel doen en meteen klaarstaan als zij bellen of elke minuut dat de cliënt belt, maar zo werkt het bij ons ook niet. Het was heel grappig dat we eigenlijk zagen dat we een heel ander beeld van elkaar hadden.

Deze ervaring heb je omdat je op zoek bent gegaan...

Ook, maar ook omdat we gebeld hebben. Wie zitten er in en wat kunnen ze doen. Dat initiatief hebben wij genomen. Niet dat we alles nu nog weten. Ik denk dat het heel goed is om een keer af te spreken. Een groepje van hen en van ons om ... Dan hoeft het niet eens over cliënten te gaan, maar ook kleine hulpvragen. Ik denk dat we veel aan elkaar kunnen hebben.

Ik werk als verzorgende i.g., al meer dan 10 jaar bij de organisatie. In verschillende functies. Ik merk dat ik heel veel mensen ken daardoor. Maar je moet wel op zoek blijven gaan naar informatie, want er verandert veel. Je denkt dat je veel weet, maar dat is niet zo. Taken veranderen soms. Je kunt veel mensen benaderen om te helpen. Dat is denk ik onze fout: we moeten meer naar buiten. Het is denk ik niet fout, maar je wilt het soms zelf doen en je denkt het samen wel op te lossen. Maar dat is dus niet altijd zo. Ik denk dat we doeners zijn. We doen het allemaal wel.

In de enquête wordt best veel problematiek aangegeven die medewerkers TZ in hun werk tegenkomen. Dat is nogal wat. Wat doen jullie daarmee?

Met elkaar. In teambesprekingen en cliëntbesprekingen hebben we het erover. We kijken dan wie we kunnen benaderen, maar dat zou veel meer kunnen. Wij willen het graag oplossen en dat gaat soms ook wel, alleen is dat ook goed voor de cliënt.

Ik denk dat ze er meer baat bij kunnen hebben om toch nog eens te kijken naar wie en wat voor hulp we nog meer kunnen inschakelen en hoe we kunnen samenwerken. Ik denk dat dit meer moet. Ook van de andere kant, van TB. Die hebben nu ook wel geleerd dat wij een stop hebben en niet alles kunnen doen wat zij van ons vragen, dat was voor hen ook een leermoment. Je kunt dan een goed plan maken en samen afstemmen.

En maatschappelijk werk?

Daar weet ik iets te weinig van. Ze zitten geloof ik wel bij ons in het gebouw. Ik ken ze niet. Het is ook aan ons, hoor, om ons voor te stellen. Je ziet zoveel mensen komen en gaan. Een maatschappelijk werker die hier eerder werkte stelden we wel eens korte vragen over cliëntsituaties.

Ik weet niet wanneer je iemand kunt doorverwijzen naar MW. En toch, nu na die enquête, hebben we twee cliënten waarbij we ons afvragen of we dat zouden kunnen doen. We gaan nu ook nadenken over wat we zelf niet kunnen doen. Je kunt cliënten beter begeleiden in wat je zelf kunt. Je wordt er weer meer alert door.

Wat voor soort problematiek is dat, waarbij jullie aan doorverwijzing denken?

Een situatie met een opvoedingsprobleem (een moeder die haar stelende kind niet aankan). Wij zien dat wel. Maar kunnen het niet aanzien, maar kunnen er verder niets mee. Alleen wat in onze macht ligt, maar niet verder. En ik denk dat je dat ook niet moet willen.

En sommige problemen met ziektebeelden. Ik weet niet of dat iets is voor MW, maar ik denk wel dat we er iets mee moeten.

Verwijzen jullie wel eens door naar andere zorgaanbieders?

Ja, dat komt voor. De Riagg bijvoorbeeld. Maar ook dat doen we te weinig. We denken vaak dat we het wel redden, maar je kunt meer gebruik maken van anderen. Je hebt tijd nodig om te kijken hoe de situaties is, maar belangrijk is om niet te lang te wachten.

Jullie signaleren, zien, problemen, en dan?

Ik wil niet teveel zeggen, maar dat is juist zo, wij zien het wel. Ik en mijn collega's en de verzorgenden juist ook. Die worden soms onderschat. Er wordt gedacht, verpleging kijkt, verzorgenden i.g. kijken, maar juist verzorgenden komen heel veel bij de cliënt en praten met hen, bijvoorbeeld tijdens het douchen.

In ons team is het ook zo dat we veel met elkaar praten. Ook met cliëntoverleg. Iedereen zegt wat, iedereen signaleert wat en we praten over wat we er samen aan kunnen doen. Dat vind ik heel goed.

Je vertelt dat jullie het zien, erover praten en je zou nog meer actie willen ondernemen.

Wat zou je helpen om actie te ondernemen? Wat heb je daarvoor nodig.

We hebben daarvoor nodig dat we meer weten van wat MW doet. In welke situaties kunnen we een cliënt of misschien familielid verwijzen. Waar is onze grens. Wat kan MW ons bieden en voor onze cliënten betekenen.

Wij hebben een idee dat MW 'daar ergens' staat. Ik denk dan snel, ach ik doe het wel zelf. Het zou ons team erg helpen als zij een keer langs zouden komen om te vertellen wat ze in de wijk of voor de cliënt kunnen betekenen als wij ergens tegenaan lopen. Ik denk dat dit heel goed is. Ik denk dat de medewerkers dat heel prettig vinden.

Alleen een telefoonnummer, dat bel je niet zo snel. Als ze geweest zijn, is het daarna makkelijker.

Wat wel wordt gedaan: bij bijvoorbeeld een wond of een vraag rond oncologie, dan zoeken we contact met de wond- / of oncologieverpleegkundige. Die hebben we in huis. Dat is heel gericht, je ziet het en komt in actie. TB en MW dat is minder concreet en daar moeten we wel meer naartoe. We zijn nu zover dat we die andere dingen goed hebben afgesproken. Met MW en TB kunnen we nog zoveel bereiken. Wij doen dat te weinig omdat het voor ons nog niet helemaal in beeld is. Ik zou dat wel heel graag willen en zelfs zo snel mogelijk.

Besprek je het 'signaal' met je cliënt? Hoe ga je daarmee om?

Eerst bespreek je het met de EVV-er of een collega en overleg je hoe je het gaat brengen. Dat kan niet zomaar in één keer. En misschien heeft iemand anders het ook gemerkt. Dus eerst in het team, met elkaar. Dat vind ik super gaan. Wij hebben één keer per vier weken cliëntbespreking. We mailen ook met elkaar. Het gaat heel goed in ons team. Het is heel open.

We zoeken naar hoe we het concreet kunnen maken. Dat hoor ik van de verzorgenden nog meer. Die geven aan wat ze merken in een cliëntsituatie. We zoeken dan naar wat het beste is in een situatie om te doen voor de cliënt.

Zie je jezelf in aanwezigheid van een cliënt bijvoorbeeld MW bellen en een afspraak maken? Geef maar aan als je het niets vindt.

Dat zie ik mijzelf wel doen, maar sommige cliënten zijn terughoudend. Misschien moet je dan doorpakken? Ik heb zo wel een paar cliënten in mijn hoofd bij wie ik dat zou kunnen doen (als ze het dan weer afbellen is dat hun eigen keuze). Maar bij anderen moet je stapje voor stapje daar naartoe werken. Ik zou niet bang zijn om dat te bellen. Je doet het niet meteen, maar het is wel een goede optie.

Hoe kijk je aan tegen een consultvorm, waarbij je het MW om advies kunt vragen. Mogelijk ook om hulp bij het motiveren van de cliënt voor hulpverlening?

Dat hangt af van de situatie. Soms zul je de cliënt zelf kunnen motiveren. Maar dat denken wij ook weer. Misschien zou je met anderen erbij juist verder komen.

Ook hier weer: wij denken dat we het zelf wel kunnen. We zijn doeners. Soms moeten we onszelf dwingen om even stil te staan om over een aanpak na te denken.

Ik ben ook EVV-er, arrangeur en houdt me bezig met de planning en indicaties. We hebben het zo geregeld dat we het z'n tweeën doen. Een verzorgende in combinatie met een verzorgende i.g. of verpleegkundige. Dat gaat heel goed. Verzorgenden kunnen dat heel goed. De eindverantwoordelijkheid ligt dan bij de verzorgenden i.g. of verpleging. Je bent met meerderen betrokken bij een situatie. Je overlegt natuurlijk ook met andere collega's, soms ook uit andere wijken, over wat je in een situatie zou kunnen doen. Dat is er dus wel, maar verder nog niet. En ik denk dat we dat allemaal wel willen. We zien dat nu bij TB en ik denk dat dit voor MW ook zou kunnen.

TB komt bij mensen in de thuissituatie, MW is (over het algemeen) een plek waar je naartoe moet, welke rol speelt dat?

Ik denk dat dit ook meespeelt. MW staat ook ver van de cliënt af. En die willen ook liever niet hun problemen ergens neerleggen. Terwijl ze soms bijvoorbeeld tijdens het douchen erover praten tegen ons. Dat is moeilijk, ook voor ons. Toch kom je er soms wel verder mee.

Hoe gaat dat dan?

Dan zeg je soms even niets. Soms praat je bewust niet over de problemen en dan komen ze er zelf mee. Dat vind ik mooi. Maar je hebt niet de kennis in huis, zoals MW, om sommige problemen goed aan te kunnen pakken. Vooral als je merkt dat je in een cirkeltje blijft ronddraaien. Cliënten vertellen steeds meer en dat vind ik goed, maar er komt dan geen verdere actie, dat hebben wij niet te bieden. Dat is jammer en dat merk je zelf ook.

Wij zijn van plan TB volgende week te bellen om te vragen of ze een keer langs willen komen.

Je noemde al iets vertellen in het team om meer van MZD te weten, zijn er meer mogelijkheden?

Wij willen heel graag concrete dingen horen. Bijvoorbeeld met een casus. Een nummer of mail kan ook. Als we maar weten wat we kunnen neerleggen.

Maar mijn ervaring is dat als je een gezicht ziet en er wordt iets verteld, dan blijft het beter hangen. En ik ben er van overtuigd dat de mensen in ons team dat juist heel prettig zouden vinden.

Kun je iets zeggen over de rol van de familie en de huisarts?

Met de huisartsen hebben we goede contacten. Daar overleggen we ook wel mee, maar die weten het soms ook niet. Ik denk dan 'we moeten toch wat, maar dan stopt dat soms ook'.

Zo was er onlangs een cliëntsituatie met een vermoeden van huiselijk geweld. Je merkt dan dat er iets niet klopt. We belden de huisarts en die zei dat hij die situatie wel vaker tegenkwam, maar ik dacht 'wat doen we daar dan aan, want wij zitten er voor de cliënt in'.

We zijn er meer op gaan letten en houden de twijfel of het wel goed gaat. We gaan het daar dan over hebben met elkaar. Over wat we zien aan de cliënt en dat rapporteren we. Maar dat is toch een probleem. De huisarts gaat er nu wel mee aan de slag, we hebben hem vanmorgen weer gebeld. Hier merken wij dat we een grens bereiken. Voor een ander familielid komen we daar niet, maar we zien dat ook. In geval van nood bellen we elkaar ook 's avonds over zorgelijke situaties. Ik vind dat goed.

Julie zijn een zelfsturend team, welke rol heeft de teamleider? Is dat ook een plek waar je naartoe gaat met signalen.

Qua vertrouwen kunnen we dat doen. We melden het. Of het moet iets heel ernstigs zijn, dan overleggen we. En daar doet ze dan ook wat mee. Verder proberen we het zelf op te lossen.

We zoeken naar de verbinding en beweging van twee kanten, wat kun je daarover zeggen?

Ik vind het belangrijk om open te staan voor de andere disciplines. Dat wordt wel eens vergeten, ook door mij. Je moet wel concreet maken wat je nodig hebt en niet denken dat ze iets wel even doen. We moeten daar allemaal alert op zijn.

Bij de samenwerking met TB is het zo dat we evaluatiemomenten afspreken. We bespreken dan wat we mogelijk nog meer van elkaar nodig hebben en dat gaat geweldig.

Het verwijzen naar TB, hoe gaat/ging dat precies?

Ik heb eerst overlegd met de cliënt en familie en toen TB gebeld. Het contact liep via de planner. Je krijgt een cliënt in zorg, gaat op huisbezoek en ziet dat er meer nodig is. Dan start je de zorg en in dit geval hebben we twee dagen gekeken hoe het ging en wat volgens ons meer nodig was.

Nu wist ik waar ik heen moest, maar anders neem ik ook wel de tijd om dingen op te zoeken. Je bent met een team en je hoeft niet alles zelf te doen. Soms neem je dingen van elkaar over. Bijvoorbeeld ook om het zorg/leefplan op orde te brengen en evaluatiegesprekken met de cliënt te kunnen doen. Dat zijn erg veel formulieren. We zijn er hard mee bezig om het op orde te brengen en alle domeinen in te vullen. De zorgvraag komt vaak eerst.

Wat levert het plan je op ten aanzien van het signaleren?

In het dagelijks werk ben je erg op de zorg gericht. Het invullen van de domeinen is erg veel, dat zou wat beknopter mogen van mij. Het is bedoeld als hulpmiddel voor het ondernemen van acties maar het is teveel. Minder formulieren zou helpen. Het is wel zinvol.

Je ziet problemen vaak pas in de loop van de tijd, zoals dementie. Een voorbeeldsituatie: we komen binnen voor alleen een pleister plakken, dat was de intake en indicatie.

We merkten dat er steeds meer zorg nodig is. Later komen we erachter dat Gerdien Doeschot ook betrokken is in verband met dementie.

Vaak zie je pas in de loop van de tijd meer. Je probeert de protocollen goed te volgen, evaluatieformulieren in te vullen en te laten tekenen. Maar soms gebeurt er net iets na een evaluatiemoment en dan ga je toch terugdenken en je afvragen of je iets gemist hebt. Signaleren moet je doen op elk moment dat je bij een cliënt komt.

Nog een keer terug naar TB, hoe wist je waar je zijn moest?

Ik heb op veel plekken gewerkt, ik ken veel mensen. Bij het team gespecialiseerde verpleging (TGV) werkt het ook goed, ook omdat er een collega bij ons in het team zit en verder ken je ze ook, dus dan verwijst je makkelijk door. Zij zijn ook aanwezig bij evaluatie momenten bij de cliënt thuis. Net als de huisarts. Dat werkt goed.

De conclusie is dat er soms meer nodig is, we kunnen niet alles alleen. Dat is goede cliëntzorg. Daar willen we voor gaan, collega's ook.

Het wijkgerichte werken vind ik prettig omdat je meer verantwoordelijkheid draagt, naar cliënten en naar collega's.

Voor cliënten is het ook prettig dat zij met minder mensen te maken hebben. Het is heel prettig dat je daardoor meer een band met cliënten en hun familie kunt opbouwen.

Hoe kunnen jullie als team de info over MZD vasthouden?

Door het als vast onderdeel terug te laten keren tijdens de cliëntoverleggen. Misschien ook aan de hand van een casusinbreng. Anderen punten, bijvoorbeeld melding van incidenten, laten we ook regelmatig terugkomen.

Hoe zou de verbinding er volgens jou ideaal uitzien?

Door de enquête zijn we alerter geworden op dat we iets moeten gaan doen. Dat is goed geweest. We moeten het blijven bespreken, het hoeft niet een groot verhaal te zijn. Ik blijf erbij dat het goed is om een keer in ons teamoverleg te komen en te vertellen over het aanbod, eventueel aan de hand van een casus. En mijn collega's zouden dat ook heel prettig vinden, om te horen en te zien. Dan kunnen we er wat mee. Ook de verzorgenden zouden dat fijn vinden. Informatie op papier werkt niet.

Als je iets concreet wilt maken is het prettig omdat persoonlijk te doen, niet op papier. Je moet het laten 'spreken'.

Bedankt voor je medewerking aan het onderzoek!

Hoe kijk je aan tegen dit onderzoek?

Toen ik het hoorde werd ik benieuwd naar wat precies de bedoeling is met het onderzoek. Ik zie MZD nu wel als een aparte tak. Maatschappelijk werkers werken veel solistischer is mijn indruk.

Als je het vanuit de thuiszorg bekijkt merk ik dat medewerkers commerciëler moeten denken dan vroeger en ze gaan dat ook wel leuk vinden. Vroeger deed je in de thuiszorg gewoon je ding en tegenwoordig komt er meer bij kijken. Het is ook belangrijk wanneer je als organisatie wilt blijven bestaan. Ik had ook nooit gedacht dat ik zo commercieel kon denken.

Wij hebben begrepen dat er behoefte aan dit onderzoek is omdat de samenwerking nu niet optimaal verloopt. Zie je dat ook zo? Wat zijn volgens jou belemmerende factoren voor de onderlinge samenwerking? En het over en weer doorverwijzen?

Ik vind het onderwerp uiterst interessant. We hebben een intensieve tijd achter de rug en nu er meer rust is gekomen en het lekker loopt komt er meer ruimte voor verdieping. Het is een tijd lang zo geweest dat we ieder ons eigen ding deden en tot nu toe heb ik niet echt gedacht dat meer samenwerking met MZD voor onze cliënten wenselijk zou zijn. Ik heb er ook nog wel een aantal bedenkingen bij:

Ik vraag me nog wel af in hoeverre het noodzakelijk is dat wij meer gaan samenwerken. We hebben werk genoeg in ieder geval, dat geldt voor beide afdelingen. Soms werken we ook samen met andere thuiszorgorganisaties. Ik zie dat niet als concurrenten. Er is sprake van een enorme groei in het aantal ouderen en zorgbehoevenden. We hebben elkaar gewoon nodig om aan die vraag gehoor te kunnen geven.

Als tweede is het voor mij nog de vraag hoe groot de behoefte is bij thuiszorgcliënten voor hulp van het MW. In mijn beleving is die behoefte namelijk niet zo groot. Vooral ouderen hechten aan een vertrouwde persoon en aan betrokkenheid van diegene die bij hem over de vloer komt.

In de derde plaats vraag ik mij af of de werkwijze van het MW van 30 jaar geleden anders is dan de huidige visie op cliëntenzorg en de daarbij behorende benadering. Past de werkwijze van MW wel bij de werkwijze van TZ? Een antwoord op die vraag vind ik wel van belang voor onze cliënten. Het is belangrijk dat we op één lijn zitten.

Ik ben wel blij met de verjonging in het maatschappelijk werk. Ik merk dat maatschappelijk werkers die kortgeleden bij B.3.0 (van de opleiding) zijn gekomen meer betrokken zijn en op een meer gelijkwaardige manier met cliënten omgaan.

Wat is van belang wat betreft de verbinding / samenwerking wat jou betreft?

Ik merk dat we als organisatie meer gaan samenwerken. Er is voorheen veel minder aandacht gegeven aan het signaleren van problematiek en het inschakelen van MZD voor thuiszorgcliënten.

Medewerkers komen vaker bij dezelfde cliënt omdat we nu wijkgericht werken in kleine teams. Daaraan voorafgegaan is uit onderzoek van Beweging 3.0 gekomen dat cliënten niet steeds "wéér een ander" willen.

Het lijkt mij dan ook belangrijk dat te beperken. Een extra 'poppetje' kan voor cliënten onrust geven. Het kan het vertrouwen in medewerkers schaden. Doordat medewerkers nu meer met elkaar overleggen over cliëntsituaties en over hun werk signaleren zij al meer. De aandachtspunten in het zorgleefplan en de bijbehorende signaleringsformulieren dragen daar ook aan bij.

Het loopt momenteel allemaal goed. De onrust rond de reorganisatie is voorbij. Cliënten zijn dik tevreden en er is ook veel aandacht voor de tevredenheid van de thuiszorgmedewerker momenteel.

Ik weet niet in hoeverre verpleegkundigen die als voortrekker fungeren er behoefte aan hebben om MW in te schakelen. Ik denk dat ze zelf veel kunnen, maar dat er de mogelijkheid moet zijn om het MW te consulteren in specifieke problematische cliëntsituaties.

Wij hebben vernomen dat Thuiszorgmedewerkers vanuit GVO een cursus hebben gehad over signaleren van valrisico's en dreigende depressie.

Hoe kijk jij aan tegen het signalerende vermogen van verschillende functionarissen in de zorg?

Ik heb de indruk dat verpleegkundigen op medisch gebied over het algemeen wel meer zien dan sommige verzorgenden. Zo zullen zij er soms alerter op zijn op het voorkomen van decubitus of een slecht genezende wond.

Op psychosociaal vlak is dat anders. Dan spelen aanleg, leeftijd, karakter en interesse mee. Die bepalen voor een groot deel waar je oog voor hebt. Ik denk zelfs dat hbo-verpleegkundigen soms minder goed signaleren op dat gebied, omdat zij technisch kijken en daardoor psychische of sociale klachten soms minder waarnemen.

Dus in dat opzicht zie ik het opleidingsniveau als een minder belangrijke factor.

Kun je iets zeggen over probleemsituaties die voorkomen in het werk van je medewerkers? Op welke momenten hoor jij daar iets over?

Nu alles eenmaal is opgestart en goed begint te verlopen vergader ik met de voortrekkers ééns in de zes weken.

Af en toe ga ik eens bij een overleg zitten die de voortrekker met haar team heeft.

Verder komt men alleen bij mij in situaties dat ze het zelf niet meer weten, maar in een voortrekkersbijeenkomst bespreken ze ook veel met elkaar.

In functioneringsgesprekken vraag ik aan medewerkers wat ze leuk aan het werk vinden en waar ze tegen aan lopen. Dán hoor ik wel van situaties waar het niet zo lekker loopt. Vaak hoor ik dan dat medewerkers nogal eens moeite hebben om hun grenzen aan te geven. Dat zit hem ook in een generatie cliënten die gewend is dat er veel extra kon, naast het geven van de geplande, geïndiceerde zorg. Deze cliënten kregen veelal al thuiszorg in de tijd dat er nog niet geklokt hoefde te worden.

In situaties dat voortrekkers het ook na overleg met collega's even niet meer weten en ik denk dat het aan problematiek bij de cliënt ligt, adviseer ik nogal eens om de huisarts te bellen. Al vraag ik me nogal eens af of huisartsen de cliënt goed genoeg kennen om sommige situaties te kunnen beoordelen. Ze komen eenmalig en denken over het algemeen medisch en het is mogelijk dat zij wel eens medicijnen voorschrijven terwijl er ook nog andere mogelijkheden zijn. Verpleegkundigen en verzorgende komen dagelijks bij de cliënt en zijn nauw bij hen betrokken. In sommige zorgwekkende situaties zou het best eens wenselijker kunnen zijn om een maatschappelijk werker in te schakelen. Ik zou de thuiszorgmedewerkers eerst wel eens willen vragen of zij situaties kennen waarin zij zouden willen samenwerken met het maatschappelijk werk.

Stel dat ze daar inderdaad behoefte aan hebben. Wat zou daar voor nodig zijn, voorafgaand aan die samenwerking?

Het is dan wel belangrijk dat mensen elkaar kennen, alleen het team is groot, dus ik denk dat het dan het beste is als ik een afstemmingsgesprek zou hebben met het MW van de wijk en daarbij één voortrekker als vertegenwoordiger van het team.

De voortrekker stuurt het team aan, dus die kan dat daar weer doorgeven.

Het is het mooist als de lijnen kort zijn, dus wat dat betreft zou het toch ook wel prettig zijn als er een rechtstreekse kennismaking plaats vindt.

Dit is nog wel een moeilijk punt, want er wordt van ons gevraagd dat de effectiviteit wordt verhoogd, en een kennismakingsbijeenkomst met een groot aantal medewerkers kost dan dus eigenlijk te veel.

Aan de andere kant kan een goede samenwerking t.b.v. cliënten ook weer veel problemen voorkomen in de toekomst.

Omdat ik het van belang vindt dat cliënten niet meer 'poppetjes' in hun huis krijgen dan nodig, en dat het helemaal onwenselijk zou zijn als ze in een kaal hok worden neergezet om te 'praten' lijkt het mij goed dat de verzorgenden zoveel zelf blijven doen als ze kunnen en de mogelijkheid krijgen om het MW te consulteren. Ze kunnen dan advies krijgen van de BMW' er hoe ze in bepaalde situaties het beste kunnen handelen.

Hoe zou deze indirecte zorg aan cliënten dan kunnen worden geregistreerd?

Wanneer het voor een cliënt noodzakelijk is zou er een MW in een situatie mee kunnen denken en advies kunnen geven aan een Thuiszorgmedewerker(s). Dit kan dan als geïndiceerde cliëntentijd worden weggeschreven. Daarom lijkt me structureel overleg ook niet wenselijk. Dat kost gewoon te veel geld.

Speelt privacy een rol bij eventueel inschakelen van andere disciplines? Zo ja hoe kan de organisatie daar mee omgaan?

Op het moment dat het aan de orde is zal toestemming gevraagd moeten worden aan de cliënt om iemand anders bij de zorg te betrekken. Als dat onmogelijk is kan anoniem consultatie worden gevraagd of advies worden ingewonnen. Je kunt hierover bij het in zorg komen van cliënten geen afspraken maken. Dan zou je cliënten iets aanpraten of iets suggereren wat niet aan de orde is.

Wij hebben begrepen dat de Zichtbare Schakels zijn ingezet om de verbinding tussen vraag en aanbod op wijkniveau te optimaliseren. Wat hebben jullie daar tot nu toe van gemerkt?

We lazten bijvoorbeeld dat de bedoeling is dat gegenereerd wordt welke leemten in de zorg worden opgelost door wijkverpleegkundigen is daar al zicht op gekomen?

Bij ons is dat niet zo aan de orde. Verpleegkundigen die voortrekker zijn, zijn prima in staat om de zorg in te roepen die nodig is. Wanneer ze er met hulp van elkaar nog niet uitkomen en er moet bijvoorbeeld politie of crisisdienst bij komen, dan vragen ze mij om te overleggen welke actie er moet komen.

Er is een klein team gespecialiseerd verpleegkundigen die kunnen worden ingeroepen door onze teams wanneer dat nodig is.

Wil je verder nog iets kwijt wat van belang is voor de verbinding met MZD?

Het zou fijn zijn als het maatschappelijk werk wat moderniseert op het gebied van ontvangst en gespreksruimte.

Als medewerkers van elkaar weten waar zij terecht kunnen wat betreft optimale zorgverlening aan onze cliënten dan is dat prachtig voor alle partijen.

Hartelijk dank voor je medewerking aan dit onderzoek!

Ik werk als wijkverpleegkundige bij de thuiszorg en daarnaast als gespecialiseerd verpleegkundige met een specifiek aandachtsgebied. Vandaag geef ik een cursus aan verzorgenden in opleiding over mijn aandachtsgebied. Wat ik belangrijk vind is dat ze mijn gezicht zien. Dat ze weten dat ze mij altijd kunnen benaderen op het moment dat ze vragen hebben.

Je noemt nu meteen al: het is belangrijk dat ze mijn gezicht zien. Hoe belangrijk is dat?

Heel belangrijk, dat werkt het beste. Mensen zeggen dan, O ja, jij bent die en die met dat aandachtsgebied. Ik heb je naam weleens gehoord. Mijn naam en mijn functie worden dan aan elkaar gekoppeld, maar het is een passieve bekendheid.

Je werkt mee aan dit onderzoek, je vindt er wat van. Kun je daar iets over vertellen?

Toen ik de enquête zag, ging ik er eigenlijk pas over nadenken. Eigenlijk zou ik niet weten wat de divisie MZD doet. Ik denk dat er zeker, ook vanuit mijn vakgebied, heel veel te doen is. Wanneer het gaat over voorlichting, adviezen, scholing. Ook voor mijn aandachtsgebied geldt dat het een groot sociaal maatschappelijk probleem kan worden.

Ik denk dat er zeker ruimte is voor samenwerking. Ik zou maatschappelijk werkers meer kunnen vertellen over mijn vakgebied, zodat zij mij kunnen vinden als zij een cliënt hebben waar een probleem uit mijn aandachtsgebied speelt. Maar natuurlijk kijk ik ook breder, want ik ben ook gewoon wijkverpleegkundige en ik zie dat daar zeker veel samenwerking zou kunnen zijn.

Ik hoor nu sinds een jaar bij een TZ-team. Daarvoor werkte ik in het Team Gespecialiseerd Verpleegkundigen (TGV). Officieel bestaat dat niet meer. Wij moesten onderdeel uit gaan maken van TZ teams om zo onze kennis meer te verspreiden. (Uiteindelijk was het ook een financiële kwestie want wij waren te duur. Men hoopte dat wanneer we meewerken in een team dat we productiever zouden worden. Daar komt het op neer).

Als je nu terugkijkt op dat 'deel uit gaan maken van een team', en daarmee het doel van het overdragen van je kennis, heeft dat gewerkt?

Ja, ik merk dat het werkt, want mensen zeggen bijvoorbeeld 'nu ik je toch even zie, ik was gisteren nog ergens...' en stellen dan makkelijker een vraag. Want het zijn vaak geen zaken die om leven een dood gaan om het maar zo te zeggen. Dus je denkt het kan wel even wachten en als je iemand dan niet ziet, dan vergeet je het.

In de enquête geef je een aantal zaken aan die jij signaleert, die van belang zouden kunnen zijn voor MZD. Kun je daar meer over vertellen?

Ik heb er wel voorbeelden bij. Er zijn situaties waar ik in een gezin kom, bijvoorbeeld voor het ogen druppelen. Een heel simpele taak, 10 minuten per keer. Maar als je daar wat langer komt, dan zie je en merk je dat mensen best wel tobben, echt tobben. Administratie, onbegrip, vergeetachtigheid en de frustraties die dat oplevert richting elkaar. Dan denk ik, die mensen zouden best geholpen zijn met iemand die hen misschien zou kunnen ondersteunen, begeleiden en die daar ook meer tijd voor en verstand van heeft. Dat is een heel simpel voorbeeld, maar het kan hele complexe vormen aannemen soms. Dat je echt denkt het is ten hemel schreien, hoe mensen hun weg moeten vinden in de papieren rompslomp, die het hebben van zorg al met zich meebrengt. En daar hebben wij gewoon geen tijd voor en daar mogen we ook geen tijd voor maken want daar krijgen we geen geld voor.

Dat zie je dan en je denkt daar zou misschien wat meer nodig zijn, en dan?

Dan denk ik 'ik zou niet weten wie ik daarvoor moet hebben' of 'ik werk weinig'. Dat is niet iets om me achter te verschuilen, maar het is wel de realiteit.

Ik vraag me daardoor af of ik het wel goed in beeld heb. Kan misschien iemand anders, die er meer komt, er iets van vinden. Ja, ik moet nu door naar de volgende. Ik noteer wat ik zie. Maar mijn waarneming is niet altijd de werkelijkheid. Ik probeer daarom feitelijk te rapporteren, zonder daar een norm aan te geven.

Komen dit soort signalen terug in een teamoverleg of cliëntbespreking?

Dat kan. En dan kom je soms bijvoorbeeld uit bij instanties als 'Grijs Genoegen'. Of de Zichtbare Schakel. Dat is ook zoiets wat heel maatschappelijk bezig is, denk ik. Als er aanleiding voor is worden deze zaken in het team besproken.

De gedachte aan een eventuele verwijzing naar MW komt blijkbaar niet op. Je geeft in de enquête aan dat dit te maken heeft met de bekendheid van MZD. Zijn er nog andere factoren?

Als ik een soort ideaalplaatje schets, dan denk ik dat het prachtig zou zijn als je werkelijk met z'n allen in één team, in een wijkgebouw zit en dat je elkaar kunt benaderen. De maatschappelijk werker komt naar ons toe met een vraag over een cliënt die niet goed meer voor zichzelf zorgt en wij vragen de maatschappelijk werker mee denken in bijvoorbeeld een situatie waar veel sociale problematiek speelt naast de lichamelijke zorg. Meedenken over wat we daarmee kunnen.

Je werkt op een locatie die TZ deelt met MZD, wat maakt dat het contact er niet (al) is?

Ik zou niet weten wie de maatschappelijk werker is. Er is geen samenwerking.

Op onze vraag welke factoren van invloed zijn op de samenwerking, noem jij vaardigheden m.b.t. doorverwijzen. Kun je dat toelichten?

Nou ja, vaardigheden. Ik ben zelf een vrij chaotisch type, dus bij mij gaat het al mis als ik niet het telefoonnummer paraat heb. Dan denk ik 'dat moet ik even een keer opzoeken'. Ik heb dus gewoon een telefoonnummer nodig, een gezicht.

Ik probeer me een situatie voor te stellen waarin ik zou willen verwijzen. Ik zou dan bellen naar het nummer van TZ en vragen mij door te verbinden met MZD en dan ga ik daar wel weer verder zoeken. Voordat ik dan bij de juiste persoon ben, bij de juiste regio. Dan zou het kunnen dat die persoon zegt dat er een verwijzing nodig is van de huisarts, ik weet niet of dat zo werkt. Er zijn zoveel (papieren) hobbels die genomen moeten worden, dan denk ik 'ach, zo erg is het nou ook weer niet'.

Hoe kijk je naar de vaardigheden m.b.t. het signaleren?

Dat heeft ook te maken met gespreksvaardigheden. Het durven stellen van (de goede, open) vragen. Waardoor mensen in de gelegenheid zijn te vertellen wat hen bezighoudt of waar zij tegenaan lopen.

Vind je dat iedereen in het team dat zou moeten kunnen, of is het voldoende als er een paar zijn die dat kunnen?

Nee, ik vind dat een basisvaardigheid van iedere verpleegkundige.

En verzorgenden?

Ja, ook. Maar ik merk dat ik daar minder van kan verwachten. Dat zie ik bijvoorbeeld ook bij het in actie komen bij lichamelijke problemen. Onlangs nog een voorbeeld van een situatie die al maanden aan de gang was en dat wordt dan niet gemeld. Totdat je een keer per ongeluk (door ziekte) een keer bij iemand komt en een chaos aantreft. Het wordt geaccepteerd. 'Ja, de zorg moet uitgebreid worden', maar het wordt niet gemeld bij de planners. Over het algemeen wordt een probleem dan geaccepteerd. Aan de signalerende taak zou nog iets moeten gebeuren.

Ik denk dat ook de vele kleine contracten een factor van invloed zijn. Ik merk dat zelf ook. Ik moet mijn werk zo doen dat mijn collega de volgende dag helder heeft wat er wel en niet gedaan is. Wat vaak gebeurt is dat mensen noteren: 'morgen huisarts bellen' bijvoorbeeld en dat kan dan wel anderhalve week niet gebeuren. Stel dan dat je een psychosociaal probleem signaleert en het belangrijk vindt dat er een keer over doorgesproken wordt: daar wordt niets mee gedaan. Rapportage is dus ook een factor.

Een oplossing zou ook kunnen zijn om de cliëntbesprekingen meer te structureren. Nu worden vaak de bekende mensen ingebracht, waar al heel veel zorg is. Mensen waar het allemaal wel loopt komen nooit aan bod. Misschien zou je het zo kunnen structureren dat dit stukje er standaard een plaats in krijgt, ook al denk je misschien op voorhand dat er niets aan de hand is. De waarneming van de verschillende TZ-medewerkers in een situatie kan ook verschillend zijn. Dat kan ook met een klik met de cliënt te maken hebben en met vertrouwen.

Ik merk ook in mijn eigen aandachtsgebied, dat als ik kom voor het druppelen van ogen of het aandoen van een steunkous, dan is het toch niet nodig dat ik over mijn aandachtsgebied vragen ga stellen. Hoe ver ga je in het jezelf opdringen. Dat is dan soms een kwestie van de goede vragen stellen en vertrouwen. Continuïteit is ook een aspect om vertrouwen te kunnen opbouwen.

Je vraagt je af hoe ver je daarin moet gaan: komt de problematiek naar je toe of zoek je het ook op. We veronderstellen dat er regelmatig meer aan de hand is, hoe zie je dat?
Wij zijn te gast in hun levenssituatie. Als mensen het prima vinden, dan moeten we daar vanaf blijven. Dan is dat hun levensstijl. Zelf heb je bepaalde normen over hoe het wel of niet zou moeten. Het is een interessant dilemma, wanneer bepalen wij of er een probleem is bij een bepaalde cliënt. Als deze persoon gezien zijn gedrag, karakter en opvoeding het zo gewend is.

Mensen signaleren veel problematiek bij cliënten. Ons is nog niet duidelijk wat daarmee gebeurt (soms verwijzing naar huisarts, Grijs Genoegen, Riagg), maar waar blijven medewerkers met de problematiek die gesignaleerd wordt?

Ja, waar moet je het onderbrengen. Het is grijs. Je blijft er inderdaad mee zitten. Ik weet het niet zo goed. Ik heb niet meteen een oplossing paraat, soms twijfel ik over een situatie. Dat zou ik moeten bespreken. Ja, ik denk dat ik ermee kan blijven zitten of het laten liggen, de actie.

Wat kan helpend zijn vanuit MZD naar TZ?

Ik denk dat een consultatiefunctie, een loket of zo helpend zou kunnen zijn. Het is wel heel moeilijk om precies aan te geven wat de situatie, de casus is. Ik heb eerlijk gezegd wel een beetje een vooroordeel bij maatschappelijk werkers. Die maken overal een probleem van. Ook als ik het geen probleem vind. Dan krijg ik weer allemaal van die moeilijke vragen. Ik geloof dat ik anders kijk, veel meer somatisch. Maatschappelijk werkers kijken anders. Ik geloof zeker dat daar een samenwerking mogelijk is. Maar die moet dan wel zo zijn dat je echt het gevoel hebt dat je voor dezelfde zaak staat. De gezamenlijke visie moet zijn dat het in het belang van de cliënt is. Dat kan ook zijn dat de cliënt het prima vindt zoals het is. Elkaar daarin ondersteunen.

In mijn functie zie ik ook dat ik soms een bedreiging ben voor wijkverpleegkundigen. Die denken ik kan dat wat jij doet zelf wel. Ik heb een opleiding gehad. Dat is ook zeker zo. Mijn rol is dan ondersteunend, eventueel extra (specifieke) kennis overbrengen, zodat zij ook in een volgende situatie ermee uit de voeten kunnen.

Op die manier kun je elkaar ondersteunen. Elkaar voor alles respecteren en waarderen in dat wat je doet. Er vanuit gaan dat een ander het goed doet.

De TB bijvoorbeeld was ik helemaal vergeten. Vroeger zat het team gespecialiseerde verzorging naast het team gespecialiseerde verpleging. Er was toen een link, bijvoorbeeld bij psychiatrie (team verpleging) en Video Home Training daarbij (team verzorging), dus je kende elkaar. Je verliest hen uit het oog, door verhuizingen etc.

Onlangs kwamen ze in het team een uitleg geven en dan denk je wat hartstikke goed wat zij doen en wat suf dat ik daar nooit meer aan heb gedacht. Vervolgens heb ik dat nummer genoteerd. Maar, merk ik dat het toch moeilijk is om er dan weer aan te denken op het moment dat je het nodig hebt. Dat blijft. Het moet continu onder de aandacht gebracht blijven worden.

Is zo'n voorlichting in het team daar nu de manier voor? En welke andere manieren zouden er nog meer zijn?

Het is een manier om bekend te worden. Het is een groot team, 30 tot 50 mensen. De vergaderruimte voelt 'te vol'. Maar als je achterin zit, dan hoor je de helft niet en denk je 'het is toch niet voor mij, wat moet ik ermee'.

Er moet meer interactie zijn. Meer met elkaar in gesprek gaan. Daarom geloof ik ook in een kleinschalige opzet. Wijkteams waar mogelijk ook link is met MW, geïntegreerd. Eventueel een huisarts.

Hoe zou je die link en integratie heel concreet voor je zien?

Gewoon echt bij elkaar in een kamer zitten. Of een deur verder en ook overleg met elkaar. Structureel, één keer per maand bijvoorbeeld. En dan van tevoren duidelijk punten opstellen. In eerste instantie problemen bijna 'creëren'. Een schema voor het overleg opstellen waardoor je bepaalde zaken aan bod laat komen. Bijvoorbeeld dat MZD zou kunnen vragen 'heb je cliënten waarbij psychosociale zaken en dergelijke een rol spelen. Waar loop je tegen aan, wat zou je kunnen doen'.

Andersom hebben zij mogelijk cliënten waarbij somatische problemen een rol spelen. Dat zou je heel gestructureerd aan de orde moeten brengen. En je moet het dan weg kunnen schrijven op naam van de cliënt, want dat is het grote probleem. Er is denk ik heel veel enthousiasme voor dit soort dingen, maar zodra je je minuten niet kunt registreren, is er wel een probleem. Er worden veel te veel 'overige uren' gemaakt binnen TZ. Als er geen indicatie voor is en je gaat eroverheen, dan komt het op conto van TZ.

We zien nu dat de Zichtbare Schakel, met projectgeld, dit doen. Zij zijn eigenlijk de wijkverpleegkundige met eigenlijk ook een beetje de functie van maatschappelijk werker, soms. Gewoon, babbelen met mensen. 'Waar loop je tegenaan'. Stadring 51 adviseren.

Die weg naar andere hulpverlening wordt nu gezocht via de Zichtbare Schakels.

Ja, er is geloof ik geen indicatie voor nodig. Mensen kunnen zo heen. Ook bij bijvoorbeeld integratieproblemen.

Welke rol heeft de huisarts volgens jou?

Een cruciale rol, die volgens mij niet altijd wordt genomen. Signaleren en doorverwijzen. Daar geldt ook weer: op het moment dat een huisarts doorverwijst moet hij precies weten wie hij moet hebben. Zorgen dat hij gehoor krijgt als hij belt en iemand spreekt die weet waar het over gaat. En niet, ja, mijn collega is er morgen. Dat werkt gewoon niet.

De huisarts is de poortwachter van de zorg. Alles moet via hem, voor wat betreft zorgaanvragen. Mijn rol is daarin ook weer anders: ik regel mijn eigen indicaties. De huisarts denkt dan: 'dat is mooi, voor jou hoeft ik geen duizend formulieren in te vullen'. Maar dat kan alleen als er al een TZ-indicatie is.

Een maatschappelijk werker, die een cliënt heeft met een probleem in jouw aandachtsgebied, die geen thuiszorg ontvangt, kan jou wel bellen?

Nee, in principe niet. Dat wordt niet meer vergoed. Dit kan per 1 januari 2011 niet meer. Vroeger kon ik bij alles en iedereen terecht. Tegenwoordig kan het alleen maar als er al een bestaande indicatie is.

Iemand moet al zorgafnemer zijn van somatische zorg.

Er zijn een aantal financieel praktische hobbels en dat is bij Zichtbare Schakels niet zo. Dat is zoals het bedoeld is. Het is een eindig project. Ik snap dat niet zo goed.

Over de bekendheid van MZD. Kun je iets zeggen over hoe je dat zou willen zien?

Het moet een persoon zijn waar je even binnen kunt lopen. Ik zou niet weten waarom dat nu niet gebeurt. En ik denk ook dat ik dan wel een hele belangrijke vraag moet hebben en niet een simpel probleempje. Ik zou al snel denken, laat maar, zo dramatisch is het niet.

Terwijl ik juist, ook in mijn eigen vakgebied, werk met de eerste tekenen die je moet aanpakken, want dan kun je nog preventie toepassen. Dus het moet juist eigenlijk niet al erg zijn, maar ja, wanneer dan wel, met welke vraag. Daar zou ik wel meer van willen weten. Misschien zou ik in eerste instantie vooral advies willen. Misschien weten zij goed weg in de sociale bureaucratie, het aanvragen van voorzieningen etc.

Het bespreekbaar maken met de cliënt, is dat een belemmering?

Het moet zeker aan de orde gesteld worden. Als mensen dan aangeven dat het prima lukt. Het heeft best veel raakvlakken met mijn aandachtsgebied. Dat is ook een taboe. Wij kunnen die terughoudendheid en schaamte soms, niet zomaar verhelpen. Dat zit in onze maatschappij en cultuur. Dus dan is het hebben van een vertrouwensrelatie met de cliënt erg belangrijk.

Speelt het netwerk, de familie van de cliënt een rol in je werk?

Dat is afhankelijk van de zelfstandigheid van de cliënt. Dat is per situatie erg verschillend. Ik heb dat niet altijd in beeld.

In hoeverre is het nieuwe Zorgleefplan helpend bij het signaleren?

Ik vind het zelf niet handig. Er zijn allerlei levensdomeinen, maar dat wordt niet ingevuld. Soms wel, maar het merendeel niet, laat staan dat je daarop kunt rapporteren. Dat rapporteren daarop vind ik lastig. Wat moet je erover opschrijven?

Wij zijn zo somatisch gericht. Je weet wel dat er een andere kant is, maar wij zijn er echt voor het lichamelijke welbevinden, in eerste instantie. Dus het is makkelijk om daarop te rapporteren. De rest is voor ons moeilijker. Ik snap dat wel. Ik vind mijzelf een goede wijkverpleegkundige, maar ik merk zelf ook dat ik dat sneller op de achtergrond schuif. Ik kan er ook niet zoveel mee. Ik ben zelf geen EVV-er, dus ik hoef het zelf niet in te vullen. Het dossier op orde hebben en houden kost veel tijd en vervolgens wordt er niet gelezen door veel mensen. Ik betrap mijzelf daar ook op: 'hier is het bekend, we gaan aan de slag' en bij het weggaan zie ik in het dossier dat ik bijvoorbeeld de huisarts had moeten bellen, maar daar is dan geen tijd meer voor: morgen maar. Zo kan het heel gemakkelijk gaan. Dus ik dwing mijzelf de rapportage te lezen, maar ik lees dus nooit al die domeinen. Ik ben vooral heel taakgericht bezig: ik wil weten wat ik nu moet doen. Wat moet ik dan met al die andere informatie? Het dossier lees ik dus selectief.

Het zorgdossier als instrument voor signalering werkt dus volgens jou niet?

Nee, zoals het nu wordt gebruikt niet. Bijvoorbeeld de risico-inventarisatie depressie bij ouderen en ondervoeding. Dat is niet alleen maar somatisch. Het schijnt dat de cliënt er recht op heeft dat twee keer per jaar aan de orde te laten komen, dat is bepaald door de overheid. Het komt bij ons een keer per jaar aan de orde, in de meetweek. Maar verder wordt daar, in het dagelijks leven, niets mee gedaan.

Er zijn zoveel verschillende instanties om een cliënt heen. Een huisarts, een apotheek, TZ met verschillende disciplines, niveaus en mensen, misschien een kerk. Die hele sociale context van een cliënt wordt door zoveel mensen bepaald, die eigenlijk niet van elkaar weten wat ze doen. Dat vraagt om case-management. Een iemand die coördineert, die overal lijntjes heeft en ook al die mensen bij elkaar zet en aangeeft dat we er voor die ene persoon zijn. Er is geen MDO zoals in de intramurale setting.

Heb jij voor ons een succesverhaal van een goed verlopen doorverwijzing?

Dat heb ik niet. Ook niet een verhaal waar het niet goed is verlopen.

GVo, dat zijn die folders van 'blijf er niet mee zitten'. Folders, dat merk ik ook in mijn vakgebied, werkt niet. Je kunt ze in je tas stoppen en er nooit iets mee doen.

Hartelijk dank voor je bijdrage aan dit onderzoek!

Ik hoor veel verhalen over het onderzoek. Mensen zijn er mee bezig.

We zijn benieuwd wat jouw visie is op de verbinding MZD-TZ?

MZD en TZ zijn twee gescheiden werelden. Nu de rust weer wat is weergekeerd na de reorganisatie van TZ komt er ruimte om breder te kijken. Daarom komt dit onderzoek op het goede moment.

Er was voorheen sprake van grote teams en een sterke arbeidsdeling. Medewerkers hebben in die tijd geleerd om gehaast te zijn. Het vak was uitgekleeft. Dit is door de reorganisatie verminderd. Het is een goede ontwikkeling dat er niet alleen op specialisatie gewerkt wordt. Verpleegkundigen werken weer mee in de zorg thuis en zijn daarom in staat op cliëntniveau meer integraal te kijken. Medewerkers worden er weer in gefaciliteerd om breder te kijken, bijvoorbeeld met behulp van de checklist depressiepreventie.

Kwaliteitsnormen zijn belangrijk. Signaleren, benoemen en verwijzen (actie ondernemen). Om goed te kunnen signaleren is verbinding en een vertrouwensband met de cliënt nodig.

Wat is het belang voor de organisatie dat de verbinding tussen MZD en TZ wordt versterkt? Je zou toch zeggen dat beide divisies genoeg werk hebben?

Door een integraal aanbod kan de beste zorg worden geboden. De strategische doelstelling van Beweging 3.0 is wonen, zorg en welzijn met elkaar te verbinden. Het organisatiebelang is deze strategiedoelstelling, niet de productie. Er is voldoende productie in relatie tot medewerkers.

Het ontwikkelen van zelfredzaamheid bij cliënten is een belangrijk doel. Dit is ook het uitgangspunt van De Kanteling. Zicht op het traject dat een burger gemiddeld genomen doorloopt, vanaf het eerste contact tot het toewijzen van voorzieningen en het arrangement. De verschuiving van betaalde zorg naar de cliënt die optimaal gebruik maakt van het eigen netwerk is actueel. Het is niet meer vanzelfsprekend dat professionals het 'overnemen' van de cliënt.

Beweging 3.0 inventariseert welke dienstverlening we nog kunnen bieden aan mantelzorgers. Met behulp van een klantenpanel wordt de behoefte hieraan gepeild. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het planningsdeel in het cliëntregistratiesysteem. Ik ben daarom benieuwd welke problemen gesignaleerd worden rond mantelzorgers. Het zou interessant zijn als medewerkers aan familieleden laten weten welke dienstverlening wij kunnen bieden.

Wat is er bij MZD nodig voor verbinding met TZ?

Bij MZD is een omslag nodig. Door de bezuinigingen staat de financiering van het maatschappelijk werk onder druk. Men is gewend dat er elk jaar wel een FTE bij komt. Die tijd is voorbij. Dat vraagt om andere interventies. Niet meer 'zorgen voor', maar een meer ondersteunende, begeleidende functie. Ik ben er van overtuigd dat, ondanks de spanning die het oplevert, de bezuinigingen ook iets kunnen 'brengen'. Het is ook nodig om tot verandering te komen. De uitdaging is om met minder capaciteit de doelgroep te kunnen bereiken. De vraag is of maatschappelijk werk alles wat men nu doet, moet blijven doen. Voor de thuiszorgmedewerker zou het maatschappelijk werk zou een consultatiefunctie kunnen hebben. Zij kunnen deze medewerkers faciliteren.

Het 'proceduredenken' bij MW zou meer losgelaten kunnen worden. Er zijn geen financiële middelen voor en past niet in het model van zelfredzaamheid. Mogelijk hebben sommige mensen dat allemaal niet nodig en kun je het soms met één of twee gesprekken af. Neem bijvoorbeeld een modaal echtpaar met echtscheidingproblematiek. Vraag is of zij passen in de doelgroep van het MW.

Bezinning op de vraag welke rol het MW wil en kan vervullen in de samenleving is nodig. Niet voor alle cliënten is een systeemgerichte benadering nodig. Soms kan een groepsaanbod, een korte oplossingsgerichte interventie of verwijzing voldoende zijn.

Wat is er bij TZ nodig voor de verbinding met MZD?

De vraag is waar de verantwoordelijkheid van TZ op houdt. Ik zie het als een sociaal maatschappelijke taak om te signaleren. De TZ wordt hier niet op beoordeeld. Ik denk dat het positief van invloed kan zijn om het arbeidsplezier van medewerkers. In TZ zijn digitale mogelijkheden. Alle medewerkers moeten op intranet een urenverantwoording bijhouden. De digiangst is met de implementatie van dit digitale systeem voor een groot deel weggehaald. Medewerkers maken gebruik van een chatbox om met elkaar te communiceren.

Cliënten ontvangen informatie over het aanbod van de ledenservice van Beweging 3.0 door middel van tasje die door de TZ medewerkers bij de cliënt worden achtergelaten. Cliënten kunnen ook deelnemen aan PAL4: een community voor ouderen via de website van Beweging 3.0. Er is informatie te vinden over activiteiten vanuit alle disciplines van Beweging 3.0. We zien dat dit project een verbinding teweeg brengt. Er ontstaat een rode draad. Ook medewerkers zouden elkaar zowel digitaal als fysiek moeten kunnen vinden om een praktische, wijkgerichte verbinding tot stand te brengen.

Zien teamleiders genoeg het belang van samenwerking tussen beide divisies?

Dat is inderdaad nog wel een vraag. Men wordt afgerekend op financiën, zorgindicatoren, input en klanttevredenheid. Vooral wat de thuiszorg betreft is het de vraag of de klanttevredenheid op korte termijn toeneemt wanneer je aandacht gaat hebben voor de psychosociale kant van de zorgverlening. Het kan maar zo dat cliënten daar niet op zitten te wachten. Wanneer je meer integraal gaat werken kan het dat de klanttevredenheid pas na twee jaar toeneemt. Signaleren is onderdeel van het opleidingsplan van TZ. MZD heeft een meldcode voor ouderenmishandeling. Voor TZ wordt hieraan gewerkt. Een training signalering ouderenmishandeling voor medewerkers TZ heeft pas zin als de opvolging van de signalering is geregeld.

En het verhaal van de productie?

Het is jammer als mensen daar te veel op blijven hameren. Ik kan me voorstellen dat die productiegerichte houding er op dit moment nogal zit ingebakken na de reorganisatie, maar het is belangrijk dat zij breder gaan kijken.

Vindt er op managementniveau overleg plaats tussen Teamleiders van TZ en Managers van MZD?

Nee, geen overleg. Ik organiseer koersbijeenkomsten, waar ongeveer 50 managers en leidinggevenden uit de organisatie bij elkaar komen. Met elkaar wordt gesproken over een thema. Deze keer is dat het gebruik van social media om te communiceren met samenwerkingspartners, bijvoorbeeld in de wijk. Omdat mensen elkaar vooral vinden op de inhoud is het de vraag is of het nodig is dat mensen elkaar fysiek ontmoeten. Mogelijk is digitaal contact net zo effectief. Het is de moeite waard te onderzoeken het gebruik van social media een optie is voor kennisuitwisseling. Ik merk dat men enthousiaster raakt over samenwerken. De managers MZD en teamleider TZ kunnen en moeten de ontmoeting op de werkvloer faciliteren. Zij moeten het belang ervan zien.

Het is mijn taak, als directeur, om schakelend en verbindend te werken en het belang hiervan onder de aandacht te brengen. Ik doe dit tijdens bilaterale overlegmomenten met managers en teamleiders, in nieuwsbrieven en in projecten. Borging kan plaatsvinden door in beweging te blijven. Ik zie het enthousiasme. Het vraagt een proactieve houding om er verder mee aan de slag te gaan.

Hoe kan de samenwerking tussen beide divisies daadwerkelijk vorm gegeven worden?

Een voorbeeld hiervan zou kunnen zijn dat een verzorgende bij een alleenstaande oudere signaleert dat deze problemen heeft om sommige zaken op te pakken. Er is geen familie die daarin actief ondersteunt. In deze situatie zou het MW met TZ kunnen meedenken wat er nodig is om het netwerk te versterken.

Het zou goed zijn als de MW'er in de wijk meer oog zou krijgen voor de TZ en andersom. Verplegend en verzorgend personeel moet meer lef krijgen om MW in te roepen. Wat mij betreft is structureel overleg niet wenselijk, wel is het belangrijk dat medewerkers elkaar vinden op de inhoud en locatie. Een vrijblijvend bijeenkomst op wijkniveau, een lunch bijvoorbeeld om elkaar informeel te leren kennen, zou een eerste start kunnen zijn.

Hartelijk dank voor dit interview!

Hoe lang werk je bij Beweging 3.0?

Minder dan vijf jaar.

Hoe kijk je tegen het onderzoek aan?

Ik ben niet zo goed in het invullen van enquêtes. Ik dacht MW, daar weet ik veel te weinig van want dat gebruiken we hier niet. Ik dacht dat om iets heel anders ging. Ik houd ook veel meer van mondelinge communicatie dan van op papier.

Het doel van ons onderzoek is te kijken of er meer kan worden samengewerkt door TZ en MZD. Hoe zie jij dat?

Ik zie dat de samenwerking stukken beter zou kunnen. Ik denk dat je elkaar zou kunnen helpen. Ik zie dat er dingen missen. Het kan heel anders. Bij mijn vorige werkgever werkten wij intensief samen met MW, vrijwilligers, tafeltje-dek-je, klusjesmannen etc. Het contact met MW was heel intensief. Dat contact is er hier helemaal niet.

Hoe zag dat contact er uit? Hoe verliep dat?

Wij kenden de gezichten van de maatschappelijk werkers. Als wij problemen signaleerden bij een cliënt namen we contact op met het MW en soms was er spoed bij en dat kon dat heel snel gaan. Als maatschappelijk werkers voor gesprekken bij cliënten kwamen en daarbij doorvroegen op bijvoorbeeld zelfzorg, dan namen ze weer contact met ons op als bleek dat er (meer) zorg nodig was. Het was wederzijds.

MW zit bij ons in het gebouw: dat is het enige dat ik weet. Daar houdt het op. Ik heb dit wel eens in een vergadering aangegeven en er is toen wel eens iemand geweest, maar het moet allemaal via schijven, via de voortrekkers en arrangeurs. De mensen die veel op kantoor zitten. De teamleider verwijst ons terug naar de voortrekkers.

Ik heb het idee dat ze de plank misslaan. Wij zijn daar ook capabel voor, wij zien en signaleren juist dingen en dat gaat weer over schijven terwijl kortere lijnen veel beter zijn.

Je hebt veel veranderingen meegemaakt in korte tijd, hoe zie jij de verandering die is ingezet om meer kleinschalig te gaan werken?

Ik zou graag meer actie zien voor wat betreft de communicatie, zorgdossiers, eerste intake van cliënten, het in gang zetten van dingen. Zoals bijvoorbeeld vaste medewerkers bij dementerende cliënten. Het doel was dat cliënten meer vaste medewerkers zouden zien, maar dat is niet zo. Ik vind dat ook belangrijk bij cliënten die terminaal ziek zijn.

Ik stel tijdens vergaderingen zaken aan de orde, maar er wordt niets mee gedaan. Ik krijg geen gehoor.

Ik wil als goede EVM-er minimaal één keer per week mijn cliënten zien. Mijn eis is ingewilligd. Ik heb het idee dat veel van mijn collega's die EVM-er zijn niet goed weten wat hun taak precies inhoudt, er staat wel iets op papier, maar er wordt geen cursus voor gegeven. Dat zou wel goed zijn. Er zijn medewerkers die het dossier en zorgplan niet (goed) lezen. Als ik merk dat daardoor dingen fout gaan, dan koppel ik dat als EVM-er terug naar de betreffende medewerker. Ik koppel zaken aan terug naar de voortrekkers, maar ik ervaar niet dat er iets met mijn opmerkingen gebeurt. Ik heb het idee dat mijn collega's daar passief van zijn geworden.

Er wordt te gemakzuchtig gedacht over de thuiszorg. Ik signaleer dat het aanbod van zorg niet aansluit bij de zorgvraag van cliënten.

Bijvoorbeeld cliënten die volledig afhankelijk zijn van onze zorg, slechts twee zorgmomenten per dag hebben en daardoor onvoldoende drinken. Er wordt met signalen van medewerkers niets gedaan. Daar wordt ik moedeloos van en ik kan me voorstellen dat de gedachte ontstaat om het maar niet meer aan te geven.

Een gezamenlijke visie is belangrijk. Korte lijnen zijn belangrijk. Het werkt voor mij niet als alles eerst via kantoor geregeld moet worden.

Problematiek bij cliënten wordt gesignaleerd. Je geeft aan dat het aantal schijven waarover een verwijzing moet gaan, belemmerend is en dat je daar andere ervaringen mee hebt?

In mijn vorige baan kenden we elkaar en we hielden elkaar op de hoogte.

Cliënten vertellen me veel. Ik heb het idee dat cliënten dingen vertellen aan een persoon die zij vertrouwen. Omdat die er oog voor heeft. Dan zou het zo moeten zijn dat die persoon ook degene is die het contact opneemt met het MW en daarnaast tegen cliënt zegt dat de EVM-er op de hoogte wordt gebracht van het ingang zetten van het contact met MW, want die moet dat wel weten.

Nu is het zo dat ik niet de juiste persoon kan bellen. Dat maakt dat ik terughoudender ben in het contact met cliënten, omdat ik weet dat ik er geen vervolg aan kan geven.

Een voorbeeld is dat ik bij een cliënt merkte dat er problematiek was rondom het afscheid nemen. Na overleg met de cliënt, die openstond voor hulp, heb ik op kantoor aangegeven dat er begeleiding nodig was. Het antwoord daarop was dat wij dat best zelf konden. Dan houdt het op. Ik heb dan het gevoel dat de problematiek niet wordt begrepen.

Natuurlijk mag die cliënt mij alles vertellen en ik wil daar best een heel eind in mee gaan, maar op zeker moment houdt mijn werk daar op. Er is een grens aan mijn deskundigheid, dat is voor MW. In dit soort situaties verwijst mijn leidinggevende mij terug naar de voortrekkers, maar die begrijpen het niet en dan houdt het op.

Een voorbeeld van goede samenwerking is dat ik MW inschakelde bij een cliënt en aangaf welke hulpvraag er was. Ik vertelde ook dat er mogelijk meer zorg nodig was, maar dat de cliënt dat nog niet wilde accepteren. De maatschappelijk werker ging met de hulpvraag aan de slag en kwam na verloop van tijd met het verzoek om extra zorg weer terug bij mij. Dan is er ook iemand anders die het nog eens aankaart, die niet al bij de zorgverlening is betrokken. De cliënt heeft dan de beste zorg.

Ik had ook contact met de woningbouw en de gemeente als dat nodig was. Dan wist ik precies wie ik daar moest hebben. Bijvoorbeeld voor het verwijderen van drempels etc.

Wordt er wel naar andere zorgaanbieders verwezen?

Dat weet ik niet. Het verwijzen zit er niet in. Dat geldt ook voor tafeltje-dek-je en het vrijwilligersgebeuren. In mijn vorige baan als EVM-er wisten wij door gesprekken met cliënten tijdens de zorg, bijvoorbeeld dat de tuin teveel voor hen werd, dan schakelden we daar vrijwilligers voor in. Hier kennen ze dat helemaal niet. Ze weten niet van het bestaan. Wij gaven verpleeghuiszorg thuis.

Beweging 3.0 biedt via de ledenservice ook maaltijdservice, is dat iets wat tijdens een intake ook genoemd wordt?

In eerste instantie wordt gekeken naar de zorg die iemand nodig heeft. Ik heb een keer een intake gedaan en toen was men verbaasd over wat ik allemaal had geregeld. Voor mij was dat normaal. Ik regelde een hoog-laagbed, maaltijdservice, bezorgen van medicatie door de apotheek, fysiotherapie. Het zorgplan meteen gemaakt. Gekeken naar het aantal benodigde zorgmomenten, de contactpersonen genoteerd.

Het is nu niet goed geregeld.

Past het allemaal in de tijd die je hebt voor de intake?

Ja, dat is geen probleem.

Hoe leerde een nieuwe medewerker in je vorige baan al jouw contactpersonen en doorverwijsadressen kennen?

Door mee te lopen. Je werkte iemand ook in op je externe contacten. Daarnaast kwam MW één keer in de zoveel tijd een praatje houden tijdens de teamvergadering, ook ter kennismaking voor de nieuwe medewerkers. Ze reikten dan een visitekaartje uit.

Nog een voorbeeld: een cliëntsituatie waar sprake was van alcoholverslaving, vervuiling en eenzaamheid. Ik gaf aan dat ik daar MW over wilde consulteren. Daar wilde men niet aan beginnen, want er was al veel hulp op ingezet.

Deze zaken kosten mij erg veel energie, maar ik blijf er voor vechten, ten behoeve van de cliënten.

Wat gebeurt er met de dingen die jij signaleert, 'mag' jij daar zelf actie op ondernemen?

Nee, naar mijn idee mag ik dat niet, ben ik daar niet capabel voor. Ook niet als EVM-er. Alles moet eerst met de voortrekkers besproken worden. De huisarts bel ik wel zelf.

Ik mag geen hoog-laagbed of anti-decubitesmatras bestellen, terwijl ik signaleer dat het nodig is. Men weet niet dat het ook anders kan.

Hoe zie jij de vooronderstelling dat TZ-clienten mogelijk terughoudend zijn om een (hulp)vraag te stellen aan MZD?

Ik verwees niet meteen naar 'maatschappelijk werk', maar vroeg de cliënt of deze behoefte had er eens met iemand over door te praten die daar ook tijd voor heeft. Dat wilden ze dan graag. Vervolgens gaf ik wel aan dat het iemand was die MW had gestudeerd. Dat moet je ook aanvoelen. Met het woord 'maatschappelijk werk' moet je niet beginnen.

Zo belde ik bijvoorbeeld, na overleg met cliënten, naar MW met de vraag of zij eens langs wilden gaan bij een echtpaar van rond de 80 die wilden scheiden. Het was een en al ruzie en ellende. Ik vertelde haar kort wat er speelde. Zo gaandeweg het gesprek met cliënten noteerde zij een aantal dingen: niet een officiële intake: als je dit zo noemt haken mensen meteen af. Ze hebben dan het idee dat ze meteen ergens aan vast zitten. Dat hoeft volgens mij niet. Zo kom je binnen.

Ik vraag me af of men hier, binnen de organisatie, überhaupt open staat voor MW. Ik denk dat nodig is dat MW zich profileert: hier zijn wij. Dat doen we. We kunnen elkaar wederzijds helpen.

Hoe kan de verbinding/samenwerking op gang gebracht worden volgens jou?

Om te beginnen is het denk ik belangrijk dat de teamleider op de hoogte is en het belang ervan ziet. Als het nodig is wil ik haar daar ook wel iets over vertellen. Dat vind ik geen probleem.

Vervolgens is het denk ik belangrijk dat MW een keer in een vergadering komt vertellen. Dus niet eerst met de voortrekkers. Zo breed mogelijk mensen benaderen en kaartjes uitreiken met je naam en je nummer.

Voor mij hoeft het niet via ook nog een meer 'informele' weg. Een praatje en een kaartje met nummer en eventueel een foto is voor mij genoeg: dan weet ik MW te vinden.

Hiervoor is permissie nodig om te mogen bellen. Wellicht is men bang dat MW teveel gebeld wordt, maar ik zou zeggen beter teveel dan te weinig. Als blijkt dat er teveel gebeld wordt kun je daarover alsnog in gesprek gaan. Voor de verschillende niveaus in het team geldt wat mij betreft dat iedereen zou moeten kunnen bellen want dat doe je niet voor niets.

Dank je wel dat je mee wilde werken aan dit onderzoek!

Hoe kijk je aan tegen het onderzoek?

Nu duidelijk is dat MZD onderdeel blijft van Beweging 3.0 is het denk ik goed naar de verbinding te kijken omdat je soms ook op elkaars terrein werkt, soms gezamenlijke cliënten hebt. Ik denk dat het meerwaarde heeft om te kijken waar je elkaar kunt vinden en samenwerken. Ik denk dat daar mogelijkheden voor zijn.

Hoe zie jij het signaleren van TZ-medewerkers van psychosociale problematiek?

Dat vind ik een lastige. In eerste instantie is hun doel het bieden van de hulp die ze moeten bieden, maar ze kijken absoluut wel verder als er meer nodig is, bijvoorbeeld ook richting mantelzorg. Ik merk dat tijdgebrek maakt dat men soms minder met de signalen doet. Wij hebben goede contacten met het plaatselijke welzijnsloket, maar er zijn veel meer voorzieningen dan waar gebruikt van gemaakt wordt, terwijl er maar één nummer gebeld hoeft te worden en je wordt naar de juiste persoon of afdeling gesluisd. Ik weet niet waar dat in zit, of het gaat om overzicht, of niet het goede signaleren, of niet weten wanneer je wel of niet iets mag vanwege privacy of het bespreekbaar maken met de cliënt. Dat is nog best een lastig stuk.

Hoe wordt omgegaan met gesignaleerde problematiek, hoe wordt de stap naar verwijzing gezet?

Als voorbeeld kan ik noemen dat er iemand was die zich afvroeg wanneer TB ingeschakeld kan worden bij bijvoorbeeld alcoholproblematiek. Dan blijkt het lastig om bespreekbaar te maken met de cliënt. Ervaart deze het ook als een probleem? En vervolgens wat je ermee doet, wetende dat je in een route zit, dat je op tijd werkt. Ik denk dat daar meer uit te halen is.

Werken jullie ook met voortrekkers?

Wij hebben verschil in verzorgenden, verzorgenden i.g. en verpleegkundigen. Aan de cliënt is altijd een eindverantwoordelijke gekoppeld. In complexere situaties vinden we het wenselijk dat er één keer per week een verpleegkundige naar toe gaat. Je mag niet hetzelfde verwachten van verzorgenden en verpleegkundigen. Daarin is een bepaald onderscheid. Je mag van een verpleegkundige meer verwachten. Dat zijn niet expliciet voortrekkers.

Als verzorgenden met signalen naar verpleegkundigen gaan merk je dat de ene verpleegkundige het deskundiger oppakt dan de andere. De ene verpleegkundige plant een tweewekelijks overleg met haar EHV-ers om cliëntzaken door te spreken en de ander zegt het wel te horen als er iets is. Dat is een andere, meer vrijblijvende insteek. Wat we nu ook merken is dat het best spannend is om je twijfels en onzekerheden, misschien iets wat niet goed is gegaan, te delen met je collega.

Geldt dat ook voor het voorleggen van signalen, is dat ook spannend is? Zie je het wel goed?

Als het algemeen is, dan wordt het wel ingebracht bij het cliëntoverleg. Dan is de vraag wie dat ook ziet en merkt. Dat wordt dan wel besproken. Maar het is lastig voor ze en als je dan kijkt wat MW daarin zou kunnen bieden. Ik weet niet in hoeverre het haalbaar is omdat je bij een cliënt iets signaleert en dat het liefst ook met de cliënt wilt delen. Is het dan wenselijk als er een derde bij zit?

Komt men probleemsituaties tegen waar een verwijzing wenselijk is?

Dat gebeurt wel. De gesprekken die we hier hebben met Centrum Maliebaan dat is oké. We hebben een goed contact met de plaatselijke welzijnsorganisatie. Zij hebben ook contact met de maatschappelijk werker die hier zit. Men weet elkaar wel te vinden, maar ik denk dat het meer kan.

TZ en MW hebben dus contact met de plaatselijke welzijnsorganisatie. Ze vinden elkaar dus via een externe organisatie?

Soms wel. Dat lijntje loopt er ook wel rechtstreeks. Ik weet niet of wij heel veel echt complexe situaties hebben, ik weet er ongeveer vier waar het wat heftiger is. Het team heeft voor een bepaalde situatie ook contact opgenomen met MW. Er is dan soms een grens. We geven het signaal door, we bespreken het, maar als de cliënt zelf geen hulp wil, dan zit je vast. Wij hebben MW daar over geconsulteerd, gesproken en gekeken wat we er nog meer aan konden doen.

Komt de signalerende taak van medewerkers aan de orde in gesprekken die jij met hen hebt?

Ik spreek hen eigenlijk niet of nauwelijks op inhoud. Ze krijgen wel bijscholing en cursussen waarin signalering en doorvragen naar voren komt. Ik nodig de externe samenwerkingspartners uit voor teamvergaderingen, zodat we weten wat en waar het plaatselijke aanbod te vinden is. Dat zit hier achter één voordeur, dus dat zou in feite makkelijk moeten zijn, maar we merken dat het veel meer kan. Ik denk dat tijdsdruk is wat de medewerkers nekt. Je ziet soms tien mensen op een dag. Het is ook moeilijk hoor, neem bijvoorbeeld eenzaamheid. Wanneer moet je daar iets mee? Ervaart iemand het zelf ook zo? Dat speelt allemaal mee.

Je zegt, het zou meer kunnen.

Ik denk het wel. Dan ben ik vooral gericht op de eenzaamheid. Wij hebben als TZ een vertrouwensband met de mensen. Wij moeten dingen bespreekbaar kunnen maken. In deze gemeente zijn er ouderenvoorlichters. Die komen één keer bij mensen achter de voordeur om te vertellen wat er in deze plaats te doen is, maar daar blijft het bij. Als er iets is kan ik me voorstellen dat mensen dat niet aan zo iemand vertellen. Wij zijn daarvoor de aangewezen groep, die daar wat mee zou kunnen. Ik heb dat ook zo aan de gemeente aangegeven. Maar dat wij op veel dingen gekort worden, gaat allemaal ten koste van die rol. Ik denk dat het optimaal ingezet en benut moet worden. Ik weet alleen niet of daar nu de focus op ligt.

We zoeken naar de verbinding van twee kanten: wat kan MZD hierin doen?

Misschien is het slim als ze dan ook wat meer zichtbaar zijn. Gewoon aanhaken bij een teamvergadering. Als je een gezicht ziet en je weet wat iemand vanuit ervaring kan. Het is belangrijk in je verhaal aan te sluiten op het werk van TZ, dan leeft het het meest voor ze. Neem bijvoorbeeld TB en MW: ik vraag me af of men weet wat het verschil is. Ook weet men niet wanneer men hen kan benaderen. Wanneer werkt het dan en waar moet het aan voldoen? Kan het wel? Ik denk dat het onzichtbaar is voor ze. Kom een keer vertellen wat je doet of een keer bij een cliëntoverleg casussen bespreken. Dat lijkt me het meest zinvol. En vooral herhalen en nog eens. Gooi er ook wat folders tegenaan. Echt: zorg dat je zichtbaar bent.

Is er nu contact tussen medewerkers MZD en TZ?

Nee, hooguit over verkeerd bezorgde post. Het kan zijn dat ik het niet weet. Ik weet niet wat er allemaal gebeurd op cliëntniveau, daarvoor sta ik te ver van de inhoud af. Ik hoor het in ieder geval niet vaak terug. Ik hoor heel af en toe de naam van de maatschappelijk werker. Ik weet niet over welke situaties dat gaat.

Met zeer complexe vragen komt men bij jou: wat adviseer jij dan?

Ik ben er altijd voor om meteen de huisarts in te schakelen, omdat dat degene is die uiteindelijk verantwoordelijk is voor de cliënt. Ik probeer de grens te bewaken. Je hebt een signalerende rol, tot hier kun je en verder kun je niet. Als je er maar voor zorgt dat je wat met je signalen hebt gedaan. Daarnaast zit je altijd met de grens rond privacy. Wat mag je wel en niet delen als de cliënt zelf geen probleem ervaart.

Ik denk eerder aan de huisarts dan aan MW omdat die vanuit zijn functie ook een bepaalde druk en dwang kan uitoefenen, die soms gewoon nodig is. Je moet wel van hele goede huize komen wil je met behulp van gesprekken en methodes een verandering kunnen bewerkstelligen in zeer complexe zaken. Ik denk bij MW meer aan opvoedondersteuning of de vraag hoe je iemand uit z'n isolement kunt halen, het aanbieden van dagstructuur etc. Als een verpleegkundige ziet dat er relatieproblemen zijn, weet ik niet of zij dan MW adviseert.

Misschien is het wel goed als MW ook eens bij een teamleidersvergadering aanwezig is. Uiteindelijk is MW vrijwillige hulpverlening. Ik denk dat ook het imago, ik besef dat dit mijn beeld ervan is, (niet doorpakken, lang aanhouden, niet echt iets bereiken) van MW een rol speelt. Ik snap dat je daar moeilijk vanaf komt, maar het wordt toch een beetje als een bepaalde sector gezien. Ik denk zeker dat ze hele goede dingen doen, absoluut, maar ik weet niet of dat ook altijd zo gezien wordt.

Wat zien TZ-medewerkers (al) bij de intake aan problematiek en eventuele andere zorgverleners in het systeem?

Bij de intake wordt het zorg/leefplan besproken, daarin komen al best pittige vragen naar voren. Alle medewerkers zouden zo'n gesprek moeten kunnen voeren, maar ik vind niet iedereen geschikt om zo'n gesprek te doen. Er staan vragen in over bijvoorbeeld bewindvoering, best hele persoonlijke dingen. En die moet je niet letterlijk zo vragen, dat vraagt echt iets van iemand. Ik vind dat spannend. Naarmate een TZ-medewerker langer bij de cliënt betrokken is, komt er steeds meer zicht op de omgeving.

Hoor je wel eens van medewerkers dat ze dat spannend vinden?

Nee. Ik maak het zelf wel bespreekbaar. Onlangs was er een leuke bijscholing over signalering vroegtijdige dementie. Dat is ook een onderwerp dat best heel pittig is. Door rollenspel is dat geoefend en ik denk dat dit een heel goede manier is. Zelf kan ik dat niet, ik weet ook niet precies wat een goede vraagstelling is. Ik vind dat het professioneel van opzet moet zijn.

Hoe kan de verbinding/samenwerking in stand gehouden worden?

Het zichtbaar zijn is het belangrijkste. Folders werken niet. Die worden misschien even gescreend, maar verdwijnen weer. Om bekend te maken wie je bent en wat je doet is menselijk contact nodig. Elkaar zien en ontmoeten. Ik vind het een lastige: dit probleem speelt ook bij de andere (externe) samenwerkingspartners. Daarvoor hebben wij nu op plaatselijk niveau een bijeenkomst georganiseerd. Onze belangrijkste boodschap is te laten weten hoe wij nu werken in de wijk en onze bereikbaarheid. Ik denk niet dat het haalbaar is dat MW zicht heeft op het netwerk van alle (ongeveer 200) cliënten. In complexe situaties denk ik dat ze benaderd worden. Dat kan meer

Eerlijk gezegd weet ik zelf ook niet precies wanneer je welke hulp, TB of MW, inschakelt. Het is vooral belangrijk dat de verpleegkundigen aangeven waar zij tegen aan lopen. De vraag is vooral wat het MW kan toevoegen. Wellicht is soms gedwongen hulpverlening nodig. Ik weet niet of de medewerkers TZ contact opnemen, voor grote of kleine vragen, met het MW. Misschien doen ze dat wel via het welzijnsloket. Maar ook dat gebeurt naar mijn mening te weinig. Het welzijnsloket geeft ook aan mij door dat ze weinig verwijzingen van ons krijgen. Zij verwachten, aan de hand van demografische gegevens, dat dit meer zou moeten zijn en worden.

We hebben uit bepaalde wijken nauwelijks reactie gekregen, heb jij idee wat daar de oorzaak van zou kunnen zijn?

Mogelijk speelt mee dat in bepaalde plaatsen/wijken veel 'zelf' wordt opgelost in het netwerk. Ik denk daarbij aan gemeenten met een sterk kerkelijk karakter. Verder heb ik hier gemerkt dat, na het bericht dat er werktijd geschreven mocht worden, dat iets meer stimulans was om de enquête in te vullen.

We worden als organisatie best vaak benaderd: dit is weer 'iets'. Er is best veel gebeurd de afgelopen tijd binnen TZ. De behoefte is 'laat ons nu maar gewoon ons ding doen, wij zijn er voor de wijk'. Medewerkers kunnen niet meteen de link leggen, misschien dat zo'n onderzoek ook nog helpend kan zijn om de samenwerking te vinden. Het wordt door hen gezien als een document dat ingevuld moet worden. Ik moet er echt moeite voor doen om medewerkers te motiveren de enquête in te vullen. Eerlijk gezegd heb ik het zelf ook eerst aan de kant gelegd, pas toen er nog een mail van jullie afstudeerbegeleider kwam heb ik hem ingevuld. Ik denk dat het niet helemaal de methode is.

Is er volgens jou een protocol nodig voor doorverwijzing?

Nee. Daar worden medewerkers mee overvoerd. Er is nu zelfs een protocol voor hoe je je handen moet wassen. Het staat dan weer op papier, ergens. Eén nummer, zo eenvoudig mogelijk.

Dat is er nu, één centraal nummer.

Is dat voor aanmelding en intake, of ook voor consultatie? Het team heeft een sociale kaart, iedereen heeft een mapje met daarin telefoonnummers van huisartsen, apotheek, Riagg, Steunpunt Mantelzorg, Symforagroep, Tafeltje-dekje, en anderen. Ik zie nu dat MW er niet bij staat. Dat is op zich bijzonder, toch? Dat is een tip, om die er gewoon bij te zetten, dan zal er ook eerder gebeld worden.

Vind je dat er op managementniveau contact moeten zijn tussen de divisies TZ en MZD?

We weten elkaar te vinden. Ik vind dat Beweging 3.0 een goede stap zet door alle managers elkaar regelmatig te laten ontmoeten. Ik weet wie de managers MZD zijn, maar we hebben nooit overleg. Ik mis dat ook niet. Ik vind niet dat het contact op mijn niveau moet plaatsvinden, het enige wat ik kan doen is een doorvertaling geven. Zo zijn er veel dingen waarvan gedacht wordt dat we ze moeten weten, maar daar is het teveel voor.

(Hoe) krijgt een cliënt helder wat het complete aanbod van Beweging 3.0 is?

Daar noem je iets. Bijvoorbeeld de ledenservice heeft prachtige producten, maar ook heel veel. Zij zitten met precies hetzelfde: hoe gaan ze aan de TZ-medewerkers duidelijk maken wat er allemaal mogelijk is via de ledenservice. Klussendienst, pedicure, etc. Ze leveren netjes een folder. Maar het mooiste is als het via de cliënt wordt gedaan, ervoor zorgen dat de cliënt er zelf van weet. Daar ligt ook een taak: dat de cliënt ook eigen verantwoordelijkheid heeft. De vraag is welke benadering je dan kiest.

Bij een intake krijgen nieuwe cliënten nu veel folders, die worden bij het zorgleefplan meegegeven. Er wordt in ieder geval aangegeven dat het bestaat. Mogelijk komt dat ook door een koppeling van de cliëntsystemen, waardoor mensen die wij nieuw invoeren in ons systeem op de hoogte gebracht worden door de ledenservice van het aanbod. Ik weet dat niet precies.

Je moet niet alles via de thuisverpleegkundige doen. Hot item is nu bijvoorbeeld ook wat er allemaal in deze plaats geboden wordt voor mensen aan activiteiten. Men wil graag gebruik van ons maken, want onze mensen komen er over de vloer. Het is teveel. Daarnaast is er nog het hele medische netwerk dat we moeten kennen: het is niet te doen.

En voor medewerkers?

Aan de website en intranet wordt gewerkt. Het is een grote organisatie, die veel levert en op veel verschillende plekken werkzaam is. Dat is nu de spanning: hoe krijg je het overzichtelijk. De drie divisies ken je wel, je weet dat er verzorgings- en verpleeghuizen zijn, dat er MZD is en TZ. Maar daar weer op gespecialiseerd welke diensten men doet, ik weet niet of dat duidelijk is. Er is wel een interne telefoonlijst, maar dat zegt niets over wat men doet.

Ik denk dat je de meeste informatie voor het onderzoek uit het team zelf moet halen, ik kan moeilijk voor hen spreken. Verder is het zo dat TZ medewerkers het zelf ook leuk vinden om gesprekken te hebben met cliënten. Vooral rond het thema psychosociale vragen. Dat is toch wat spannender. Het levert verpleegkundigen ook wat op, die gesprekken zelf, in de uitdaging in hun werk. De vraag is of helder is waar hun grens ligt, weten ze die zelf.

Hartelijk bedankt voor je bijdrage aan dit onderzoek!

Hoe lang werk je bij Beweging 3.0?

Ik werk ruim tien jaar bij Beweging 3.0.

Ik heb meegemaakt dat deze dienst er uit ging bij onze organisatie. Dat was jammer voor de cliënten. Eerder was het voor hen één gecombineerd pakketje. Ze kenden ons. Later moesten ze maar afwachten waar ze hulp konden krijgen. Cliënten hadden daar echt last van.

Wat zie je van MW/TB?

Ik merk weinig van ze. Ik kom ze tegen op kantoor. Ze zullen nooit een gesprekje met je hebben ofzo. Ze staan apart buiten. Ze komen afstandelijk over.

Ik weet dat zij niet méér zijn dan wij, maar zo voelt het wel..

Wanneer heb je te maken met MW/TB/TZ?

Nee, ik heb niet met ze te maken in cliëntsituaties. Bij een cliënt zit het Riagg er ook in.

Het viel me op dat je bij mijn eerste vraag al direct sprak vanuit het oogpunt van de cliënt.

Wat vind je belangrijk voor de cliënt als je het hebt over samenwerking tussen MW/TB en TZ?

Ik moet zeggen dat ik niet zulke heel grote problemen zie, waarvan ik denk dat daar Maatschappelijk werk voor nodig is. Maar in situaties dat het wel zo is, lijkt het mij belangrijk dat wij één aanspreekpunt hebben voor de cliënten die wij zouden willen doorverwijzen. Dan weet je in ieder geval waar je cliënt ook terecht komt.

Hoe signaleer je? Hoe bepaal je of je wel of niet doorverwijst? Wat houdt je eventueel tegen/stimuleert je om door te verwijzen. Wat heb je nodig in dit opzicht? Wat niet?

In de opleiding die ik heb gedaan krijg je kennis mee over alle ziektebeelden en wat daarbij komt kijken. Ook als een man bijvoorbeeld ziek is geworden en de vrouw voor hem gaat zorgen. Wij proberen dan de vrouw te ontlasten, zo van: "Ga maar even lekker zitten, wij doen dit of dat wel".

Soms hangt er een spanning om cliënten en hun familieleden. Ik heb wel eens dat ik ergens zo snel mogelijk de deur uit wil zijn als ik hoor hoe een zoon bijvoorbeeld met zijn moeder omgaat. Dat is naar.

Het kost soms ook wel tijd om iets te kunnen signaleren. Ik had een cliënt waar ik het eerst helemaal niet mee kon vinden omdat ze zo snauwde en tijd rekte. Ik had in het begin niet door dat zij dat deed omdat ze wat meer aandacht nodig had. Tot het moment waarop ze tegen mij zei dat ze zo ontzettend blij met me was. Dat was een omslag en toen leerde ik haar beter kennen. Ik had het met haar te doen toen ik merkte dat haar kinderen heel veel spullen van haar zomaar hadden weggedaan. Ik dacht: "wat hebben jullie gedaan!" Die mevrouw had zoveel verdriet. En ik zie ook wel dat het twee kanten heeft. Ook voor de kinderen kan het soms heel moeilijk zijn.

Bij sommige cliënten is het gewoon te zwaar om er drie keer op een dag naartoe te moeten, dan wisselen we onderling wat af als collega's.

Doorverwijzen is voor mij niet zo aan de orde. Ik heb één keer zelf een huisarts gebeld en toen kreeg ik op mijn sodemieter van een collega dat ik dat niet had mogen doen. We hebben dat toen wel uitgesproken hoor, maar het weerhoudt je er wel van om het nog eens te doen. Het is ook wel prettig als een verpleegkundige ergens over meedenkt. Als er natuurlijk dringend een huisarts moet komen omdat een cliënt bijvoorbeeld onwel op de grond ligt, dat zou ik het wel doen, dat doe je ook als iemand op straat niet goed is geworden.

Veel cliënten zitten er denk ik niet op te wachten om naar een Maatschappelijk Werker te gaan. Wij zijn voor hen vertrouwd natuurlijk.

Als je 32 uur werkt kom je bij sommige cliënten heel wat keren in de week over de vloer. En wij willen als verzorgenden ook wel graag zelf oplossingen bieden.

Toch zijn er wel situaties waarbij het fijn zou zijn als je even naar het MW toe zou kunnen lopen om je verhaal kwijt te kunnen en te vragen wat er het beste zou kunnen gebeuren. Het MW hier nodigt daar niet zo toe uit.

Wat zou er nodig zijn om meer samenwerking te krijgen met deze collega's?

Het zou fijn zijn als MW wat meer betrokken is op onze cliënten en op ons.

Ik zou het wel goed zijn als iemand komt vertellen wat zij doet als MW'er en waarvoor wij haar kunnen benaderen. Misschien kunnen ze er bij zitten en meedenken in ons cliëntenoverleg wat betreft de cliënten waar problemen zijn.

Dat maakt het voor ons gemakkelijker om weer op hen af te stappen.

Wat wil je nog meer zeggen over de verbinding?

Maar je ziet niet alleen maar problemen hoor, je ziet ook heel mooie dingen. Soms zie je kinderen die zo goed met hun ouders omgaan en andersom. Dat is er ook!

Als wij af en toe een advies zouden krijgen van het MW zou dat in sommige gevallen wel fijn zijn. Het merendeel willen wij ook zelf oplossen.

Wij zijn ook degenen die altijd doorgaan hoor. Normaalgesproken heb je een half uur om iemand onder de douche te doen, te helpen met kleden, een ontbijtje te regelen en medicijnen aan te geven. Wanneer je zieke collega's hebt - en hun cliënten er dus bij komen - dan worden het wel eens kattenwasjes. Al maakt dat nou ook niet zo heel veel uit. Douchen gaat soms net zo snel.

Zo hoor je steeds meer. Wij hebben in april een brief gehad over een verplichte cursus signaleren van dementie. Ik vind dat wel interessant hoor. Ik ben begonnen in de huishouding, maar doordat je steeds meer hoort en ziet wil je je ook graag ontwikkelen.

Hartelijk bedankt voor je medewerking!

Hoe kijk je aan tegen dit onderzoek?

De enquête heb ik ingevuld en verspreid onder mijn medewerkers. Omdat ik nog niet van iedereen het emailadres heb, heb ik ook schriftelijke enquêtes uitgedeeld. Het waren wel zes kantjes, dus dat kwam wel als veel over. Digitaal gaat natuurlijk wat gemakkelijker dan. Ik ben nog niet zo lang teamleider hier. Het is druk geweest om er in te komen. Ik ben hier de elfde teamleider in tien jaar tijd. Om je heen gaan kijken kun je pas na een jaar wanneer je het idee hebt dat het allemaal wat onder controle is.

Wat zien jullie van MW en TB?

Ze zitten hier in het gebouw, maar we kennen elkaar eigenlijk niet. Het zou best kunnen dat ze mijn naam niet weten, de wisseling van teamleiders is natuurlijk enorm geweest hier.

Wij hebben begrepen dat er behoefte aan dit onderzoek is omdat de samenwerking nu niet optimaal verloopt. Zie je dat ook zo?

Ik heb eens nagedacht of ik veel hoor over problematiek en dat valt eigenlijk wel mee. Als medewerkers problematiek tegen komen dan heeft iedere cliënt een eindverantwoordelijke verzorgende die voor hem of haar actie kan ondernemen als ze denken dat iets niet goed werkt. Dan gaat het vaak over wel of niet naar een verpleeghuis gaan. Laatst was er een vrouw die dacht dat zij bestolen werd. Dan bespreken we dat wel, al had ik niet het vermoeden dat iemand van de medewerker het bestolen voorwerp nou zo graag had willen hebben. Ik denk dat de medewerkers hier wel door hebben dat mensen dan niet helemaal in orde zijn.

Ik kan me herinneren dat er één keer overleg is geweest met het MW. Ik weet niet goed meer wie er nou het eerst in die casus zat.

Wat is van belang wat betreft de verbinding / samenwerking wat jou betreft?

Het gaat hier in TZ vooral om oudere cliënten die hun dagelijkse wasbeurt nodig hebben. Dus ik moet zeggen dat ik het belang niet zo zie. Ik hoor niet veel over grote problemen, alleen eenzaamheid. Verder heb ik daar niet zo'n zicht op. Mijn taak is alleen om randvoorwaarden voor de zorgverlening te creëren en te bewaken. Al kan ik me wel voorstellen dat er zo'n vijf keer in een jaar wel iets zou kunnen zijn dat met MW besproken zou kunnen worden.

Aan wat voor soort problematiek denk je dan? Wat komen jou medewerkers tegen denk je?

Onderdrukking van een echtgenoot, alcohol, zorgweigering, eenzaamheid.

Waar blijven die signalen nu?

Bij de familie of bij de huisarts. Het is natuurlijk zo dat wij thuiszorg leveren. Daar gaat het om. Er wordt wel bewuster gesignaleerd, er is meer structuur in gebracht door de zorgleefplannen en signaleringsformulieren.

Medewerkers hebben ook wel te maken met tijdsgebrek. Je hebt een indicatie waar je binnen moet blijven. Deze signaleringsacties en het bijstellen van het zorgleefplan kan twee keer per jaar plaatsvinden, vaker niet. Wij hebben veel zieken en de vakantie begint, dus dat maakt ook dat het allemaal niet ruim genomen kan worden.

Ik zal aan de medewerkers hier ook eens moeten vragen met welke problematiek zij naar het MW zouden willen stappen.

Stel dat ze dat inderdaad zouden willen. Wat zou daar voor nodig zijn, voorafgaand aan die samenwerking?

Geen borrel of teamdag of zo. Daar zitten de medewerkers niet op te wachten. Er zijn hier 35 medewerkers, die even binnen komen en weer weg gaan. Er zijn er zo'n twaalf die echt regelmatig op kantoor zitten.

Ik denk dat de verbinding op cliëntniveau moet plaatsvinden. Wij hebben regelmatig contact met huisartsen. Die praten mee over gezamenlijke cliënten. Misschien zou daar ook een maatschappelijk werker bij moeten zijn.

Bij psychosociale problematiek overleggen we nu vooral met familie. Het kost even tijd maar daarna ben je ervan af.

Het is belangrijk om namen te weten en de procedure om cliënten bij elkaar in zorg te brengen.

Wij zijn voor TZ en het is niet meer zoals vroeger, dat je een uurtje langer kon blijven voor een wandelingetje of het Troskompas. Wel verwijzen medewerkers door naar dagbesteding.

Hoe vinden medewerkers elkaar blijvend?

Om twee keer per jaar informatie in het team te laten geven door MZD: het zou wel kunnen al twijfel ik aan de zin daarvan. Wanneer ze dat in januari zouden doen en een medewerker signaleert in juni een probleem, dan is die de informatie al vergeten.

Ik zou het wel goed vinden als er een kaartje van de maatschappelijk werker op kantoor zou staan, die ze kunnen bellen. Er staan hier wel meer van die kaartjes van vertrouwenspersonen. Al weet ik niet zeker of die mensen hier nog werken.

Wanneer wij iets voor MW zouden zien, kunnen we even naar het MW toelopen hier op locatie. Ik stel me zo voor dat er één keer instructie zou komen aan de verantwoordelijk medewerkers, die dan ook degenen zijn die contact opnemen met het MW. Het lijkt me niet goed dat alle medewerkers dat gaan doen. Wij hebben daar een structuur voor, dat door verantwoordelijke medewerkers extern contact wordt opgenomen. Als je dat los gaat laten loop je kans dat iedereen gaat bellen. Bovendien weten ze niet precies waar ze heen moeten bellen, ze komen hier ook bijna niet op kantoor en sommigen hebben alleen maar avonddiensten.

Wil je verder nog iets kwijt over de verbinding?

Nee. Succes met jullie onderzoek.

Hartelijk bedankt voor je medewerking aan dit onderzoek!

Uit een gesprek met de werkveldbegeleiders van het onderzoek: MTL

Wat is je reactie als je hoort dat het signaleren niet het grootste probleem lijkt te zijn bij de verbinding, maar dat het lijkt te liggen aan toegankelijkheid, te lange lijnen, elkaar niet kennen etc.?

Teamleider TZ: Het verbaasd me wel

Het zorgleefplan is bedoeld om zorg te geven volgens de normen van verantwoorde zorg. Er is al vaak voorlichting over gegeven aan medewerkers, maar het blijft voor hen abstract.

Waar merk je dat aan?

Dat merk ik aan het feit dat ze het niet regelmatig genoeg wordt ingevuld

Het moet goed up to date zijn. Ze hebben het ook wel druk doordat ze nu arrangeur zijn en weer bij de mensen werken. Er is niet meer één coördinator voor het hele team. Er zijn drie planners.

Dus wat mij betreft zijn tijd en inzicht factoren die van invloed zijn op de verbinding.

Kun je iets zeggen over de structuur van de thuiszorgteams?

Die is niet in elk team hetzelfde. Wij hebben honderd klanten en de medewerkers gaan het steeds meer met elkaar doen.

Je wilt ook dat mensen hun capaciteiten kunnen inzetten. Ik vind dat alle medewerkers moeten kunnen bellen met een medewerker van MZD om iets aan te kaarten of te overleggen over een cliënt. Alleen verzorgenden C doen dit in overleg met een verpleegkundige. Je wilt dat mensen er ook iets mee mogen, met wat ze signaleren. Ik geloof dat je mensen motiveert door ze ruimte te geven.

Een onderdeel van het evm'schap is dat zij in staat moeten zijn de volledige coördinatie rond een cliënt te bewerkstelligen.

Manager MZD:

Wanneer ik hoor dat de structuur in de thuiszorgteams niet duidelijk is lijkt het mij belangrijk dat TZ eerst de structuur neerzet voordat er een verwijlsprotocol komt.

Bij de TB hebben we nu de harde kant van de structuur neergezet en de zachte kant moeten we dan nog met elkaar nog gaan uitvinden.

Ik vind daarbij korte lijnen belangrijk, herkenning over en weer van elkaar, zichtbaarheid en mensen moeten durven zich te laten zien.

Het moet concreet zijn wie waar terecht kan.

Het is de bedoeling dat er integrale teams komen van Welzijn en Thuiszorg.

De 'andere hulpverlener' voor TB zou ook TZ kunnen zijn.

Eigenlijk zou het niet uit moeten maken wat de ingang is. We kunnen elkaars cliënten helpen en elkaar aanvullen.

Wat is daar voor nodig?

Wijkgericht, korte lijnen en draagvlak.

Vanuit perspectief MW: op één moment die cliënten bespreken bij wie dat gewenst is.

De teams van TZ zijn kleiner dan de het werkgebied van TB omdat die over drie gebieden worden verspreid.

Hartelijk dank voor jullie bijdrage!

Kun je iets vertellen over je functie binnen TZ?

Ik ben verpleegkundige. Sinds kort werk ik ook weer mee in cliëntenroutes, omdat ik anders teveel geld kost. Er ligt erg de nadruk op de productie. Ik heb een speciaal aandachtsgebied waarin ik eerst cliënten had, ook vanuit het ziekenhuis. Omdat onduidelijk was waaruit deze zorg gefinancierd kon worden, en wij dus onbetaalde zorg verleenden, is er besloten dat wij weer binnen de teams thuiszorg zouden vallen en dus ook weer gewone cliëntenzorg zouden geven. De gespecialiseerde zorg werd toen geschrapt. Een aantal collega's van mij is toen vertrokken, maar nu is gebleken dat dit vanuit de ledenservice gefinancierd kan worden. Desondanks moet ik een bepaalde productie halen.

Een keer per drie maanden ben ik bij een huisartsenoverleg. Daar bespreken wij gezamenlijke cliënten. Ik vertegenwoordig in dat overleg eigenlijk mijn team. Dat leek mij wel leuk en ik heb aan de teamleider gevraagd of ik dat mocht oppakken.

Je bent vanuit de locatie waar jij werkt maar één van de zeer weinigen die op dit onderzoek reageert en er een bijdrage aan wilt geven. Heb je enig idee hoe dat komt?

Er is de afgelopen jaren ontzettend veel gebeurd. In het team waar ik werk is nu de vijfde teamleider in twee jaar tijd. Er worden veel snelle Top-down besluiten genomen, die niet overlegd worden met medewerkers. Dat geeft veel weerstand. Er wordt veel over gepraat ook.

Wat zie je van MW en TB?

Ze zaten bij ons in het gebouw, nu nog wel maar op een andere plek. We groeten elkaar wel maar daar blijft het zo'n beetje bij.

Wanneer heb je te maken met hen?

Ik heb wel situaties waarin ik hen bel om te overleggen, of waarin ik naar hen doorverwijs. Zo werd ik laatst in de situatie erbij geroepen waar de vrouw dementie had en de man hartproblemen en een beroerte had gehad. Het liep daar spaak in huis. Eigenlijk was dit al drie maanden aan de gang voordat ze mij daarbij haalden. De vrouw belde iedere morgen de huisarts en er werd een enorme claim op de verzorgenden gelegd. De man ging met opzet uit bed vallen bijvoorbeeld. De kinderen zaten in een ver land en waren niet betrokken. Ik heb in die situatie het MW ingeschakeld.

Ik heb het idee dat het aanbod van MZD bij mijn collega's toch iets minder in beeld is. Ook in het huisartsen overleg merk ik dat het MW niet direct zo in beeld komt. Laatst bij één cliënt kwam het ter sprake toen het ging over acceptatie van een longaandoening en overlijden van een familielid.

Waarin ligt dat verschil dat jij het MW wel weet te vinden en je collega's minder snel denk je?

Vanuit mijn beroepsopleiding heb ik wel wat meegekregen over psychosociale aspecten bij ziektebeelden. Ik heb ook ervaring in een andere organisatie waar wij direct samenwerkten met het Maatschappelijk werk. Ook de richting van mijn studie heeft er raakvlakken mee. Je krijgt wel wat mee over de effecten van een beroerte, zoals depressie en somberheid, rouwverwerking en coping. Voor ons is het wel alleen het herkennen, ik denk dat een MW'er er wel meer over weet en er meer mee zou kunnen.

Wat ik merk dat het werken in de Thuiszorg je al meer ook laat hebben voor sociale problematiek dan werken in een ziekenhuis. Je ziet veel meer in een thuissituatie.

Je hebt aangegeven in je enquête, dat vaardigheden m.b.t. signaleren en doorverwijzen van invloed zijn op de verbinding met MZD. Kun je daar iets meer over zeggen?

Ja, ik denk dat je als verpleegkundige toch iets meer ziet en geleerd hebt om daar iets mee te doen. Verzorgenden geven vooral basiszorg. Ik heb de indruk dat verzorgenden minder snel zien dat iets niet gaat. Zie ook de casus waarover ik vertel(voorbeeld onder)

Wat nu ook van invloed is is de tijd en de nadruk op de productiviteit. Verpleegkundigen hebben geen tijd meer om bij cliënten van de verzorgenden -routes langs te gaan. Wat die cliënten betreft moeten zij het dus hebben van wat verzorgenden signaleren en rapporteren.

Hoe zou het aanbod van MZD meer onder de aandacht kunnen worden gebracht in jullie team? Hoe blijft dat er structureel?

Bij het inwerken. In het team en overleg op casusniveau(misschien ook een keer een casus als voorbeeld waarbij MZD inzetbaar zou kunnen zijn (vergelijkbaar met klinische les). Ook consultatie zou een prima middel zijn.

Wat vind je daarin voor de cliënt van belang?

Niet iedereen zal er een maatschappelijk werker bij willen hebben. Het moet in de eerste instantie blijven bij een voorstel. Thuiszorg is minder bedreigend.

Je hebt in je enquête aangegeven dat je in de structuur van TZ ziet dat betrokkenheid op elkaar en een goed gevoel over het werk van belang wordt geacht. Waar merk je dat aan?

Ik merk dat mensen graag met elkaar over het werk praten. Dat mensen met elkaar willen bespreken wat ze bezig houdt. Ook als er heftige cases zijn. Het is jammer dat die tijd van ons is afgenomen, want we moeten zoveel mogelijk achter de voordeur zijn. Tijd voor overleg is en tijd om moeilijkheden met elkaar te delen er niet of nauwelijks.

Is er iets geregeld voor medewerkers waar ze zulke heftige verhalen of problematiek wel kwijt kunnen?

Daar is wel iemand voor.. ik weet eigenlijk zo niet wie dat is.

Is er nog iets dat je kwijt wilt wat betreft de verbinding?

Ik zou graag op de hoogte worden gesteld waar ik het rapport van dit onderzoek kan inzien.

Hartelijk bedankt voor je bijdrage aan dit onderzoek!

Bijlage onderzoeksrapport 'Samen-werken aan verbinding':

Interviews andere organisaties

Interview per email

We hebben gezien op de website dat CMD/Vitras (net als Beweging 3.0) Thuiszorg biedt en Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening.

Hoe is de verbinding tussen die beide vorm gegeven? Hoe wordt deze verbinding gewaarborgd?

Wat betekent dat praktisch voor(de samenwerking van) medewerkers? Kennen medewerkers van verschillende divisies elkaar?

Hoe is één en ander merkbaar voor de cliënt?

In de organisatie is Thuiszorg een aparte afdeling en AMW+TB (bij ons samen met het consultatiebureau/JGZ) is de andere afdeling/divisie. Deze divisie heet JMD, Jeugd en Maatschappelijke Dienstverlening.

De divisiemanagers hebben uiteraard een direct overleg met elkaar over de bedrijfsvoering van VitrasCMD.

De ondersteunende beleidsmedewerkers van beide divisies hebben geen structureel overleg, maar zoeken elkaar op bij gemeenschappelijke zaken. (Voorbeeld: bij het schrijven van de Meldcode Huiselijk Geweld die ook in de Thuiszorg van kracht gaat worden, heb ik overleg met de beleidsmedewerker Thuiszorg over de inhoud.

De divisie Thuiszorg heeft een stuk of 7 managers Thuiszorg, die soms in 1 grotere gemeente werken of in 2/3 kleinere gemeenten. De divisie JMD heeft 4 managers met ieder een werkgebied met 3 of 4 gemeenten, plus 1 manager Thuisbegeleiding. Deze regiomanagers JMD en Thuiszorg hebben overleg met elkaar over de zaken die in hun gemeenten van belang zijn, zij stemmen de samenwerking tussen Thuiszorg en JMD op elkaar af.

In elk van de 13 gemeenten, waarin de divisie JMD werkt, zit een team Maatschappelijk Werk. De maatschappelijk werkers hebben af en toe overleg met de collega's van de Thuisbegeleiding en van de Thuiszorg, die ook in die gemeente werkzaam zijn. Over allerlei zaken rond cliënten, over hun samenwerking, over het gebruik van de huisvesting, etc.

Daarnaast overleggen ze over cliënten die zij gemeenschappelijk hebben.

Men kent elkaar in de gemeente, meestal zit men samen in hetzelfde gebouw. Er is altijd enig overleg tussen de uitvoerende medewerkers in een bepaalde gemeente.

De cliënt merkt dit op het moment dat een vraag of de situatie daarvoor aanleiding geeft. Een Thuiszorgmedewerker schakelt een maatschappelijk werker in bij een financieel probleem bij een oudere. In een bepaald gezin overlegt de MW over een indicatie voor Thuis Begeleiding en daarna werken zij samen in/voor dat gezin, enzovoort. Ook inschakelen maaltijdvoorziening, alarmeringssysteem, e.d. zijn producten die MW kent en waar zij ook cliënten op attenderen.

Kun je iets zeggen over de signalering en doorverwijzing wat betreft cliënten van de Thuiszorg naar Maatschappelijk werk en Thuisbegeleiding? (gaat dit rechtstreeks of via de huisarts?) Is het voor TZ-medewerkers duidelijk hoe zij MZD kunnen inschakelen? Wat doen zij met signalen van problematiek? Is er multidisciplinair overleg t.b.v. thuiszorgcliënten? structureel of alleen in specifieke situaties?

De huiszorg verwijst soms cliënten rechtstreeks door naar MW, soms ook via de huisarts.

Voor Thuisbegeleiding moet eerst een indicatie worden gesteld, dan zet de Thuiszorg dat in gang (vaak na eerst even overleg intern hoe te handelen en wie wat doet).

De Thuiszorgmedewerkers weten hoe zijn MW kunnen inschakelen. In principe signaleren zij problematiek en verwijzen zij dan ook. Overleg met MW, multidisciplinair overleg, is niet structureel, niet over het hele cliëntenbestand, alleen over individuele zaken, waar men iets signaleert.

Hebben de medewerkers van de divisie MZD zicht op de problematiek die TZ-medewerkers in hun werk tegenkomen?

Welke beweging maken deze beide naar elkaar toe? (maken TZ medewerkers gebruik van een mogelijkheid van consultatie bij het Maatschappelijk Werk?, is die mogelijkheid er en wordt deze bevorderd?)

Er is wel zicht op wat de Thuiszorg tegenkomt als problematiek, zeker als men al langer bij VitrasCMD werkt. Samenwerking is mensenwerk, soms werkt men heel goed en intensief samen, anderen ligt dat niet erg en dat gebeurt dat minder, helaas.

Consultatie wordt zeker wel gevraagd en dat zal toenemen nu het onderwerp huiselijk geweld en mishandeling bij ouderen meer aandacht krijgt in de Thuiszorg. De managers thuiszorg bevorderen zeker de samenwerking en consultatie vragen.

Kortom: hoe maken medewerkers gebruik van elkaars expertise? Hoe werken zij samen en hoe weten zij elkaar te vinden om cliënten aan elkaar door te verwijzen of bij elkaars casuïstiek te betrekken?

Men weet elkaar te vinden bij signalen en problemen rond cliënten. Het samenwerken en elkaar betrekken hangt sterk af van de wijze waarop de individuele medewerkers hun werk doen, van hun ervaringen met samenwerken met elkaar. De organisatie attendeert alle uitvoerende medewerkers op de werkzaamheden van de andere divisie, op wat de andere medewerkers kunnen bieden, etc.

Hartelijk dank voor je bijdrage aan dit onderzoek!

Schriftelijk:

Voor Beweging 3.0 in Amersfoort zijn wij bezig met een afstudeeronderzoek naar de verbinding Maatschappelijk Zorg en Dienstverlening / Thuiszorg.

Het is voor ons zeer interessant om te weten hoe andere organisaties deze verbinding vorm geven. Wilt u ons informeren over de samenwerking tussen de verschillende divisies in uw organisatie?

Dat is een behoorlijk brede vraag.

Ik kan vertellen dat Zuwe Zorg beoogt de vragen van haar cliënten integraal te beantwoorden. Immers, een losse interventie heeft doorgaans een minder grote kans van slagen wanneer het gaat om het structureel verbeteren van een situatie. In ieder geval zijn veel hulpvragen tegenwoordig meervoudig van aard en heb je daar meerdere disciplines en diverse expertise bij nodig.

Om integraal te kunnen werken zijn bij Zuwe Zorg de afdelingen Jeugdgezondheidszorg; Maatschappelijk Werk; Sociaal Raadsliedenwerk; Cursussen en Gezondheidsbevordering; Thuisbegeleiding en Pedagogisch Bureau binnen 1 sector verenigd. Dit is de sector Preventie & Welzijn. Medewerkers van deze sector werken lokaal en multidisciplinair. Derhalve was voor ons de totstandkoming van Centra voor Jeugd en Gezin makkelijk te realiseren. Immers, de diverse disciplines werkten al lokaal samen in wijkgebouwen.

Deze zelfde wijkgebouwen zijn tevens uitvalsbasis van de sector Zorg van Zuwe Zorg. Lokaal werken wijkteams, waarbij de wijkverpleegkundige als spil in de wijk aanwezig is en andere disciplines bij het zorgdeel kan inzetten.

Er vindt samenwerking plaats tussen de sectoren Zorg en Preventie & Welzijn indien dat nodig is in een bepaalde cliëntsituatie.

Bij het afnemen van en intake wordt sowieso standaard nagegaan of er andere zorgverleners actief zijn in het cliëntsysteem. Indien dat het geval is vindt afstemming over de zorg en hulpverlening plaats mits de cliënt dat goed vindt.

Voorts zijn wij bezig met een project integraal werken om de integraliteit nog verder te bevorderen.

Telefonisch vervolginterview:

In je email las ik dat de Wijkverpleegkundige de spil van de wijk is, hoe wordt concreet samengewerkt met thuiszorgmedewerkers?

Omdat zij vanuit hetzelfde wijkgebouw werken is het eenvoudig om een vraag over een cliëntsituatie neer te leggen bij een maatschappelijk werker. Soms doen ze dat anoniem.

Toch kan er wel integraal gewerkt worden omdat we één zorgaanbod hebben.

Privacy hoeft geen reden te zijn om dit niet te doen.

Hoe het precies vanuit thuiszorgmedewerkers gaat weet ik niet precies, je zou dan mijn collega kunnen bellen die projectmanager zorg is. Zij is ook betrokken geweest bij de herziening van de wijkteams en doet mee aan het project integraal werken.

Het is voor ons ook interessant hoe maatschappelijk werkers tegen deze samenwerking aankijken.

Wanneer komen zij thuiszorgmedewerkers tegen?

Er zijn verschillende samenwerkingsverbanden waar meerdere disciplines bij aanwezig zijn, bijvoorbeeld de huisarts en de wijkverpleegkundige, ook wordt er samengewerkt in de buurtnetwerken.

Wat houdt jullie project integraal werken in?

Er is een projectgroep die nu nadenkt hoe het integrale werken nog bevorderd kan worden. Zo hebben wij op intranet een smoeleboek geplaatst. Collega's moeten elkaar meer informatie gaan geven over hun expertise, hun vak en hun bereikbaarheid.

Wat houdt dat in voor thuiszorgmedewerkers? Hoe hebben zij de gelegenheid om samen te werken?

Dat is moeilijk. Op dit moment is er echt geen extra tijd voor hen beschikbaar. Dat komt ook omdat er nu op minuten wordt gewerkt. De overheid zit nu nog teveel op de verantwoording. Er is wel hoop want er wordt nagedacht vanuit de overheid (VN, VWS en MO-groep) over welzijn nieuwe stijl.

Dat betekent dat er wel resultaatafspraken worden gemaakt van de uitvoering van de zorg, maar dat het hoe wordt overgelaten aan die zorgbieder. Er komt meer ruimte voor de professional.

Het is nog niet zover dat dit is ingevoerd, maar hierover valt te praten met de gemeenten. De gemeenten hebben de verplichting om het compensatie beginsel te bieden.

Hartelijk bedankt voor de informatie die je hebt gegeven!

Interview met Hillie Zwart, Beleidsmedewerker preventie&welzijn bij Zuwe Zorg En Relatiebeheerder huisartsen, Projectleider integraal werken.

Kun je iets zeggen over je functie bij Zuwe?

Ik ben o.a. betrokken geweest bij een project voor gespecialiseerde verpleegkundigen. Zij wisselden vanuit een platform organisatorisch en inhoudelijk werksituaties uit. Daarna ben ik als beleidsmedewerker gebleven en zodoende bezig met het project integraal werken.

Hoe is bij Zuwe de verbinding Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening en Thuiszorg vormgegeven?

Het werd voor het project duidelijk dat ieder met zijn eigen ding bezig was.

De afdelingen zoomden allemaal in op hun eigen stuk, dit komt ook voort uit het feit dat de financier dat vraagt. Het was aan de organisatie om toch integraal te gaan werken en te kijken hoe je daar met gemeente, de AWBZ en de zorgverzekeraars kunt uitkomen.

Welke acties zijn ondernomen om dat te bereiken?

Vorig jaar hebben wij brainstormsessies gehouden met medewerkers van alle afdelingen. Daar gebeurde al heel veel. De behoefte en de bereidheid om meer samen te werken werd daar duidelijk. Het bleek dat medewerkers op eenzelfde locatie zaten maar elkaar niet kenden.

Wat daar uit kwam is omgezet in plannen die voorgelegd zijn aan de MT's

Deze hebben de plannen vervolgens weer besproken en een keuze gemaakt voor de volgende acties om de samenwerking te bevorderen:

- *De gegevens van diverse afdelingen werden op intranet gezet, met als doel dat men weet waar wie te vinden is.*
- *De checklists bij de intakes werden aangepast met als doel wie zou moeten worden ingezet t.b.v. integraal aanbod aan cliënt.*
- *Er werden afspraken gemaakt en geïmplementeerd rondom coördinatie van zorg en diensten, met als doel dat naar één integraal doel werd gewerkt met daarbinnen voor ieder eigen subdoelen.*

- *Er volgde een gezamenlijke bijeenkomst van MT-leden, met als doel dat ieder geïnspireerd is dit uit te dragen.*
- *De vertegenwoordiging van Zuwe in externe overlegvormen werd geïnventariseerd en ook op intranet gezet, zodat het helder is waar Zuwe Zorg vertegenwoordigt*
- *Er werden afspraken gemaakt over input en terugkoppeling wat betreft het extern overleg, met als doel dat in externe overleggen het totale belang van ZuweZorg zou worden meegenomen.*

Het is de bedoeling dat er ook meer integraal aangestuurd gaat worden, maar het denken daarover is nog in een pril stadium.

Hoe werden medewerkers van de organisatie over deze stappen geïnformeerd?

Door Zuwe Zorg pers, de nieuwsbrief en intranet.

Is er al resultaat merkbaar na de start van het project?

Alleen al door de brainstormsessies weten medewerkers elkaar meer te vinden en kijken ze breder.

Er moet nog geëvalueerd worden.

Kun je iets zeggen over het contact met huisartsen wat betreft deze ontwikkelingen?

De huisartsen zijn hier niet zo blij mee, omdat er veel via hen ging en dat wordt op deze manier minder. Zorg gaat ook over geld en macht.

Wat vind jij daar van?

Enerzijds is dat jammer, anderzijds blijft het altijd mogelijk te zoeken naar wat je bindt en als zorgverleners elkaar te versterken. Huisartsen handelen vooral op het medische vlak. Het zou goed zijn als zij wat minder op een voetstuk geplaatst worden.

Het is natuurlijk zo de overheid en de gemeenten willen dat de cliënt zoveel mogelijk verantwoordelijk blijft voor zijn eigen gezondheid en welbevinden. Pas waar dat niet lukt, kan zorg worden geboden mits het verantwoord kan worden en betaald.

Wanneer moeten verpleegkundigen doorverwijzen naar andere disciplines en wanneer kunnen zij zelf op psychosociaal gebied iets voor de cliënt betekenen?

Verpleegkundigen en verzorgenden bij Zuwe worden bijgeschoold over de gevolgen van ziekten op psychosociaal vlak en ook op het gebied van motiveren.

Toch is het ook zo dat de schoenmaker bij zijn leest moet blijven. Het is belangrijk dat de verpleegkundige zijn grens kan aangeven. Als een cliënt niet wil worden doorverwezen en alleen zijn verhaal kwijt wil, is dat prima, tot op zekere hoogte.

Zuwe cliënten krijgen bij de aanvang van zorg een map met daarin een algemene informatiebrochure over alle diensten. Als medewerkers overleg nodig hebben met andere disciplines informeren ze de cliënt er over dat dit wordt weggeschreven op zijn of haar rekening.

We moeten er ook een beetje van af dat we zelf zorg willen geven aan de cliënt. Het gaat om wat de cliënt nodig heeft.

Hartelijk dank dat je wilde meewerken aan het onderzoek!

Telefonisch interview met Francien van Andel, maatschappelijk werker bij Opella

Bij Beweging 3.0 in Amersfoort onderzoeken wij de verbinding tussen de divisies MZD en TZ. Biedt Opella ook maatschappelijk werk, thuisbegeleiding en thuiszorg?

Opella heeft een afdeling Thuiszorg, Thuisbegeleiding en Maatschappelijk Werk. TB en MW zijn nu nog twee takken. Het is de bedoeling dat zij meer gaan samenwerken.

Het MW komt voort uit Maatschappelijke Dienstverlening Veluwe/Ede. Wij maken nog gebruik van protocollen en beleid uit deze (voorgaande) organisatie. Het Maatschappelijk Werk vaart nu ongeveer één jaar onder de vlag van Opella.

Krijgt het Maatschappelijk Werk binnen Opella wel eens doorverwijzingen vanuit de Thuiszorg van Opella?

Nee, ik heb dat nog nooit meegemaakt. Ook mijn collega die hier langer werkt heeft dit nog nooit meegemaakt. De samenwerking tussen Thuisbegeleiding en Maatschappelijk Werk is er wel.

Profileert het Maatschappelijk Werk zich naar de Thuiszorg en zo ja, op welke wijze?

Op de locaties waar wij werken wel, maar dat is dan bijvoorbeeld in verzorgingshuizen. Ik ben er zeker van dat medewerkers in de Thuiszorg op de hoogte zijn van het aanbod van MW. Er worden regelmatig berichtjes geplaatst op de (intranet)site van Opella over het aanbod en de werkwijze van MW. Het gaat dan om een medewerker gedeelte op de site.

Verder kunnen ze ons vinden via het servicepunt. Dit is Opella-breed. Men kan de cliënt daar aanmelden en dan komt het binnen bij de bureaudienst van het MW. We zullen de aanmelder vragen de cliënt zelf contact met ons op te laten nemen. Tenzij er een meer outreachende aanpak nodig is, dat kan ook. Dan moet wel aan de voorwaarden voor een outreachende aanpak voldaan worden en dan spreken we over mensen die aan de zijkant van het leven staan en geen hulp willen.

E Datapreparatie: Labellijsten

Thema's: **Samenwerken**; **Informatie**; **Structuur**; **Huisarts**; **Mantelzorg en familie**; **Verantwoordelijkheid**; **Clientbelang**; **Werkwijze MZD**; **Privacy**; **Vertrouwensband**; **Deskundigheid**; **Oplossingen, ideeën en behoeften van medewerkers** **Beweging 3.0**

C1	C2	VIG1	VIG2	
client belang/ positie	samenwerking HH mist	moesten invullen	onbekend MZD	privacy
klik	client centraal	mzd onbekend	belang samenwer king	signaal
samenwerking	afstand tot MW	afstemming	inbreng niet gestimuleerd	werkwijze MZD
vertrouwd	belang client	taak(positie) onduidelijk	wil ruimte capaciteiten	profileren MZD
informer onduidelijkhei aanbod mzd	signaal	structuur	mijn eis is ingewilligd	info aanbod aan iedereen
signaal	moeite met signalen	meekrijgen	onduidelijk- heid taak	bevoegdheid
weinig aandacht PS	signaleren als proces	signalerings- proces	passief geworden	geen informele bijeenkomst
geen betrokken heid	mantelzorg	huisarts	signaal stagneert	belang client benadering
privacy regeling onduidelijk	competenties VZ (meerzijdig partijdig)	ondersteuning	werkplezier enthousiasme neemt af	
MW op afroep ondersteuning iem die meedenkt	bevoegdheid	Competent in activeren	positieve ervaring	
samenwerking HH mist	ondersteuning meedenken	vertrouwen	onmacht	
overlegt	belang client	netwerk/ mantelzorg	grens deskundig heid	
verwijst	betrokkenheid MW op onze clients	wisseling personeel	samenwerking	
folders	geniet vh werk	informatie	inschatting competentie vigger	
geen overleg	respect om geven	consultatie	tijd geen probleem	
moeilijk zelf hulp vragen	ontplooien (positie)	route	consultatie	
Idee mw geen tijd		signaal	client centraal	
zorgleefplan		betrokkenheid		
contactpersoon		verantwoor- delijkheid		
andere hv onbekend		ontbreken gezamenlijkheid		
mantelzorg		signaal stagneert		

VIG3		VIGVK		VK1
gelatenheid of ergens voor gaan		genietenv contact m mensen	persoonlijk kennen	positie
grens deskundigheid	formulieren veel zorg eerst	onbekend aanbod		veranderde functie
competentieVig (soms bewust niet over beginnen)	mening	niet samenwerken		onvrede
onbekendaanbod beide kanten	signaleren proces	eyeopener		TB misgelopen
samenwerken	verantwoordelijk heid	signaal		geen samenwerking
succesverhaal		mantelzorg		weet de wegMW
taken structuuronduidelijk	bevoegdheid	huisarts		aanbod onduidelijkTB
Ondersteuning Consultatie	kort	MZD komen gezicht		Informatie teamverg.
mantelzorg	horen+zien	grens deskundigheid		grens deskundigheid
gebouw niet	persoonlijk	ondersteuning		openheid
effect enquête	wijkgericht werken prettig	tijd geen belemmering		vertrouwen
Informatie aanbod +casus		client centraal		privacyregels
afstandelijkheid Mw zelf wel		info aanbod		toegankelijkheid
MZD Minder concreet dan GVK		mantelzorg		verwijst (ingezet)
vertrouwensrolTZ		vertrouwensband jeu vak		bevoegdheid route langer vz
werkwijze MZD		onduidelijk privacyregels		onduidelijkheid taak
moeite met sign		eyeopener		ieder zin ding
gezicht		moeite met signalen		
huisarts		zelf doen		
rol teamleider		effect arbeidsdeling (alleen thuiszorg)		

Vk2		Vk3	Vk4	
positie		aanbod MZD	zelfde locatie niet	mantelzorg
gebrek integratie	blij met wijkgericht werken	ZS inzetten	samen werken	belang client normering
onbekendh route	niet bij inwerken meegekregen	terugkoppeling ieder zn ding	client	rol team leider
huisarts	hierarchie	vertrouwd kennen clients goed	huisarts	helderheid aanbod
bereikbaarheid	info werk overleg	werkwijze mzd	machteloos actie	teamoverleg
onbekendh aanbod	terugkerend agendapunt	signaal	geld	interne soc kaart
voor welke vraag?	enthousias meren moeilijk	huisarts	positie	kort
delegeren	client centraal	gesp. vk op psychsoc gebied	ruimte	grappig
effect rapporteren?	ruimte na aanloop chaos	situatie tz niet sign.	ondersteuning wat vind jij	sprekend
mijn wijk (gebrek gezamenlijkheid)	bewust financiele situatie B3	toegankelijkheid	onduidelijk	
signalerings methode (formulieren)	toegankelijkheid	moeite met singalen	toegankelijkheid	
vertrouwensband	info blijft bij TL hangen	op cliëntniveau	onduidelijkheid taak TB	
privacyregels	productiviteit	ondersteuning (nu zs)	proces signaleren	
competentie vp benadering	gezicht	mantelzorg/ netwerk	rapportage	
signaleer proces		positie	niveau	
deskundigheid vp- vz		twijfel aan spv'er	compentie vz	
normering kwaliteit leven visie			ruimte vz	
steunkousimago			nadruk product iviteit	
formuleren rapportage			veel verantwoord- elijkheden	
clientbespreking			blij wijkgericht	
			structuur tz	

Vk 5	Vk6	Gvk 1		Gvk2	
onbekend aanbod	productie	gezicht	blij met wijk gericht	doelgroep smaller geworden (senioren)	belang client
niet weten wat ermee moeten	positie	eyeopener enquête	voorchting niet massaal	bekendheid mzd	bekendheid van elkaars taken
signaal	snelle besluiten zonder overleg	proces signaal	MZD op TZ af	overleg TZ	locatie niet
mantelzorg	locatie niet		wat is de ZS?	tijd TZ	MGZ opleiding
respect client	mantelzorg	continuïteit	huisarts	benaderen met vraag consultatie	moeite hulpvraag formuleren in zorgleef plan visie? cliëntbelang?
grens deskundigheid	succesverhaal	tijdsdruk	onduidelijkheid strategie	signaleren& rapporteren route en aanbod	HH
consultatie	ervaring met samenwerking	MZD niet in beeld	toegankelijkheid	onduidelijk actie op sign. lijst	communicatie
vertrouwen	grens deskundigheid	samenwerking	lef (laat maar)	verantw taak	mw in team
grens werk tz	verschil ziekenhuis-TZ	meedenken consultatie	mantelzorg zelfstandigheid client	huisarts	ervaring met verwijzen
werkdruk	niveau	telefoonnummer gezicht(wie moet ik hebben)	rapportage wat?	mantelzorg	
niveau niet belangrijk	tijd vk om verz routes controle	geen idee van route	geen tijd meer	steunkous imago	
teamverg kennismaken	casus klinische les	desk signaleren	dossier werkt niet goed	blij met wijkgericht	
consultatie	privacyrespect	mening over taak	casemanagement	taakafbakening	
MDO	belang client	geen actie verzorgende		onbekendheid structuur	
huisarts		structureren clientbesprekingen		privacy	
onduidelijkheid verantwoorde lijkheid tz		privacy opdringen?		mw gekoppeld aan team	
succesverhaal		vooroordeel over mw werkwijze mw		gezicht	
veel info naar vz komen niet		continuïteit vertrouwensaspect		casus	
		taken raken uit beeld			

MW1		MW 2	MW 3	MW 4
bij client	ervaring	meedenken	reuring/rust	ieder zijn ding
algemene nummer	vaste personen die bereikbaar zijn	huisarts	autonomie cliënten	werkdrukTZ
consult		verbaasd signaal TZ komt niet door	functie gebouw anders TZ/MZD	onbekend aanbod MZD
moeite actie na signaal	in vak TZ zit nog niet verwijzen (vaardigheden)	TB in casus	route	vroeger HH samenwerking
vermoeden wel sign	zelf doen	drempel voor client	interesse in ouderen MW	teamoverleg praatje
werkwijze mzd	MZD gebruik van aanwezig TZ	zorg meedragen	visie op client	dichte deuren
afhankelijk v.werker	eigen stuk?	succesverhaal	vertrouwd	zien veel bij cliënten thuis
training	vaardigheden hbo niveau	gezicht	verantwoordelijkheid	huisarts
privacy	contacten relatie	vertelt over werk	geen actie	
huisarts	behoefte moet duidelijk worden naar gemeente	teamverg voorstellen	positie	
informatie salarisstroom	consultatie	cliëntoverleg	fusie mw	
pushen te lezen		cursus met casus gelijkwaardig	geen collegagevoel	
casus			training beide kanten	
wijzen op belang client+ belang medewerker			weten over elkaars werk	
verantwoorde lijkeheid B3			experiment pilot bij cliëntoverleg	
drempel			manager teamleider uitleg horen medew.	
werkwijze mzd onduidelijk				
procedure intake				
er opaf				

MWVK		TB 1	TB2	tb als verzorgende
onbekendh mzd		zorg voor client centraal	info werkt samenwerken	onduidelijk heid lijnen
eyeopener				
onbekend structuur TZ	scorelijsten depressie vallen	onduidelijk taak	ZScontact- persoon loketfunctie	ondersteuning
rapportage maar geen actie	client praat er niet gemakkelijk over	respect transparant privacy	zien elkaar bij maliebaan	ruimte VZ voor actie
veel overleg reorganisatie clientbespr opgeschort	komt niet toe aan zorgleefpl.	hierarchie	bereikbaar tz	cursus op interesse behoefte (aansluiten)
jammer HH weg	verschil kijk op mensen belang client	route onduidelijk	wens bemiddelen in TZ positie	durven
huisarts		respect privé client		
aanmeld intake procedure werkw mw	signaal	werkwijze mzd	gedrag client grens verz.	
vertrouwd persoon, niet nog iem.	ervaring samenw.		aanvullen	
ondersteuning	voorleggen aan mw		verz heeft ons nodig	
taakafbakenen			gezicht	
onbekendh aanbod			privacy	
Riagg in beeld				
in elkaars keuken kijken				
gezicht				
visie op werkwijze mw				
stem				
teamverg.				
clientbespr ni				

GVO	ZS1		ZS2	
HH achter voordeur	positie verbindende rol	nieuwe werkwijze TZ	positie meer van MW weten omdat ik dat nodig heb	consultatie concurrentie
onduidelijk structuur organisatie	zoeken	vraaggericht		onduidelijk- heid structuur
op management niveau elkaar vinden	positie vaarwater	zorg leef plan werkt niet	lastig binnenlopen	taken onduidelijk
weerstand	taak afbakening	huisarts	bang om te storen	competenties verzorgende mening daarover
verandering werkwijze TZ	zoeken	respect client? (wij gaan meekijken) aanleveren clients	spreekuur MW voor ZS	onduidelijk aanbod GVO (wel de scholing)
geen vervolg (actie)	niveau taak onduidelijk	ZS weet verschil TB en MW niet	werkwijze mw drempel	info over organisat orische veranderingen
ieder voor zich	verantwoor- delijkheid		verschil MW en TB niet helder	grenzen tz
locatie	protocol wie wat doet		verwijzen niet in systeem TZ	huisartsen geen standaard overleg
onbekend wat voor elkaar betekenen	licht op		route niet helder	TB bereikbaarheid wachten
ziet tz belang?	ZS zoekt naar aanbod B3		ZS over verwijzing	
folders	ondersteuning		het is belangrijk dat medew. weten wat wij doen	
teamleiders	signalen		W.J. zet ZS in op landurige begeleiding op ziektebeeld	
nieuwsbrief	zelf werk creëren			
stap om contact te maken	tijd			
	angst verantwoorde lijkheid			
	clientenover leg tz vaag			
	structuur			
	concurrentie			
	ZS medisch			

TL1		TL2		TL3
mw solistisch	elkaar kennen	elkaar vinden	deskundigheid	rust
commercieel denken	afstemmings gesprek	samenwerken	proces relatie tz medew.	gebouw niet
rust	gespreksruimte ongeschikt voor ouderen	tz signaleert	rollenspel	TL ziet belang niet
eigen ding	toestemming wanneer het aan de orde is	tijd	folders niet	mantelzorg
behoefte belang client	ZS niet aan de orde voortrekkers doen dit prima	overzicht structuur	menselijk contact	huisarts
noodzaak belang organisatie	weten waar ze terecht kunnen	privacy	mw in complexe situaties	sign formulieren
werkwijze mw		deskundigheid	TL heeft geen zicht op werkwijze medew.	veel zieken
nieuwe mw'ers		hulp durven vragen en onzekerheid delen	op werkwijze medew.	tijd
keuze organisatie		clients geen hulp willen	mantelzorg	TL overleg met TZ medew.
wijkgericht blij		visie over cliëntsituatie	vaak enquêtes	geén borrel of teamdag
extra poppetje beperken		geld	geen protocol	verbinding op cliëtniveau
vertrouwen		zichtbaar	sociale kaart	mw bij huisartsen overleg
onrust voorbij		aanhaken bij team/aansluiten	veel	kaartje met gezicht
consulteren		onduidelijk taken Mw /tb	onbekend hoe client info krijgt over aanbod	instructie
ps is anders als medisch Qua sign medewerkers		bereikbaarheid	overzicht	
signaal		casus	PS is uitdaging voor TZ	
moeite grenzen		folders	grens	
huisarts		huisarts		
overleg met medew. over belang		beeld over mw visie vk over mw		
		imago mw werkwijze		

M1		D1	MTL
zicht op aanbod	capaciteit vanuit gemeente	gescheiden werelden	zorgleefplan
signaleren TZ	gezamenlijke opdracht	noodzaak integraal werken	tijdsdruk
wisseling teamleaders TZ	visie	actie	inzicht
tijd	eigen ding	vertrouwensband	ruimte voor capaciteit
ketensamenwerking geen TZ-werk		zelfredzaamheid	structuur
info en voorlichting werkt niet		kanteling	korte lijnen
de kanteling		mantelzorg	herkenning
mensen		ondersteuning	zichtbaarheid
competenties verbindend werken		procedure denken	samenwerking
geld		sociaal maatsch taak	verschillende gebieden
communicatie training tz medewerkers		digitaal en fysiek elkaar vinden	
training signaleren		effect langzaam afgerekend op financiën	
structuur én belang moet begrepen worden		effect integraal werken langzaam merkbaar (afgerekend op financiën, zorgind. input en klanttev)	
verwachtingen helder maken		actie op sign moet geregeld zijn!	
voorlichting TB/ZS		social media optie voor kennisuitw. enthousiasmeren	
huisarts		meer oog voor elkaar op inhoud/locatie	
verschil in financiële situatie			
mw is gratis en verbinden hoort in het vak			