

28/5/2014



gemeente Cuijk



ONI

DE- CLIËNT CENTRAAL

Niek van Hagen ©

Naam & Studentnummers:	Lisette Vermeer	465390
	Britt Sjoerdsma	481898
	Niek van Hagen	466667
	Joyce Kwint	480402

Begeleider:	Roeland Harms
Klas:	MWD-VH04
OWE:	Onderzoek en Innovatie

Voorwoord

Dit product is een afstudeerscriptie betreft de transitie van de AWBZ naar de Wmo. Een actueel onderwerp dat zorgt voor een grote verschuiving binnen het maatschappelijk werk.

Onze afstudeer opdracht hebben wij uitgevoerd op de afdeling Werk, Inkomen, Zorg, sector Zorg van de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert. Wij willen via deze weg onze opdrachtgevers Mariëlla Bastiaans en Eric van Maaren, onze begeleider vanuit de hogeschool Roeland Harms en onze ouders bedanken voor hun inzet, kennis overdracht en emotionele ondersteuning. Ook willen wij graag de organisaties bedanken die mee hebben geholpen aan ons praktijkonderzoek, bedankt!

De volgende personen hebben deelgenomen aan deze afstudeergroep:

Britt Sjoerdsma, ik ben 20 jaar oud en woon in Malden.

Joyce Kwint, ik ben 23 jaar oud en woon in Ede.

Lisette Vermeer, ik ben 22 jaar oud en woon in Nijmegen

Niek van Hagen, ik ben 23 jaar oud en woon in Nijmegen.

Wij zitten allemaal in ons vierde jaar van de opleiding Maatschappelijk werk en Dienstverlening op de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

1. Samenvatting	5
2. Inleiding	6
3. Probleemanalyse	7
3.1 Macroniveau	7
3.2 Mesoniveau	8
3.3 Microniveau	9
4. Onderzoeksvraag, doel & resultaat	12
4.1 Hoofdvraag	12
4.2 Deelvragen	12
4.3 Doelstelling onderzoek	12
4.4 Project resultaat	12
4.5 Begripsafbakening	12
4.5.1 Gemeente Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert	12
4.5.2 Volwassen Psychiatrische Hulpvragers	12
4.5.3 Extramurale begeleiding	13
4.5.4 Transitie	13
4.5.5 AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)	13
4.5.6 Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)	13
4.5.7 Cliëntenparticipatie	13
5. Onderzoeksofzet	14
5.1 Onderzoeksparadigma	14
5.2 Type onderzoek	14
5.3 Te raadplegen databronnen	14
6. Methodische verantwoording	16
7. Resultaten	17
8. Conclusie	23
9. Aanbevelingen	25
10. Kwaliteitseisen	28
11. Discussie	30
Bibliografie	32
Bijlagen	35
Bijlage 1. Motivatie project groepsleden	35
1.1 Niek van Hagen	35
1.2 Joyce Kwint	35

1.3 Lisette Vermeer	36
1.4 Britt Sjoerdsma	36
Bijlage 2. Definitie van kwaliteit	37
Bijlage 3. Voorgeschiedenis	39
Bijlage 4. Kanteling.....	42
Bijlage 5. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de transitie.....	43
Bijlage 6. Extramurale begeleiding	46
Bijlage 7. Begrippen wetsvoorstel	48
Bijlage 8. Visie op de zorg die nodig is	50
Bijlage 9. Plan van aanpak.....	51
Bijlage 10. Keuze databronnen	54
10.1 Afgenomen interviews.....	54
10.2 Niet afgenomen interviews.....	61
Bijlage 11. Topiclijst.....	66
Bijlage 12. Uitgewerkte interviews	67
Bijlage 13. Getranscribeerd interview	93
Bijlage 14. Labels in raamwerken	103
Bijlage 15. Definitieve labels	108
Bijlage 16. Uitgebreide versie innovatieve ideeën	109
Bijlage 17. Neveninformatie	113
Bijlage 18. Interview gemeente	114
Bijlage 19. Contactgegevens	120

1. Samenvatting

Per 1 januari 2015 treedt de transitie van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking. Een component die met de transitie naar de Wmo overgaat is extramurale begeleiding. Als gevolg van deze transitie zijn wij door de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert gevraagd de volgende vraag te beantwoorden: *Hoe kan de extramurale begeleiding aan volwassen psychiatrische hulpvragers door de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert op een efficiëntere wijze, binnen de beperkte financiële kaders, georganiseerd worden na de transitie van de AWBZ naar de Wmo per 1 januari 2015?*

Naar aanleiding daarvan hebben we in kaart gebracht wat de transitie precies inhoudt. Dit hebben we gedaan, aan de hand van literatuuronderzoek, door een analyse te maken van de voorgeschiedenis en de huidige situatie van de transitie.

We hebben vervolgens tien zorgaanbieders geïnterviewd en ondervraagd middels inventariserend onderzoek. Deze zorgaanbieders leveren zorg aan, of zijn betrokken bij psychiatrische hulpvragers. Bij dit onderzoek hebben we gewerkt met een topiclijst. De belangrijkste conclusies van ons onderzoek hebben we per topic aangegeven. De belangrijkste conclusies zijn:

- Doelgroep: in de hulpverlening worden verschillende werkwijzen gehanteerd, deze moeten na de transitie hetzelfde worden. Hierbij moet maatwerk worden ingezet (vraaggerichte hulpverlening).
- Extramurale begeleiding: er zitten positieve aspecten aan de huidige vormgeving van de extramurale begeleiding. Er zijn veel innovatieve ideeën om de extramurale begeleiding na de transitie efficiënter vorm te geven. Deze innovatieve ideeën hebben wij onderverdeeld in de volgende drie categorieën: Dagbesteding, (Vrijwillige) Hulpdiensten in de zorg en Meetinstrumenten waarborging kwaliteit.
- Transitie: organisaties ondervinden positieve gevolgen van de decentralisatie en zijn deels zelf al bezig met het ontwikkelen van efficiëntere werkwijzen. Er kan bezuinigd worden op facilitaire kosten. Er moet meer samengewerkt worden door hulpverleners van verschillende organisaties.
- Participatiesamenleving: het samenleven en samenzijn moet worden bevorderd. Hulpverleners moeten hierbij specifiek aandacht hebben voor de eigen kracht van de cliënt. Mantelzorgers worden overbelast. Om verdere overbelasting te voorkomen moet een verdeelsleutel ingevoerd worden.
- Indicatie: de huidige manier van indiceren geeft veel ontevredenheid bij de geïnterviewden. De manier van indiceren na de transitie moet consequent, duidelijk, helder en zorgvuldig zijn.

2. Inleiding

Dit onderzoek heeft als onderwerp de transitie van de AWBZ naar de Wmo. Onze opdrachtgever is de teamleider van de afdeling Werk, Inkomen, Zorg, sector Zorg van de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert. Per 1 januari 2014 zijn de ambtelijke organisaties van de gemeenten Cuijk, Grave en Mill & Sint Hubert samengevoegd (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2012). Onder de afdeling Werk, Inkomen, Zorg (WIZ) vallen de Wet werk en bijstand (Wwb) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De Wmo valt onder de sector zorg. Mevrouw Bastiaans, teamleider afdeling Werk, Inkomen, Zorg formuleerde de visie en missie van de Wmo als volgt:

- De **visie** van de Wmo luidt als volgt: mensen compenseren in het dagelijks leven, zodat zij mee kunnen doen in de maatschappij.
- De **missie** van de Wet maatschappelijke ondersteuning is het zorgen dat mensen mee kunnen doen in de maatschappij, maar ook het vergroten van de zelfredzaamheid van de mensen. Mensen die zich bij de Wmo aanmelden, wordt eerst gevraagd naar hun eigen kracht. Als mensen hun probleem zelf kunnen oplossen met behulp van hun omgeving of de benodigde financiële middelen, compenseert de Wmo niet. Op deze manier wordt de zelfredzaamheid van de mensen aangescherpt. Er wordt eerst gekeken naar wat de cliënt zelf kan, dan naar wat de omgeving kan en als laatst wordt er gekeken naar wat de gemeente voor de mensen kan betekenen.

We zijn bij de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert terecht gekomen door in het derde stagejaar gelegde contacten met de afdeling Werk, Inkomen, Zorg. Wij doen binnen deze gemeenten onderzoek hoe de extramurale begeleiding aan volwassen psychiatrische hulpvragers efficiënt georganiseerd kan worden, binnen de beperkte financiële kaders, na de transitie van de AWBZ naar de Wmo per 1 januari 2015. Door onderzoek te doen naar hoe de hulpverlening efficiënter vormgegeven kan worden binnen de Wmo, hebben we een bijdrage geleverd aan het ontwikkelen van het tot stand te komen beleid en daarmee ook aan de kwaliteit van de uiteindelijke hulpverlening. Onze definitie van kwaliteit kunt u vinden in bijlage 2. Uiteindelijk hebben wij voor dit onderwerp gekozen, omdat het vraagstuk een belangrijke verschuiving is in het toekomstig beroepsbeeld van het maatschappelijk werk. De motivatie van de groepsleden kunt u vinden in bijlage 1.

Na deze inleiding volgt de probleemanalyse, die wij op drie verschillende niveaus (macro, meso en micro) met literatuur hebben onderbouwd. Daarna volgt het onderzoeksontwerp. Hierin staan de onderzoeksbenadering, de databronnen die wij hebben gekozen en de dataverzamelingstechnieken die wij hebben gebruikt in ons onderzoek. Vervolgens geven we de resultaten uit de interviews, die wij met verschillende betrokken partijen hebben gehad. Uit deze resultaten hebben wij een conclusie getrokken, waarmee we onze hoofdvraag hebben beantwoord. Daarna geven wij onze aanbevelingen met betrekking tot de probleemstelling. Hierop volgt de discussie, waarin wij aangeven hoe we rekening hebben gehouden met de kwaliteitseisen bruikbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit. Daarbij gaan we ook in op hoe we dit een volgende keer nog beter zou kunnen doen. Als laatst volgt de bibliografie. Hierin staat alle literatuur die wij voor ons onderzoek hebben gebruikt. Achter in het verslag kunt u de bijlagen vinden, die het stuk onderbouwen. Hier kunt u extra informatie over bepaalde onderwerpen vinden en verdiepende informatie over de werkwijze van het onderzoek.

3. Probleemanalyse

3.1 Macroniveau

Het rijkskabinet heeft in 2014 een wetsvoorstel voor een nieuwe Wmo ingediend waarin staat dat per 1 januari 2015 de extramurale begeleiding, die nu nog onder de AWBZ valt, over zal gaan naar de Wmo. Deze transitie heeft als gevolg dat gemeenten verantwoordelijk worden voor de uitvoering van de extramurale begeleiding. Meer informatie over de voorgeschiedenis van de Wmo kunt u vinden in bijlage 3.

De verandering heeft betrekking op hoe de zorg is ingericht. De bedoeling is dat we van de klassieke verzorgingsstaat over gaan naar een participatiesamenleving. De transitie vormt een onderdeel van die overgang naar een participatiesamenleving. Hieronder zullen we daarom eerst beschrijven wat cliëntenparticipatie inhoudt en vervolgens wat het woord participatiesamenleving betekent en wat we daaronder verstaan. "Cliëntenparticipatie omschrijven we als de actieve deelname van cliënten aan de totstandkoming, voortgang en de afronding van de hulpverlening" (Brinkman, 2001, p.16). Cliëntenparticipatie zorgt er voor dat de zelfredzaamheid van de cliënt vergroot wordt. Er wordt door de hulpverleners bewust gewerkt aan empowerment. "Empowerment wordt het proces genoemd waarin cliënten krachtiger worden gemaakt, het versterken van mensen. Het gaat erom dat mensen weer greep op hun situatie krijgen en de situatie van onmacht tegenover hun sociale omgeving overwinnen" (Hoeksema, 2006, p. 80).

De cliëntenparticipatie is een belangrijk aspect van de participatiesamenleving. "De klassieke verzorgingsstaat verandert langzaam maar zeker in een participatiesamenleving. Van iedereen die dat kan, wordt gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leven en omgeving", zei koning Willem-Alexander in september bij zijn eerste troonrede" (Movisie, 2014). Hieruit blijkt nog niet hoe de participatiesamenleving er in de praktijk uit komt te zien. Movisie (2014) is een landelijk kennisinstituut en adviesbureau voor sociale vraagstukken. Zij zeggen over de participatiesamenleving het volgende:

Wie dat kan zorgt voor zichzelf, de naasten, de buurt en de maatschappij. En wie hulp nodig heeft spreekt eerst de 'eigen kracht' aan, zorgt voor een netwerk dat bijspringt en schakelt pas daarna de overheid in. Concreet betekent het dat alle burgers meer moeten gaan mantelzorgen en meer vrijwilligerswerk moeten gaan doen.

Nog een reden waarom het Rijkskabinet de transitie van de AWBZ naar de Wmo noodzakelijk acht: de kosten voor zorg. Deze kosten zijn de afgelopen jaren toegenomen. Als deze manier van zorg verlenen doorgaat, zal de zorg in Nederland onbetaalbaar worden. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2013) geeft de volgende reden voor de noodzaak van besparing op de kosten voor de AWBZ:

Hervormingen in de langdurige zorg zijn noodzakelijk, omdat bij de huidige uitgavengroei het stelsel financieel onhoudbaar is. De AWBZ heeft een sterke groei van de uitgaven gekend van €275 miljoen bij aanvang naar €25,1 miljard in 2011. De groei van de AWBZ kosten is drie keer zo hoog als bruto nationaal product. Door de maatregelen van het kabinet wordt de groei afgevlakt in de periode 2014-2017 en blijft de langdurige ondersteuning en zorg beter houdbaar voor toekomstige generaties. Conform het Regeerakkoord leidt de hervorming tot structureel minder uitgaven ter grootte van €3,5 miljard.

Voor het financiële kader van de extramurale begeleiding betekent dit dat er 25%, van de huidige uitgaven van de begeleiding, per 1 januari 2015 gekort gaat worden. De gemeenten dienen de extramurale begeleiding op een nieuwe, effectievere manier die past binnen het beperkte financiële kader, vorm te geven. De transitie van de extramurale begeleiding naar de Wmo gaat officieel in vanaf 1 januari 2015. Het jaar 2015 is nog een overgangsjaar. In 2015 dienen alle hulpvragers van de AWBZ die extramurale begeleiding krijgen, opnieuw

geïndiceerd te worden. Tot dat er een nieuwe indicatie gesteld is, blijft de indicatie die door de AWBZ gesteld is gelden. Per 1 januari 2016 moeten de gemeenten alle hulpvragers opnieuw geïndiceerd hebben volgens het nieuwe beleid van de Wmo. Voor alle indicaties die veranderen, geldt dat er een overgangsmaatregel gesteld dient te worden (Gemeenten Brabant Noordoost-Oost, 2014).

3.2 Mesoniveau

Op mesoniveau zijn het gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert waar de verandering doorgevoerd zal worden. Het probleem is ontstaan doordat gemeenten de verantwoordelijkheid hebben gekregen om het beleid met betrekking tot de transitie van de AWBZ naar de Wmo vorm te geven. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten geeft aan dat deze nieuwe voorziening binnen de Wmo wettelijk veel beleidsvrijheid heeft om vormgegeven te worden. Hiermee wordt het volgende bedoeld:

De wet bepaalt niet de aard van de voorzieningen die de gemeente treft, noch de wijze waarop zij het aanbod organiseert en met wie zij afspraken maakt. De gemeente legt zelf accenten als het gaat om voorwaarden en criteria bij het toekennen van voorzieningen en kan zo de plaatselijke omstandigheden mee laten wegen. De wet biedt daarmee een ruime beleidsruimte voor gemeenten (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, z.d.).

De gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert zijn momenteel samen met twaalf gemeenten uit Brabant Noordoost-Oost bezig met het schrijven van een beleidsplan rondom de extramurale begeleiding die binnen de Wmo komt te vallen. De tweede conceptversie van het beleidsplan is klaar. Deze is bij het College van burgemeester en wethouders geweest en is momenteel ter beschikking voor inzage. De beleidsvrijheid die gemeenten krijgen, heeft zowel voordelen als nadelen. Een nadeel is dat de vormgeving rondom de transitie voor de gemeenten onbekend terrein is. Zij zullen daarom veel tijd, werk en geld in de transitie moeten steken, om uiteindelijk tot een goede vormgeving van de hulpverlening te komen.

Een voordeel is dat de zorg die de gemeente aan haar burgers kan bieden, op een dusdanige manier vormgegeven wordt dat deze goed aansluit bij de hulp- en dienstverlening van de zorgaanbieders binnen de gemeente. In de nieuwsbrief van *Zorgvisie: een brug tussen beleid en praktijk*, staat het volgende over de samenwerkingsverbanden tussen de gemeente en de verschillende uitvoerende instanties:

De overgang van AWBZ naar Wmo is in volle gang en toch werken gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders onvoldoende samen. De partijen zijn het qua visie vaak eens, maar slagen er nog niet in de zorg concreet in te vullen. Gemeente en zorgaanbieders hebben verschillende belangen, en dat maakt het vraagstuk complex (Zorgvisie: een brug tussen beleid en praktijk, 2014).

De gemeente heeft de mogelijkheid om samenwerkingsverbanden te leggen met de hulp- en dienstverlenende organisaties rondom de extramurale begeleiding, wanneer de verschillende belangen van de gemeente en de hulp- en dienstverlenende organisaties in beeld zijn gebracht. Volgens de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (z.d.) kan het volgende probleem ontstaan bij de transitie: "Gemeenten hebben als regisseurs een natuurlijke focus op professionele partners". Zorgaanbieders hebben vanuit de AWBZ een focus op hun financiering. Dit zorgt er voor dat de organisaties die de hulp- en dienstverlening aanbieden, onderling kunnen gaan strijden om hulpvragers, omdat hulp- en dienstverlenende organisaties financieel afhankelijk zijn van de gemeente. Zij hebben dus eigen belangen. Dit zou er mogelijk voor kunnen zorgen dat de strijd over wie de hulpverlening gaat uitvoeren, belangrijker wordt dan hoe die hulpverlening eruit komt te zien. Hierdoor zou de hulpvrager de dupe kunnen worden van de concurrentie tussen de hulp- en dienstverlenende organisaties. Hier was voor de transitie ook wel sprake van, echter door de nieuwe bezuinigingen is deze kans groter.

De veranderingen die binnen de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert zullen plaatsvinden, doen zich voor binnen de afdelingen die met de transitie te maken krijgen. Hieronder vallen de werknemers van de afdeling

Publiekszaken, team Werk, Inkomen en Zorg, cluster Zorg (hieronder vallen de Wmo-consulenten) en de beleidsmedewerkers. De Wmo-consulenten dienen na de transitie de indicatie voor de psychiatrische hulpvragers te kunnen stellen. Hiervoor moeten zij beschikken over kennis van deze doelgroep en van de nieuwe manier van indiceren, om zo na de transitie adequate en efficiënte zorg te kunnen leveren aan psychiatrische hulpvragers. Wanneer de Wmo-consulenten onvoldoende kennis hebben over de doelgroep, kan dit er voor zorgen dat psychiatrische hulpvragers die extramurale begeleiding nodig hebben, deze niet krijgen. Dit blijkt uit een onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2010):

Uit groepsgesprekken met mensen met een psychische handicap komt naar voren dat zij soms moeite hebben om de goede voorzieningen te krijgen. Zij wijten dit aan het feit dat een niet-zichtbare handicap minder snel wordt (h)erkend en aan het feit dat loketmedewerkers relatief weinig ervaring hebben met de GGZ-doelgroep (p.198).

Er is reeds gewerkt aan het vergroten van de kennis van de Wmo-consulenten van de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert, door middel van een cursus die hen (door de gemeente) aangeboden is. Tijdens deze cursus worden zij op de hoogte gebracht van alle belangrijke informatie rondom de doelgroep van psychiatrische hulpvragers en de andere doelgroepen die binnen de extramurale begeleiding vallen.

Voor de oplossing van het probleem waarvoor de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert zich gesteld zien, zijn geen *good practices* van andere gemeenten voorhanden. Er is wel informatie te vinden over opgestelde beleidsplannen, die zich richten op onder andere de transitie van de AWBZ-begeleiding. Dit zijn echter plannen die nog niet uitgevoerd zijn, waar dus geen resultaten van zijn en die zodoende niet als *good practices* kunnen gelden. Die praktijkvoorbeelden die vindbaar zijn, bevatten algemene overkoepelende beleidspunten, waar geen concrete acties onder geschaard worden. Het is duidelijk waar gemeenten in algemene zin met de begeleiding naar toe willen, maar hoe ze dit dan willen gaan doen blijft onduidelijk.

3.3 Microniveau

Op microniveau analyseren we onze doelgroep, namelijk volwassen hulpvragers (18-65 jaar) met een psychiatrische aandoening die vanuit de huidige AWBZ extramurale begeleiding ontvangen. Wij richten ons specifiek op deze doelgroep, aangezien onze opdrachtgever een specifieke bezorgdheid over deze doelgroep heeft. De gemeenten zijn bang dat deze groep buiten de boot zal gaan vallen, omdat zij moeite kunnen hebben met het meekomen in de participatiesamenleving. Waarom zij hier moeilijk in mee kunnen komen, leggen wij verderop in deze paragraaf uit.

De vraag is hoe de zorg die onze doelgroep momenteel ontvangt, zo efficiënt en adequaat mogelijk vormgegeven kan worden binnen de transitie van de AWBZ naar de Wmo. Daarbij moet voorkomen worden dat de specifieke bezorgdheid van onze opdrachtgever werkelijkheid wordt, namelijk dat zij buiten het hulpverleningsaanbod zullen vallen.

Het Transitiebureau (2011) geeft aan dat er in 2011 landelijk gezien 67.750 hulpvragers met psychiatrische problematiek waren die extramurale begeleiding ontvingen. Thuiszorgorganisatie Directzorg verstaat onder psychiatrische ziekten "stoornissen op het gebied van denken, emoties en gedrag. Men gedraagt zich anders omdat de wereld om hen heen anders wordt waargenomen, begrepen en ervaren" (Directzorg Nederland, z.d.). Uit deze omschrijving wordt duidelijk dat vele aandoeningen/ziekten onder psychiatrische ziekten kunnen vallen. De doelgroep waar wij ons op richten valt hierbinnen echter nader te specificeren.

De groep hulpvragers met psychiatrische problematiek die extramurale begeleiding ontvangen bestaat uit mensen met een chronische psychiatrische aandoening, die is geconstateerd volgens het classificatiesysteem DSM IV. Het Bureau van Toegepaste Sociale Gerontologie omschrijft de DSM als een internationaal classificatiesysteem, een soort van etiketsysteem (2013). Middels de DSM worden classificaties gegeven voor psychische stoornissen (Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie, 2013).

Hulpvragers met psychiatrische problematiek worden vaak belemmerd in enkele, of meerdere leengebieden, waarbij vaak een combinatie van stoornissen bestaat. Deze groep hulpvragers heeft niet alleen maar last van de psychiatrische aandoening zelf, maar ook van de gevolgen ervan (TransitieBureau, 2011). "Door deze gevolgen zijn ze blijvend beperkt in hun deelname aan het maatschappelijk verkeer" (TransitieBureau, 2011). Voorbeelden hiervan zijn dat psychiatrische hulpvragers moeite hebben met het vinden en onderhouden van sociale contacten, met het vinden en houden van een baan, of het zelfstandig wonen. Dit heeft tot gevolg dat zij, vaak hun hele leven lang hulp of ondersteuning nodig hebben (TransitieBureau, 2011). De mate waarin deze ondersteuning plaatsvindt, is echter verschillend. Het komt voor dat een hulpvrager door een soms kleine gebeurtenis in zijn omgeving uit balans raakt en als gevolg daarvan voor een korte of langere periode meer of andere zorg nodig heeft (TransitieBureau, 2011).

Het TransitieBureau (2011) geeft aan wat de meest voorkomende aandoeningen met blijvende beperkingen zijn, namelijk:

- Stemmingsstoornissen: bijvoorbeeld depressieve stoornis, dysthymie en bipolaire stoornis.
- Angststoornissen: bijvoorbeeld paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie en gegeneraliseerde angststoornis.
- Middelendoornissen: bijvoorbeeld alcohol- of drugsmisbruik en alcohol- of drugsafhankelijkheid.
- Aandachtstekort- of gedragsstoornissen: ADHD, gedragsstoornis, oppositoeel-opstandige gedragsstoornis en antisociale persoonlijkheidsstoornis.
- Psychotische stoornissen: een psychose is een psychiatrisch toestandbeeld, waarbij de cliënt het normale contact met de - door zijn omgeving ervaren - werkelijkheid geheel of gedeeltelijk kwijt is, bijvoorbeeld schizofrenie.
- Combinaties van stoornissen.

Eerder beschreven we dat onze opdrachtgever bang is dat psychiatrische hulpvragers buiten de boot zullen vallen, omdat zij moeilijk mee kunnen komen in de participatiesamenleving. Met de transitie wordt een grote stap gezet naar de participatiesamenleving, waarin steeds meer een beroep wordt gedaan op de burger zelf en zijn omgeving, voordat professionals ingeschakeld worden. (Meer uitleg over de participatiesamenleving hebben wij gegeven in de paragraaf 'Macroniveau'.)

Psychiatrische hulpvragers ervaren de wereld vaak anders dan mensen zonder psychiatrische aandoening. Door anderen worden zij daarom al snel bestempeld als 'raar'. Dit heeft tot gevolg dat zij vaak minder sociaal zelfredzaam zijn (Gemeente Noordoostpolder, 2014). Dit belemmert psychiatrische hulpvragers vervolgens om een sociaal netwerk op te bouwen en te kunnen onderhouden. Het gebrek aan een sociaal netwerk kan inhouden of tot gevolg hebben dat een hulpvrager geen sociale steun ontvangt. Sociale steun is "de steun die iemand van anderen ontvangt bij het hanteren van stressvolle situaties" (Zimbardo e.a., 2009, p. 713). In de participatiesamenleving is het van belang dat een psychiatrische hulpvrager wel sociale steun ontvangt, aangezien er een groter beroep wordt gedaan op de burger en diens omgeving.

Het ontbreken van sociale steun zou er uiteindelijk toe kunnen leiden dat psychiatrische hulpvragers niet mee kunnen komen in de participatiesamenleving en zo uiteindelijk ook niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Een verdergaand gevolg van het ontbreken van een sociaal netwerk en sociale steun kan zijn dat psychiatrische hulpvragers te maken krijgen met sociale uitsluiting. Dit kan betekenen dat ze niet bij de samenleving *mogen* horen, of dat ze er niet bij *kunnen* horen. Wat er in beiden gevallen toe kan leiden dat de psychiatrische hulpvragers er zelf ook niet meer bij *willen* horen (Schuyt, 2006).

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (2010) geeft aan dat "mensen met een verstandelijke beperking of psychische aandoening de informatie over de Wmo soms moeilijk kunnen vinden" (p. 205). Hiermee wordt

bedoeld dat de wet en regelgeving rondom de Wmo voor hen te complex is. Met de transitie van de AWBZ naar de Wmo zal men nog meer zelf moeten regelen, wat het risico met zich meebrengt dat de weg naar hulpverlening na de transitie voor deze doelgroep nog lastiger begaanbaar is. Voor psychiatrische hulpvragers is het echter van groot belang dat de hulpverlening en ondersteuning laagdrempelig blijft, om de eerder omschreven eventuele gevolgen te voorkomen (De Heer-Wunderink, 2012).

4. Onderzoeksvraag, doel & resultaat

4.1 Hoofdvraag

Alle informatie die tot op heden binnen deze probleemanalyse aan bod gekomen is, heeft een bewust gekozen volgorde. Het analyserende onderdeel, op macro-, meso- en microniveau, geeft de verschillende factoren weer die van invloed zijn op ons onderwerp, startend vanuit maatschappelijk oogpunt en vanaf daar omlaag werkend tot de groep waar het uiteindelijk om draait: de cliënt. De logische volgende stap is de formulering van een adequate (hoofd)vraagstelling en daarbij horende deelvragen. We hebben de volgende hoofdvraag geformuleerd:

Hoe kan de extramurale begeleiding aan volwassen psychiatrische hulpvragers door de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert op een efficiënte wijze, binnen de beperkte financiële kaders, georganiseerd worden na de transitie van de AWBZ naar de Wmo per 1 januari 2015?

4.2 Deelvragen

We hebben de volgende twee deelvragen geformuleerd:

1. *Hoe is de extramurale begeleiding aan volwassen psychiatrische hulpvragers op dit moment geregeld?*
2. *Hoe kan deze extramurale begeleiding aan volwassen psychiatrische hulpvragers efficiënter geregeld worden binnen de beperkte financiële kaders die de gemeenten hebben?*

4.3 Doelstelling onderzoek

Kennis en inzicht verschaffen over hoe de gemeenten Cuijk, Mill, Grave & Sint Hubert de extramurale begeleiding aan de psychiatrische hulpvragers kunnen inrichten, met het oog op de cliëntenparticipatie, zodat zij hen de zorg kunnen bieden die nodig is.

4.4 Projectresultaat

Een rapportage met aanbevelingen aan de gemeenten Cuijk, Mill, Grave & Sint Hubert, waarin staat hoe zij de extramurale begeleiding aan de psychiatrische hulpvragers in kunnen richten, met het oog op de cliëntenparticipatie, zodat zij hen de zorg kunnen bieden die nodig is.

4.5 Begripsafbakening

4.5.1 Gemeente Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert

Gemeente	Inwonersaantal
Cuijk	24.772 (op 1 januari 2014)
Grave	12.730 (op 1 januari 2013)
Mill & Sint Hubert	10.906 (op 1 januari 2013)
Totaal aantal inwoners alle 3 de gemeenten:	48.408

(Gemeente Cuijk, z.d.), (Gemeente Grave, z.d.) en (Gemeente Mill & Sint Hubert, z.d.)

Tot de inwoners van de gemeente Cuijk behoren ook de inwoners van de kerkdorpen Beers, Haps, Katwijk, Linden, Sint-Agatha en Vianen (Gemeente Cuijk, z.d.). De gemeente Mill & Sint Hubert bestaat uit 4 kernen; Mill, Langenboom, Sint Hubert, Wilbertoord (Gemeente Mill & Sint Hubert, z.d.).

4.5.2 Volwassen Psychiatrische Hulpvragers

Hulpvragers, met een leeftijd tussen de 18 en de 65 jaar, van de Wmo die een psychiatrische ziektebeeld hebben. "Psychiatrische ziekten zijn stoornissen op het gebied van denken, emoties en gedrag. Men gedraagt zich anders omdat de wereld om hen heen anders wordt waargenomen, begrepen en ervaren" (Directzorg Nederland, z.d.).

4.5.3 Extramurale begeleiding

Extramurale begeleiding betekent letterlijk: begeleiding buiten de muren van een (zorg)instelling. Begeleiding wordt door het 'Transitiebureau Begeleiding in de Wmo' als volgt omschreven: "Begeleiding omvat de door een instelling of natuurlijk persoon te verlenen activiteiten die de zelfredzaamheid van cliënten bevorderen, behouden of compenseren. Begeleiding kan zowel intramurale als extramurale zorg betreffen. Alleen de extramurale begeleiding wordt gedecentraliseerd naar het gemeentelijke domein" (Transitiebureau Begeleiding in de Wmo, 2011). Wij richten ons met ons project dan ook enkel op de extramurale begeleiding. Een verdere omschrijving van hoe de extramurale begeleiding vormgegeven is, staat in bijlage 6 'Extramurale Begeleiding'.

4.5.4 Transitie

De encyclopedie (z.d.) zegt het volgende over een transitie: "Een transitie is een structurele verandering die het resultaat is van op elkaar inwerkende en elkaar versterkende ontwikkelingen op het gebied van bijvoorbeeld economie, cultuur, technologie, instituties en natuur en milieu". De transitie waar wij ons op richten, is de transitie van de AWBZ naar de Wmo. De transitie van de AWBZ naar de Wmo houdt in dat de Nederlandse gemeenten per 2015 verantwoordelijk worden voor de ondersteuning en begeleiding van hun burgers (Xanten, 2014).

4.5.5 AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)

"De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) betaalt de langdurige zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten. Zij hoeven dan geen hoge kosten te maken als ze dure verpleging, verzorging of behandeling nodig hebben. Het kabinet is van plan om de AWBZ ingrijpend te hervormen. Dat is nodig om de zorg in de toekomst betaalbaar te houden" (Rijksoverheid, z.d.).

4.5.6 Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)

"De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) regelt dat mensen met een beperking ondersteuning kunnen krijgen. Het kan gaan om ouderen, gehandicapten of mensen met psychische problemen. Zij krijgen bijvoorbeeld huishoudelijke hulp of een rolstoel. Gemeenten voeren de Wmo uit. Zij bepalen zelf op welke manier ze dat doen" (Rijksoverheid, z.d.).

4.5.7 Cliëntenparticipatie

"Cliëntenparticipatie omschrijven we als de actieve deelname van cliënten aan de totstandkoming, voortgang en de afronding van de hulpverlening" (Brinkman, 2001, p.16). Cliëntenparticipatie zorgt er voor dat de zelfredzaamheid van de cliënt vergroot wordt. Er wordt door de hulpverleners bewust gewerkt aan empowerment. "Empowerment wordt het proces genoemd waarin cliënten krachtiger worden gemaakt, het versterken van mensen. Het gaat erom dat mensen weer greep op hun situatie krijgen en de situatie van onmacht tegenover hun sociale omgeving overwinnen" (Hoeksema, 2006, p. 80).

5. Onderzoeksopzet

5.1 Onderzoeksparadigma

Voor ons onderzoek hebben wij gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering. Het uitgangspunt van deze onderzoeksbenadering is dat de onderzoeker de sociale werkelijkheid wil begrijpen. Migchelbrink (2009) zegt hierover: "kennis over de te onderzoeken werkelijkheid kan alleen verkregen worden door de werkelijkheid van binnenuit te bestuderen" (p.34). De onderzoeker gaat hierbij te werk door praktijkonderzoek te doen, dat gericht is op het werken vanuit de belangen van de verschillende organisaties. Wij zullen hierdoor de vraagstelling van binnenuit bestuderen, wat betekent dat wij in nauwe samenwerking met de betrokken organisaties zullen werken.

Een kwalitatieve onderzoeksbenadering is, net als andere onderzoeksbenaderingen die Migchelbrink in zijn boek noemt, verbonden aan vooronderstellingen. Migchelbrink (2009) noemt vier punten waar deze vooronderstellingen betrekking op hebben: "Hoe de sociale werkelijkheid er uit ziet, hoe de mens wordt gezien, hoe we kennis kunnen verkrijgen over de werkelijkheid en de wijze van kennisverwerving" (p.32). Het stelsel van vooronderstellingen dat bij een onderzoeksbenadering hoort, wordt het onderzoeksparadigma genoemd. Bij de kwalitatieve benadering hoort, zo schrijft Migchelbrink (2009), het interpretatieve paradigma.

Migchelbrink (2009) geeft de opvatting van het interpretatieve paradigma als volgt weer:

Volgens de opvatting van het interpretatieve paradigma bestaat de sociale werkelijkheid niet los van mensen. De werkelijkheid wordt geconstrueerd door het individu, en is subjectief van aard. Het uitgangspunt is dat er geen eenduidige, enkelvoudige werkelijkheid bestaat. Kennis over de te onderzoeken werkelijkheid kan alleen verkregen worden door de werkelijkheid van binnenuit te bestuderen (p.34).

Dit paradigma sluit aan bij ons onderzoek, omdat wij vanuit de beleving, belangen en het perspectief van de verschillende organisaties te werk gaan. We benaderen de organisaties afzonderlijk, om in te kunnen spelen op de verschillende perspectieven, belevingen en belangen van deze organisaties. Migchelbrink (2009) geeft aan dat deze aspecten belangrijk zijn om in de belevingswereld van de onderzochten te komen, "Het perspectief, begrip of de interpretatie van de onderzochten staan centraal in kwalitatief onderzoek. De onderzoeker probeert zicht te krijgen op belevingswereld en belevingswaarde van een individu of sociaal verschijnsel" (p.34). Dit gaan we doen door middel van half-gestructureerde interviews. "In deze interviewvorm wordt structuur aangebracht in het interview met behulp van een zogenaamd interviewschema of topiclist. Dit is een van te voren vastgestelde lijst van gespreksonderwerpen die in de loop van het interview aan de orde moeten komen" (Migchelbrink, 2009, p.207). Onze topiclist is te vinden in bijlage 11.

5.2 Type onderzoek

Wij kiezen voor inventariserend onderzoek, omdat wij op deze manier kunnen inventariseren hoe de huidige situatie in elkaar steekt en wat er vervolgens gedaan kan worden om de transitie zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. Door middel van dit type onderzoek krijgen we uiteindelijk inzicht in de maatregelen die nodig zijn om de zorg voor volwassen psychiatrische hulpvragers die extramurale begeleiding ontvangen, te organiseren na de transitie van de AWBZ naar de Wmo per 1 januari 2015, wat antwoord geeft op onze vraagstelling.

5.3 Te raadplegen databronnen

De databronnen die wij zullen raadplegen gedurende ons onderzoek zijn:

- Literatuur;
- Uitvoerende instanties;

- Betrokken personen;
- Gemeenten Cuijk, Mill, Grave & Sint Hubert.

De gemeenten Cuijk, Mill, Grave & Sint Hubert werken met verschillende uitvoerende instanties. De volgende uitvoerende instanties hebben wij voor ons onderzoek benaderd:

- GGZ Oost Brabant;
- Dichterbij;
- Trajectvol;
- Bureau Beckers;
- Steunpunt Mantelzorg;
- Radius;
- MEE;
- VerdiHuis;
- Per Saldo;
- Stichting vrijwillige hulpdiensten Cuijk;
- Novadic Kentron;
- Labyrinthzorg;
- Buro Maks.

Daarnaast zijn er verschillende personen die betrokken zijn bij de extramurale begeleiding. De volgende betrokken personen benaderen wij voor ons onderzoek:

- Mevr. B. - Voormalig werknemer Pantein;
- Mevr. G. - Belangenbehartiger psychiatrische hulpvragers.

6. Methodische verantwoording

In de lijst met te raadplegen databronnen, ziet u de databronnen die voor ons onderzoek van belang zijn. In bijlage 10 vindt u een overzicht en verantwoording van de geplande interviews.

Nadat we alle interviews hebben uitgevoerd, hebben we de informatie die tijdens deze gesprekken naar voren is gekomen, uitgewerkt op papier. Eén interview hebben we getranscribeerd (zie bijlage 13), zodat onze werkwijze tijdens de interviews duidelijk is en controle van wat we bij de resultaten geschreven hebben mogelijk is. Van de andere interviews hebben wij samenvattingen van de besproken topics gemaakt (zie bijlage 12). Om de resultaten uit het onderzoek op een heldere manier te presenteren, zijn we als volgt te werk gegaan:

- We hebben een lijst gemaakt van de overkoepelende topics die in de interviews besproken zijn.
- Per interview hebben we, aan de hand van de topics, labels gemaakt van de onderwerpen die besproken zijn. De uitkomsten hiervan staan in bijlage 14.
- Deze verschillende labels hebben we per categorie samengevoegd tot definitieve labels. Dit hebben we gedaan door te kijken welke labels er in de verschillende interviews het meest naar voren kwamen. Op deze manier zijn we objectief gebleven. Bij het sorteren van de labels, hebben we gekeken naar de labels die informatie kunnen geven op onze hoofd- en deelvragen. De definitieve labels vindt u in bijlage 15.
- Aan de hand van de definitieve labels, zijn we terug gegaan naar de informatie uit de interviews. Per label hebben we samengevat wat er over het specifieke label in het interview naar voren is gekomen.
- De uitkomsten van deze samenvattingen hebben we samengevoegd tot een algemene uitkomst van resultaten. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van citaten uit de interviews, om de uitkomsten te onderbouwen (zie hoofdstuk 7).
- Vervolgens hebben we conclusies getrokken uit de resultaten van ons onderzoek (zie hoofdstuk 8).
- De aanbevelingen hebben we geformuleerd aan de hand van onze conclusies (zie hoofdstuk 9).

7. Resultaten

We hebben gesproken met verschillende betrouwbare zorgaanbieders en betrokken personen middels een halfgestructureerde interviewmethode, waarbij een topiclijst gebruikt is. Gedurende de interviews is niet altijd elk topic bij elke partij aan bod gekomen. Verder ligt bij het ene gesprek meer nadruk op bepaalde topics dan bij het andere gesprek. Dit is passend bij onze werkwijze. Een belangrijk voordeel is dat op deze manier veel informatie ingewonnen wordt. Een nadeel is dat eenduidigheid soms kan ontbreken. De topics zijn voortgekomen uit onze hoofd- en deelvragen. Voor wat betreft de keuze voor onze relevante resultaten hebben we specifiek gekeken naar de beantwoording van onze hoofd- en deelvragen. Samenvattend maken de hier bovengenoemde aspecten dat het voorkomt dat we informatie in onze resultaten hebben meegenomen, waar slechts enkelen ondervraagden iets over gezegd hebben.

Doelgroep

Wensen van de cliënt

Gedurende vier van de tien interviews is het onderwerp 'wensen van de cliënt' aan bod gekomen. Zo is er gezegd door twee van de vier geïnterviewden dat de wens van de cliënt voorop dient te komen staan in de hulpverlening en dat de cliënt daarnaast serieus genomen wordt. Verder lijkt er (zo geven drie partijen aan) op dit moment geen eenduidig beeld te zijn over de behandeling van de hulpvraag van de doelgroep. Zo noemt de ene partij dat momenteel de hulpvraag van de psychiatrische cliënt zelf moet komen, een ander zegt weer dat de indicatie nu niet altijd overeenstemt met de wensen van de cliënt en weer een andere partij zegt juist aan te sluiten bij de cliënt door hem te betrekken bij het opstellen van het zorgplan, de begeleiding met hem te bespreken, en deze na controle van de cliënt door hem te laten ondertekenen om dit vervolgens eens per half jaar te evalueren. Meer eenduidigheid zou positief zijn, zo blijkt uit de verschillende gesprekken.

Maatwerk

Maatwerk, dat nauw verbonden is aan de eerder genoemde wensen van de cliënt, is binnen de hulpverlening belangrijk (binnen de categorie doelgroep), zo wordt door twee van de tien geïnterviewden gezegd. Maatwerk is hulpverlening die aansluit op de specifieke situatie van de cliënt. *"Men zegt altijd: ieder mens is uniek. Maar hier wordt niet naar geleefd"*. Bij wensen van de cliënt is reeds genoemd dat de hulpverlening moet aansluiten bij de cliënt. Twee partijen geven aan dat er daarom maatwerk geleverd moet worden.

Extramurale begeleiding

Overbelaste mantelzorgers ontlasten

Gedurende vijf van de tien gesprekken is gesproken over het ontlasten van overbelaste mantelzorgers. Tijdens deze gesprekken is naar voren gekomen dat de mantelzorgers het zwaar hebben of zwaar zullen gaan krijgen (na de transitie). Te zwaar, zo wordt ook gezegd. Een kanttekening daarbij, zo wordt in één van de vijf gesprekken aangegeven, is dat het wel lastig vast te stellen is of een mantelzorger wel of niet in staat is om nog meer taken op zich te nemen (na de transitie), omdat de draagkracht van elke mantelzorger anders is. In ieder geval wordt wel verwacht dat er een tekort zal komen aan mantelzorgers.

Er zijn verschillende ideeën om overbelaste mantelzorgers te ontlasten aan bod gekomen gedurende de gesprekken. Ontlasten kan bijvoorbeeld door middel van het organiseren van dagbesteding voor de cliënt, zo werd door twee van de vijf geïnterviewden aangegeven. Daarbij wordt genoemd door één van de geïnterviewden dat wanneer psychiatrische hulpvragers geen dagbesteding hebben, zij mogelijk overlast kunnen gaan veroorzaken (op plaatsen waar ze anders niet zouden komen). *"Zonder dagbesteding kan het*

risico bestaan dat er verveling en overlast ontstaat, met name onder psychiatrische hulpvragers." Dit zorgt weer voor extra druk op de mantelzorgers, omdat zij hier indirect mee te maken krijgen.

Daarnaast wordt door twee van de vijf partijen specifiek de aandacht gevestigd op de samenwerking tussen mantelzorgers en de hulpverlening. Een goede communicatie met een behandelend professional zou een mantelzorger al veel goed doen. Hulpverleners moeten er bijilstaan dat een mantelzorger soms tijdelijk de zorg niet kan dragen, wanneer hij of zij overspoeld wordt met te dragen lasten, zo geeft één van de vijf geïnterviewden aan. Zij kunnen hier echter bovenop komen en dan mogelijk weer ingezet en betrokken worden bij de hulpverlening. Aandacht voor het proces dat de mantelzorger door maakt is hierbij belangrijk. Dit is een proces dat voor iedere mantelzorger verschillend kan zijn.

Verder is gebruik maken van een verdeelsleutel een optie, zo gaf één van de vijf partijen aan. Dit houdt in dat er binnen de betrokken kringen van de cliënt gekeken wordt naar een adequate verdeling van de mantelzorg (zodat deze niet bij één persoon komt te liggen).

Ambulante zorg

Door vier van de tien partijen wordt specifiek gesproken over ambulante zorg. Eén van de partijen noemt het belang van een kijkje achter de deuren (bij verschillende cliënten) nemen. Een andere partij heeft het over het dichterbij huis komen en nog een andere partij heeft het er over dat je meer ziet tijdens een huisbezoek dan dat je hoort tijdens een gesprek op kantoor. Deze laatste partij geeft daarnaast aan dat het middels ambulante zorg mogelijk is om vanuit de vertrouwde omgeving van de cliënt te werken, wat een manier van preventief werken is. De hulpverlener merkt hierbij op: *"Je werkt aan de vraag achter de vraag. Mensen komen soms met een hele andere vraag binnen."* De hulpverlener is zodoende ook een stap dichterbij de omgeving (en het netwerk) van de cliënt, waardoor hier op ingespeeld kan worden.

Verder zeggen zij dat ambulante zorg de hulp laagdrempelig maakt, wat belangrijk is. Deze laagdrempeligheid vermindert wanneer de cliënt moet reizen. Hulp zoeken kan voor sommige cliënten al een drempel zijn, deze wordt hoger naar mate de cliënten verder moeten reizen vanwege de kosten en tijd die zij dan kwijt zijn.

Welzijn is een ondergeschoven kindje

Zorg lijkt een belangrijkere rol te spelen dan welzijn, zo blijkt uit twee van de tien interviews. Er wordt niet verder gekeken dan de medische aspecten, wat in de toekomst naar verwachting alleen nog maar meer zal gebeuren. Dit terwijl er door één van de geïnterviewden wordt gezegd: *"Wanneer het goed gaat met het welzijn van een hulpvrager, is er minder (medische) zorg nodig"*.

Transitie

Bezuinigingen & Financiën

Eén van de tien geïnterviewde partijen geeft aan dat door een goede samenwerking een besparing verwacht wordt, op kosten voor personeel en kantoorruimte. *"Ongeveer 20% van de totale hulpverleningskosten is bespaard door betere samenwerking en het besparen op facilitaire kosten"*. Verder geeft één van de tien partijen waar we mee gesproken hebben aan, dat bij het hulpverleners aan nieuwe cliënten reeds een gekantelde manier van werken gehanteerd wordt. Zodoende zijn middels een andere werkwijze ook kosten bespaard.

Andere denkwijze

"Denk niet in beperkingen, maar in mogelijkheden!" Wat door drie van de tien ondervraagden wordt aangegeven is dat er een omslag in het denken nodig is; niet meer 'ik zorg voor', maar 'zorgen dat' (zoals één

van de ondervraagden dit specifiek noemt). Dit vraagt niet alleen om een omslag in het beleid van de zorginstellingen, maar voornamelijk om een culturele omslag, zo geeft één van deze ondervraagden aan.

Eén van de tien ondervraagden geeft aan dat professionals zich meer terug zouden moeten trekken en mantelzorgers en empowerment meer gestimuleerd zouden moeten worden. Gezegd wordt dat het daarvoor noodzakelijk is dat mantelzorgers leren om eerder om hulp te vragen.

Kijken naar lange termijn, niet naar korte termijn

Twee van de ondervraagde partijen geven aan dat er meer naar de lange termijn moet worden gekeken. Eén van die partijen geeft aan dat wanneer we allerlei kortdurende interventies gaan doen, we die als een boemerang terug zullen krijgen. *"Je kunt het je gewoon niet permitteren om op korte termijn te kijken"*.

De reden die deze geïnterviewde daarvoor geeft is dat ze cliënten binnen een jaar kunnen trainen op bijvoorbeeld de vaardigheid zelfstandig wonen, maar dat deze vaardigheid moeilijk vast te houden is als de cliënt het contact verloren heeft met zijn omgeving. *"Daarnaast houden mensen met autisme, ADHD en schizofrenie dingen die ze geleerd hebben niet vast. Hier moet langdurig op getraind worden, in een vaste routine. Als er iets verandert in hun situatie, en zij daar niets over geleerd hebben, dan lopen ze alsnog vast"*.

Participatiesamenleving

Stimuleren van eigen kracht

Vijf van de tien ondervraagde ketenpartners heeft aangegeven het van belang te vinden dat de eigen kracht van cliënten gestimuleerd wordt, met name met het oog op de participatiesamenleving. Cliënten halen bijvoorbeeld zelfrespect uit een voor hen zo nuttig mogelijke bijdrage aan de samenleving. *"Het is goed om een cliënt eerst zo veel mogelijk van zijn eigen krachten (en die van het netwerk) gebruik te laten maken en deze te stimuleren, voordat er maatwerk wordt ingeschakeld"*.

Bevorderen van samenleven en samenzijn

Vier van de tien ondervraagden dragen ideeën aan over het bevorderen van het samenleven en samenzijn en hechten waarde aan de bevordering hiervan. Zij geven aan dat bevordering plaatsvindt door het inzetten van de kwaliteiten van hulpvragers in de wijk. Een voorbeeld dat tijdens één interview genoemd werd, was dat een psychiatrische hulpvrager zou kunnen tuinieren bij een hulpvrager met een lichamelijke beperking. Op deze manier worden sociale contacten opgebouwd en empowerment gestimuleerd.

Cliënt en omgeving betrekken bij zorg(plan)

Vier van de tien ondervraagden geven aan momenteel het netwerk van de cliënt te betrekken bij de zorg. Er wordt dan gekeken wat het netwerk kan betekenen binnen de benodigde zorg. *"De samenwerking met de naasten is belangrijk voor de hulpvrager, maar ook voor de naasten"*.

Over het eventueel meer betrekken van de omgeving bij de zorg geeft één van de ondervraagden het volgende aan: *"De meeste mantelzorgers zijn wel bereid om extra bij te dragen aan de zorg van hun naaste, zolang er goed gecommuniceerd wordt"*.

Indicatie

CIZ

Eén van de organisaties geeft aan dat momenteel de AWBZ-indicaties gesteld worden door het CIZ. Dit wordt gedaan aan de hand van een formulier. Het CIZ beoordeelt of een indicatie noodzakelijk is. Het zorgkantoor heeft hier de laatste stem in. Deze aanvraag kan door een derde gedaan worden.

Eén van de tien organisaties ervaart de CIZ aanvraag als lastig, één van de tien ervaart het als een langdurend proces en vindt dat de omgeving bij de indicatie betrokken moet worden om een eerlijk beeld te krijgen van de zorg die nodig is.

Drie van de tien organisaties geven aan dat er geen eenduidige werkwijze wordt gehanteerd bij het CIZ. Eén organisatie geeft aan dat een aanvraag niet altijd goed gaat wegens het ontbreken van informatie.

Indicaties door derden (toekomst)

Acht van de tien organisaties geven ideeën over hoe een indicatie in de toekomst gesteld kan worden. Hier zit echter geen eenduidigheid in. Wel is duidelijk dat deze acht organisaties de huidige manier van indiceren niet goed vinden en er dus zaken in verbeterd dienen te worden.

Samenwerking

Ketenzorg

Bij vier van de tien gevoerde gesprekken is gebleken dat een belangrijk onderdeel van de samenwerking ketenzorg betreft. *"Er moeten onderlinge afspraken gemaakt worden met andere instellingen om een eigen netwerk op te bouwen dat er voor kan zorgen dat de hulpverlening goed op elkaar aan sluit. Samen oplossen en preventieve hulpverlening"*.

Drie van de tien organisaties vinden het van belang dat er gedacht wordt in een groter geheel wat betreft samenwerking tussen organisaties. Een belangrijke wijze waarop dit bewerkstelligd kan worden is door te 'ontschotten'. Ontschotten houdt in dat er organisatiebreed samengewerkt wordt, zonder dat onderscheid gemaakt wordt tussen de taken die bij verschillende organisaties horen.

Daarnaast geeft één van de tien organisaties aan dat er letterlijk meer ruimte bespaard zou kunnen worden. Verschillende instellingen zouden samen in een gebouw kunnen zitten en zodoende kunnen besparen op vaste lasten.

Snellere communicatie

Naast ketenzorg is volgens twee van de tien organisaties snelle communicatie belangrijk (binnen de samenwerking). Volgens één van de organisaties kan er met de komst van wijkteams *"sneller gecommuniceerd worden, omdat verschillende partijen in direct verband met elkaar samenwerken, waardoor zorg sneller georganiseerd kan worden"*. Volgens een andere organisatie is het *"belangrijk dat hulpverleners meer betrokken zijn bij de thuissituatie van de cliënt"*.

Kortere lijntjes

Drie van de tien organisaties geven aan kortere lijntjes van belang te vinden. Door kortere lijntjes te leggen met andere organisaties, kan er volgens één van de tien organisaties preventief gewerkt worden. *"Dingen kunnen voorzien worden, er wordt eerder gesignaleerd. Zo wordt voorkomen dat cliënten weer via de achterdeur binnen komen"*.

Wijkteams

Het opzetten van wijkteams is volgens vier van de tien organisaties een zeer positieve ontwikkeling. *"Het is belangrijk om in de wijk te werken en daar ook letterlijk aanwezig te zijn (bijvoorbeeld in een woonhuis). Onderlinge relaties met de buurtbewoners kunnen op die manier opgebouwd worden, waardoor signalen makkelijker besproken kunnen worden"*. Er is door één organisatie gezegd dat het wellicht beter zou zijn om

een dergelijk team klein te houden, zodat vanuit dat team verdere zorg ingezet kan worden. *"Samenwerken en verbindingen leggen wordt bevorderd doordat men elkaar kent in de wijk"*.

Efficiëntie

Innovatieve ideeën

Negen van de tien ondervraagde partijen zijn gedurende de gesprekken met specifieke innovatieve ideeën gekomen (waarbij vaak wel sprake is van overlap met eerder beschreven resultaten). Deze innovatieve ideeën staan hier onder in drie categorieën puntsgewijs opgesomd. Een uitgebreide versie van de innovatieve ideeën staat in bijlage 16.

Dagbesteding:

- Dienstencentrum: AWBZ en Wmo diensten. Gericht op preventie en samen oplossen.
- Dagbesteding: voor alle doelgroepen, door vrijwilligers.
- Dagbesteding (koken): Samen zijn, elkaar helpen (eten).
- Kookcursus voor doelgroep : koken voor demente bejaarden.
- Dagbesteding nieuwe stijl: Vrijwilligers met professionals als achterwacht. Beschikbaar voor meerdere doelgroepen.
- Behoeftclub: Mensen bij elkaar met dezelfde behoeften. Met en zonder contributie (voor arme mensen moet ook zonder contributie beschikbaar zijn, voor anderen contributie wegens beperkte subsidie).
- Activiteitscentrum: Laagdrempelig. Netwerk vergroten. Mantelzorgers ontlasten.
- Meerdere doelgroepen bij elkaar: Interactie. Samenwerken onder één dak. Kostenbesparing voor medewerkers en huur.
- Lokale zorg: dicht bij de cliënt.

(Vrijwillige) Diensten in de zorg:

- Vriendendienst: Maatje zoeken. Ook voor mantelzorgers. Door vrijwilligers, flexibele activiteiten.
- Buddyzorg: Mensen met WW of bijstandsuitkering gaan leuke dingen doen met doelgroep. Vergroten zelfredzaamheid. Preventief. Kosten besparing.
- Regionaal basis expertise team: Voor vragen stellen als professional. Expertise borgen?
- Kennis-app: Collega's kunnen zien waar je goed in bent. Telefonisch een casus bespreken.

Meetinstrumenten waarborging kwaliteit:

- Meetinstrument om de effectiviteit van de hulpverlening te meten: Dwingen om te veranderen. Gericht werken + ontschotten.
- Zelfredzaamheidmatrix: Ruimte voor experimenteren binnen organisaties. Organisaties zelf laten veranderen. Samenwerking stimuleren. Deskundigheid delen. Cliëntsysteem delen.

Preventieve zorg

Vijf van de tien ondervraagden is van mening dat er na de transitie aandacht geschonken moet worden aan preventief werken. *"Preventief werken is belangrijk, daarmee voorkom je een hoop werk en het kost minder"*. Twee van de ondervraagden geven aan dat het preventieve werken kan plaatsvinden binnen wijkteams, *"een dergelijk team zou bijvoorbeeld in een woonhuis in de wijk gevestigd kunnen zijn, zodat zij ook daadwerkelijk de inwoners kennen en weten wat er gaande is"*.

Lokale zorg

Wat redelijkerwijs aansluit bij de eerder geschreven tekst bij ambulante zorg en de vorming van wijkteams, is lokale zorg. Door vier van de tien geïnterviewden wordt (positief) gesproken over lokale zorg (of een vorm van lokale zorg in de vorm van wijkteams).

Eén van de vier geïnterviewden geeft aan dat het een goede ontwikkeling zou zijn wanneer zorg niet meer centraal georganiseerd wordt, maar gedecentraliseerd wordt. *"De zorg moet niet meer centraal georganiseerd worden, maar juist decentraal."* Dit om dicht bij de mensen te komen. Hulpvragers zullen zodoende gemotiveerder zijn omdat ze dicht bij huis zijn, waardoor minder sprake zal zijn van hulpvragers die niet op komen dagen op hun afspraak. Dit sluit ook aan bij laagdrempeligheid, waar bij 'ambulante zorg' over geschreven is. Verder wordt aangegeven door één van de vier geïnterviewden dat wanneer begeleiding in de wijk (of dicht in de buurt) georganiseerd kan worden, er (in principe) ook geen vervoer nodig zal zijn.

Elektronisch cliëntensysteem

Volgens twee van de tien organisaties kan een efficiëntere werkwijze behaald worden door aanvraagformulieren af te schaffen. *"Wanneer er een mondelinge toezegging is, moet deze ook nog wel formeel gedaan worden, maar dan kan de hulpverlening vast ingezet worden. Daarnaast zal er efficiënter samengewerkt worden wanneer er toestemming gevraagd wordt aan de cliënt om zijn dossier door te geven aan andere instellingen. Uiteraard wel pas na toestemming van de hulpvrager, met handtekening. Wanneer er een elektronisch cliëntendossier zal zijn bij alle instellingen, zal deze samenwerking gemakkelijker gaan".*

Algemeen zorgloket / Eén aanspreekpunt

Drie van de tien geïnterviewde partijen spreken van een algemeen zorgloket of één aanspreekpunt voor de cliënt. Eén van hen spreekt over een aanspreekpunt door middel van een algemeen loket waar cliënten vragen kunnen stellen. Het zou goed zijn als dit zorgloket een vast aanspreekpunt zou zijn voor cliënten, waar ze (vrijwel) altijd eenzelfde persoon treffen met wie ze in gesprek kunnen. *"Er zijn wanneer het nodig is door digitaal te communiceren".* Bij een algemeen zorgloket is het belangrijk, zo wordt door een andere partij (van de eerder genoemde drie partijen) aangegeven, dat de weg naar dit zorgloket voor hulpvragers gemakkelijk te vinden is.

Stel dat het mogelijk zou zijn om een dergelijk zorgloket 24 uur per dag bereikbaar te maken, om in te spelen op mogelijke 'noodkreten' vanuit cliënten, dan zou daarmee intramurale begeleiding voorkomen kunnen worden, doordat kort en direct (extramuraal) ingegrepen kan worden, zo wordt tevens door één van de drie partijen aangegeven.

Goed geschoolde medewerkers

Twee van de tien ondervraagden geven aan het belangrijk te vinden dat medewerkers goed geschoold zijn, wanneer zij gaan over de beslissing welke zorg een psychiatrische cliënt krijgt toegewezen. *"Dit houdt in dat een Wmo-consulent goed opgeleid is, objectief is, goed kan luisteren en beschikt over veel mensenkennis, om zo te kunnen beoordelen wat goed is voor een psychiatrische hulpvrager en wat de consequenties zijn voor die persoon wanneer bepaalde zorg wel of niet wordt toegekend".*

8. Conclusie

Hoofdvraag: Hoe kan de extramurale begeleiding aan volwassen psychiatrische hulpvragers door de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert op een efficiënte wijze, binnen de beperkte financiële kaders, georganiseerd worden na de transitie van de AWBZ naar de Wmo per 1 januari 2015?

Deze hoofdvraag hebben wij onderverdeeld in twee deelvragen, namelijk:

1. *Hoe is de extramurale begeleiding aan volwassen psychiatrische hulpvragers op dit moment geregeld?*
2. *Hoe kan deze extramurale begeleiding aan volwassen psychiatrische hulpvragers efficiënter geregeld worden binnen de beperkte financiële kaders die de gemeenten hebben?*

Een opvallend resultaat uit ons onderzoek is dat een deel van de geïnterviewden reeds anticipeert op de decentralisatie van de zorg. Door verschillende organisaties wordt al op een efficiëntere wijze gewerkt. Zij doen dit onder andere door dichterbij de mensen te komen: zij leveren maatwerk. Uit de resultaten blijkt dat het van belang is dat er maatwerk geleverd wordt, wat inhoudt dat er geen hulp geboden wordt vanuit het aanbod van een organisatie, maar vanuit de hulpvraag van de cliënt. Maatwerk levert een efficiëntere werkwijze op, want er is sprake van bij de cliënt passende hulp: niet meer en niet minder dan nodig is. De vraaggerichte werkwijze van maatwerk sluit aan bij de huidige ontwikkelingen in de hulpverlening.

Uit de resultaten blijkt dat daarbij wel aandacht gehouden worden voor de lange termijn. Nieuwe maatregelen moeten niet te snel ingevoerd worden, er moet voldoende tijd voor genomen worden. Nieuwe maatregelen te snel uitvoeren, kan resulteren in inadequate hulpverlening.

Daarnaast wordt door verschillende organisaties bezuinigd op facilitaire kosten. Dit kan door meerdere instellingen in hetzelfde gebouw te laten werken. Eén van de organisaties die dit heeft ingevoerd geeft aan dat zij hier 20% van de kosten mee heeft bespaard. Verder dragen de ondervraagde partijen een groot aantal innovatieve ideeën aan om efficiënter te werken, welke wij verdeeld hebben in de volgende drie categorieën: Dagbesteding, (Vrijwillige) Diensten in de zorg en Meetinstrumenten waarborging kwaliteit. Wegens de uitgebreidheid van deze innovatieve ideeën staan zij in de resultaten gecategoriseerd. Voor een uitgebreide versie van deze innovatieve ideeën verwijzen wij u naar bijlage 16. Uit al deze ideeën blijkt een zeer open houding vanuit de verschillende partijen en een grote welwillendheid om mee te denken over efficiëntere manieren van werken.

Het is van belang oog te hebben voor de aspecten van de extramurale begeleiding die nu goed gaan. Een waardevolle conclusie omtrent de huidige vormgeving van de extramurale begeleiding, is dat veel organisaties positief zijn over de extramurale begeleiding zoals deze op dit moment geregeld is. Zij zijn bijvoorbeeld te spreken over de laagdrempeligheid ervan. Dit maakt het voor de cliënt makkelijker om hulp te vragen.

Met betrekking tot de doelgroep concluderen wij dat de geïnterviewde organisaties op dit moment verschillende werkwijzen hanteren wanneer het gaat om de hulpverlening aan de cliënt. Organisaties moeten dezelfde werkwijze hanteren, het kan niet zo zijn dat de hulpvraag van de cliënt bij de ene zorgaanbieder anders wordt behandeld dan bij de ander.

Een veelvoorkomende opmerking vanuit de geïnterviewden was dat de eigen kracht van cliënten gestimuleerd moet worden en er daarbij een zo ideaal mogelijke situatie voor de cliënt nagestreefd moet worden. Dit kan bereikt worden door het samenleven en samenzijn te bevorderen. Dit kan onder andere door het inzetten van de competenties van de hulpvragers in de wijk, denk hierbij aan een psychiatrische hulpvrager die klusjes kan doen bij een lichamelijk beperkte hulpvrager. Een psychiatrische hulpvrager ervaart dan dat hij een nuttige

bijdrage levert aan de samenleving, wat de eigen kracht stimuleert. Daarbij zorgt het betrekken van de omgeving van de cliënt, met daarbij de focus op een goede communicatie, ook voor een bijdrage aan een zo'n ideaal mogelijke situatie voor de cliënt. Deze ideale situatie voor de cliënt leidt tot een efficiëntere wijze van begeleiding waar de hulpverleners pas in een later stadium, of helemaal niet, in beeld hoeven te komen. Een andere oplossing die past bij het vormen van efficiëntere hulpverlening en een ideale situatie voor de cliënt, is een algemeen zorgloket of één aanspreekpunt, dat zo mogelijk 24 uur per dag bereikbaar is. Een cliënt kan dan altijd direct ergens terecht indien nodig.

Een veelvoorkomende opmerking van de geïnterviewden is dat veel mantelzorgers overbelast zijn en dit in de toekomst (naar verwachting) nog meer worden. Er is momenteel onvoldoende communicatie tussen mantelzorgers en hulpverleners. Wanneer het inzetten van mantelzorgers beter wordt georganiseerd, door meer te focussen op elke mantelzorger als individu, is een efficiëntere inzet van mantelzorgers mogelijk. De draagkracht van iedere mantelzorger is anders, waardoor het van belang is per mantelzorger vast te stellen of en hoeveel taken hij of zij op zich kan nemen. Een manier om dit vorm te geven is een verdeelsleutel. Een verdeelsleutel houdt in dat binnen het netwerk van elke hulpvrager gekeken hoeveel mantelzorgers er aanwezig zijn, wat de individuele draagkracht is en zodoende wie welke taken op zich kan nemen. Daarnaast is het regelen van een goede dagbesteding voor hulpvragers van belang om een balans te creëren enerzijds de mantelzorg die een mantelzorger verleend en anderzijds zijn of haar belastbaarheid. Wanneer deze balans aanwezig is, zal een efficiëntere inzet van mantelzorgers kunnen plaatsvinden.

Een innovatief aspect van onze uitkomsten is een omslag van denken binnen organisaties. Niet meer: *"ik zorg voor"*, maar *"zorgen dat"*. Dit houdt in dat professionals zich meer terug moeten trekken in de hulpverlening en de eigen kracht van cliënten moeten stimuleren. Niet alleen een omslag in het beleid van de zorginstellingen, maar voornamelijk een culturele omslag is daarvoor nodig. Het terugtrekken van professionals en zodoende minder hulpverlening, betekent een efficiëntere omgang met het budget.

Het bevorderen van samenwerking kan bewerkstelligd worden door ketenzorg. Uit ons onderzoek is naar voren gekomen dat daarvoor de *"schotten"* moeten verdwijnen. Dit houdt in dat hulpverleners zich niet alleen richten op hun eigen organisatie, maar zich richten op samenwerken met andere professionals zonder onderscheid te maken wie bij welke organisatie hoort. Betere samenwerking vereenvoudigt het hulpverleningsproces, waardoor de hulpverlening effectiever wordt. Nauw verbonden hieraan is het inzetten van lokale zorg. Een innovatieve en veel genoemde optie die in ons onderzoek naar voren is gekomen, is het werken in wijkteams. Snelle communicatie en korte lijntjes vormen een solide basis voor preventief werken en een adequate, efficiënte hulpverlening. Om goed samen te werken is het van belang dat organisaties gemakkelijk informatie aan elkaar kunnen overdragen. Een innovatief idee hiervoor is het hanteren van een elektronisch cliëntendossier.

Een conclusie die we kunnen trekken met betrekking tot het indiceren dat de huidige manier van indiceren veel ontevredenheid geeft bij de geïnterviewden. Zij zouden graag zien dat er na de transitie consequent, duidelijk, helder en zorgvuldig wordt geïndiceerd, zodat er direct op een efficiënte wijze hulp verleend kan worden. Om in complexe situaties consequent, duidelijk, helder en zorgvuldig te kunnen indiceren is het van belang dat medewerkers goed geschoold zijn.

9. Aanbevelingen

Hoe kan de extramurale begeleiding aan volwassen psychiatrische hulpvragers door de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert op een effectieve wijze, binnen de beperkte financiële kaders, georganiseerd worden na de transitie van de AWBZ naar de Wmo per 1 januari 2015?

Doelgroep



Zorg er voor dat zorgaanbieders op eenzelfde manier werken. Het kan niet zo zijn dat de hulpvraag van de cliënt bij de ene zorgaanbieder anders wordt behandeld dan bij de ander.



Zet in op het leveren van maatwerk, waarbij de cliënt voorop staat en deze serieus genomen wordt.

Extramurale begeleiding



Bewaak voortdurend het proces van de mantelzorger binnen hulpverlening, door middel van goede communicatie, zodat deze niet overbelast raakt en op een adequate wijze betrokken wordt bij de hulpverlening.



Behoud de positieve aspecten van de huidige werkwijze.



Zorg voor een betere organisatie van de rol die de mantelzorger speelt binnen de zorg, waarbij sprake is van een adequate inschatting van de draagkracht van elke mantelzorger.



Creëer een juiste balans in de belasting van mantelzorgers en de verdere omgeving van de cliënt. Het behoudt of het opzetten van dagbesteding voor de cliënt is hierbij van groot belang, omdat dit de mantelzorger (tijdelijk) ontlast.

Transitie



Heb aandacht voor wat organisaties al doen omrent een efficiëntere werkwijze. Deze informatie is bruikbaar in de toekomst.



Communiqueer naar organisaties dat een omslag in denken nodig is; niet meer: *"Ik zorg voor"*, maar: *"zorgen dat"*. Maak deze organisaties daarnaast bewust dat zij eveneens verantwoordelijkheid dragen, om deze omslag te communiceren naar de hulpvrager en diens omgeving.



Leg meer focus op de lange termijn, in plaats van op de korte termijn. Nieuwe maatregelen te snel uitvoeren, kan resulteren in inadequate hulpverlening.

Participatiesamenleving



Stimuleer de eigen kracht van de cliënt door het bevorderen van het samenleven en samenzijn in samenhang met zijn of haar omgeving, waarbij ingespeeld wordt op de capaciteiten van de cliënt. Zodoende is er sprake van een zo ideaal mogelijke situatie voor de cliënt, wat betekent dat de hulpverlening pas in een later stadium, of helemaal niet in beeld hoeft te komen.

Indicatie



Indiceer consequent, duidelijk, helder en zorgvuldig.



Zet in op adequate scholing van medewerkers die de taak hebben om een besluit te nemen over welke zorg een (psychiatrische) cliënt toegewezen krijgt. Dit kan een complexe taak zijn, die vraagt om een grote bekwaamheid.

Samenwerking



Zet in op ketenzorg, zonder schotten waarbij het hulpverleningsproces vereenvoudigd wordt en samenwerking wordt bevorderd.



Bespaar op facilitaire kosten, door verschillende instellingen onder te brengen in eenzelfde gebouw.



Stimuleer lokale zorg (zorg in de wijk), zodat er preventief gewerkt kan worden en er sprake is van een adequate hulpverlening. Dit kan door middel van snelle communicatie en korte lijntjes tussen zorgaanbieders.

Efficiëntie



Maak gebruik van de verschillende innovatieve ideeën die door de geïnterviewden aangedragen zijn, om efficiënter te werken. In hoofdlijnen gaat het hierbij om dagbesteding, (vrijwillige) diensten in de zorg en meetinstrumenten om de kwaliteit te waarborgen.



Bekijk de mogelijkheid tot invoering van een elektronisch cliëntendossier binnen elke instelling. Efficiëntere samenwerking is hiervan een verwacht gevolg.



Zet een algemeen zorgloket of één aanspreekpunt op, dat zo mogelijk 24 uur per dag bereikbaar is. Dat kan voorzien in een snelle en directe behandeling van de behoeften van de cliënt. Hiermee kan erger voorkomen worden.

10. Kwaliteitseisen

De eisen die onze opdrachtgever, de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert, aan dit project gesteld heeft, zijn als volgt geformuleerd:

- Het project moet realistisch zijn wat betreft de beschikbare financiële middelen. De aanbevelingen moeten daadwerkelijk uit te voeren zijn.

Tijdens het project hebben we rekening gehouden met deze kwaliteitseis. Wij hebben de aanbevelingen realistisch gehouden met betrekking tot de financiële middelen. In onze tweede deelvraag en hoofdvraag hebben we het financiële kader benoemd. Echter, hebben wij in overleg met onze opdrachtgever besloten dat wij ons niet specifiek zullen richten op het financiële aspect van de transitie. In de interviews zijn algemene vragen gesteld over het efficiënter maken van de hulpverlening. Wij hebben bij deze vragen onderscheid gemaakt in vragen met betrekking tot het financiële kader en zonder het financiële kader.

- Het moet een klantvriendelijk project zijn en het moet burgergericht zijn.

Tijdens het project zijn we klantvriendelijkheid en burgergericht te werk gegaan. We hebben hieraan gewerkt door organisaties te benaderen die werken met onze doelgroep, volwassen psychiatrische hulpvragers. Daarnaast hebben we ook twee belangenbehartigers benaderd die zich specifiek inzetten voor deze doelgroep. Van de organisaties verwachten wij, aangezien zij zich als professionals in eerste instantie inzetten om de beste hulp voor de cliënt te regelen, dat zij het belang van de cliënt boven hun eigen belangen stellen. Op die manier houden wij dus rekening met de klant (cliënt) en zijn we burgergericht. Dit komt ook naar voren in de hiervoor genoemde aanbevelingen waarin onder andere het belang van maatwerk wordt benoemd.

- Het project moet zich richten op het beleid van de Wmo, maar tegelijkertijd gericht zijn op het bieden van de zorg die mensen nodig hebben binnen de beperkte middelen die vanuit de gemeente beschikbaar zijn. Zij krijgen niet meer en niet minder dan zij nodig hebben.

Wij hebben deze kwaliteitseis gewerkt door de participatiesamenleving (onderdeel van de kanteling) mee te nemen in de topiclijst van onze interviews. Door aan de verschillende geïnterviewden te vragen wat hun visie hierop is, hebben we dit mee kunnen nemen in onze aanbevelingen en zodoende voldaan aan deze kwaliteitseis. Daarnaast hebben wij regelmatig overleg gehad met de beleidsmedewerker van de gemeenten. Zijn feedback hebben wij verwerkt in het verslag.

- Het resultaat van het project moet voldoen aan de missie van de Wmo, het stimuleren van zelfredzaamheid bij de cliënten.

Het resultaat van het project voldoet aan de missie van de Wmo (het stimuleren van de zelfredzaamheid van de cliënt). Hier hebben we aan gewerkt door belangenbehartigers van de psychiatrische hulpvragers te betrekken bij ons onderzoek. Door naar de visie van organisaties op de participatiesamenleving te vragen, hebben we bij de conclusies aan kunnen geven dat het stimuleren van de eigen kracht van de cliënt een belangrijk punt is, dat ook door de organisaties breed wordt gedragen. De organisaties hebben met dit idee in hun achterhoofd ook adviezen gegeven over hoe de hulpverlening efficiënter gemaakt kan worden. Dit blijkt ook uit de hierboven genoemde aanbevelingen.

Presentatie

Om de aanbevelingen op een gepaste wijze aan de gemeente over te dragen, zullen wij dit rapport niet alleen aan hen overhandigen, maar ook toelichten. Dit doen we aan de hand van een presentatie op donderdag 3 juli 2014. Deze presentatie is bestemd voor de volgende personen van de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert: Teamleider Werk, Inkomen, Zorg (WIZ), de afdeling sector zorg (de Wmo), beleidsmedewerkers van de gemeenten en onze begeleider vanuit school. Door middel van een Prezi-presentatie zal een korte samenvatting gegeven worden over het onderzoek. Daarna zullen de aanbevelingen volgen. De aanbevelingen zullen mondeling toegelicht worden met resultaten uit het onderzoek en voorbeelden uit de praktijk. Door de toelichting tijdens deze presentatie, zullen de aanbevelingen meer gaan leven voor de betrokkenen. Dit zal ervoor zorgen dat ons projectresultaat bruikbaar wordt in de praktijk. Daarnaast wordt de bruikbaarheid en helderheid vergroot doordat de opdrachtgever na de presentatie het fysieke verslag in bezit zal hebben. De opdrachtgever kan ons product gemakkelijk inzien en zodoende de aanbevelingen hanteren.

11. Discussie

De kwaliteitseisen die Migchelbrink(2009) stelt zijn "bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid" (p.127).

Ons onderzoek is bruikbaar voor de opdrachtgever wegens afstemming van onze onderzoeksvraag, op de wensen die leven vanuit de praktijk. Dit hebben wij gewaarborgd door in het begin van ons onderzoek veel te overleggen met de opdrachtgever, draagvlak te creëren met betrekking tot de vraagstelling en door het contact met de opdrachtgever gedurende ons onderzoek te onderhouden.

Door ons van tevoren grondig te oriënteren op de praktijkproblematiek, hebben we onderzoek gedaan dat aansluit bij de vraag van de opdrachtgever. Wegens de actualiteit en omvang van het onderwerp, was er in het begin een gebrek aan volledige kennis. Hierdoor was het stellen van een concrete en duidelijke onderzoeksvraag lastig. Door eerder een specifieke doelgroep binnen het onderwerp te kiezen, hadden we ons eerder kunnen verdiepen in het onderwerp. Hierdoor had de tijd voor het onderzoek nog efficiënter gebruikt kunnen worden.

Een andere kwaliteitseis voor de bruikbaarheid van het onderzoek is het uitvoeren van het onderzoek binnen de daarvoor beschikbare tijd vanuit de opdrachtgever. Hier hebben we aan voldaan door vooraf een planning te maken en ons hieraan te houden. Hierdoor is het mogelijk dat onze aanbevelingen ook daadwerkelijk doorgevoerd kunnen worden door de opdrachtgever.

We hebben onze hoofdvraag toegespitst op de volwassen psychiatrische hulpvragers. In de resultaten van ons onderzoek komt deze doelgroep niet altijd specifiek naar voren. De resultaten zijn gericht op het efficiënter maken van de extramurale begeleiding, waarbij we meerdere keren onze aanbevelingen doortrekken naar de gehele doelgroep en niet alleen naar psychiatrische hulpvragers. De conclusie is meer veralgemeniseerd dan vooraf beoogd en daardoor voor de gemeente bruikbaar voor de gehele doelgroep van de extramurale begeleiding. Met dit aspect zouden we kunnen concluderen dat we in positieve zin een andere (grotere) bijdrage hebben geleverd aan de bruikbaarheid van ons onderzoek.

De validiteit van het onderzoek hebben we gewaarborgd door een selectie van organisaties te maken en daarbij gericht een specifiek persoon met een voor ons nuttige functie te ondervragen. Alle organisaties die we voor ons onderzoek hebben ondervraagd, zijn betrokken bij de hulpverlening rondom de doelgroep. Wij hebben er voor gekozen om met halfgestructureerde interviews te werken in ons praktijkgericht onderzoek. In deze interviewvorm wordt structuur aangebracht door middel van een topiclijst. In deze topiclijst hebben we gespreksonderwerpen vastgesteld, die in het interview aan bod moesten komen. De gespreksonderwerpen zijn de categorieën die we gebruikt hebben bij het uitwerken van de resultaten van het onderzoek. Deze categorieën hebben we onder verdeeld in de belangrijkste subcategorieën(labels) die in de interviews naar voren kwamen of naar onze mening belangrijk waren voor de beantwoording van onze hoofdvraag en deelvragen. Niet elke organisatie iets over iedere subcategorie gezegd heeft, waardoor onze conclusies niet altijd gebaseerd zijn op de visie van meerdere organisaties.

Door één iemand de rol van interviewer op zich te laten nemen, hebben we het onderzoek systematisch eenduidig gehouden.

Omdat het onderzoek vier maanden duurde en het onderwerp erg actueel is, bestond er de kans op groei. "Groei houdt in dat wanneer een onderzoek lang duurt, er automatisch een verandering plaats kan vinden" (Verhoeven, 2011, p. 197). Een voorbeeld hiervan is dat bij het begin van ons project, het nog niet zeker was of de transitie op 1 januari 2015 in werking zou treden. Hier hebben wij rekening mee gehouden door continue op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen omtrent ons onderzoek en zo nodig ons project hierop af te stemmen.

De betrouwbaarheid van het onderzoek hebben we gewaarborgd door onze keuzes te verantwoorden en meerdere dataverzamelingstechnieken te gebruiken. We hadden het onderzoek betrouwbaarder kunnen maken door van tevoren na te denken hoe we het interview op konden nemen. Een toevallige fout die is opgetreden, betreft het disfunctioneren van de opnameapparatuur tijdens één interview. Hierdoor waren we gehinderd bij het verwerken van onze onderzoeksresultaten. De opname bevatte ruis en er ontbraken stukken geluidsfragmenten. Dit leverde voor het verwerken echter weinig grote problemen op, aangezien er tijdens het interview ook is meegeschreven.

We hebben er voor gekozen om één gesprek per organisatie aan te gaan, omdat we er vanuit zijn gegaan dat deze informanten betrouwbaar zijn om namens de hele organisatie te spreken en deskundig zijn met betrekking tot de hulpverlening rondom de psychiatrische hulpvragers. Een volgend onderzoek kunnen we betrouwbaarder maken door meerdere interviews per organisatie af te nemen, om een genuanceerder beeld te krijgen van de visie van de organisatie.

Vervolgonderzoek

Naar aanleiding van ons onderzoek kunnen er mogelijk twee verschillende onderzoeken gedaan worden binnen de afdeling Werk, Inkomen, Zorg, sector Zorg van de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert.

- Onderzoek naar de financiële haalbaarheid van transitie in de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert.

Onderzoek naar de effectiviteit en haalbaarheid van de aanbevelingen die wij doen.

11. Bibliografie

- Brinkman, F. (2001). *Optimaliseren van cliëntenparticipatie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie. (2013). *DSM*. Geraadpleegd op 18 maart 2014, van <http://www.btsng.nl/infobulletin/DSM-4.html>
- Directzorg Nederland. (z.d.). *Psychiatrische ziektebeelden*. Geraadpleegd op 10 maart 2014, van <http://www.directzorg.nl/psychiatrische-ziektebeelden>
- Encyclo online encyclopedie. (z.d.). *Decentralisatie*. Geraadpleegd op 12 maart 2014, van <http://www.encyclo.nl/begrip/Decentralisatie>
- Encyclo online encyclopedie (z.d.). *Transitie*. Geraadpleegd op 24 maart 2014, van <http://www.encyclo.nl/begrip/transitie>
- Gemeenten Brabant Noordoost-Oost. (2014). *Transformatie van AWBZ naar Wmo. Deel 2 (Beleidsplan)*. Gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert
- Gemeente Noordoostpolder. (2014). *Startdocument inspiratietafels dagactiviteiten*. Geraadpleegd op 10 maart 2014, van <http://www.noordoostpolder.nl/dsresource?type=pdf&objectid=default:24607&versionid=&subobjectname=>
- Heer-Wunderink, Ch. de. (2012). *Zelfstandig wonen voor psychiatrische patiënt – een waanvoorstelling?* Geraadpleegd op 17 maart 2014, van <http://www.socialevraagstukken.nl/site/2012/07/26/waanvoorstelling-zelfstandig-wonen-voor-psychiatrische-patient/>
- Hoeksema, K. J. & Werf, S. van der. (2006). *Sociologie voor de praktijk. Een inleiding in de sociologie voor het hbo*. (6e druk, 2e oplage). Bussum: Coutinho.
- Migchelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. (14e druk) Amsterdam: SWP
- Movisie. (2014). *De participatiesamenleving: de vrouw de klos?* Geraadpleegd op 17 maart 2014, van <http://www.movisie.nl/artikel/participatiesamenleving-vrouw-klos>
- Project de Kanteling Wmo. (z.d.). *Handreiking Compensatieplicht*. Geraadpleegd op 9 april 2014, van http://www.site-supply.nl/cso/download/project-kanteling-Wmo/handreiking_compensatieplicht-1-2.pdf
- Rijksoverheid. (z.d.). *Invoering Wmo, Wmo in het kort*. Geraadpleegd op 14 februari 2014, van <http://www.invoeringWmo.nl/Wmo/Wmo-het-kort>
- Rijksoverheid. (2014). *Voorstel van wet-regels inzake Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*. Gedownload op 26 maart 2014, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/01/14/voorstel-van-wet-regels-inzake-wet-maatschappelijke-ondersteuning-2015.html>
- Schuyt, K. (2006). *Steunberen van de samenleving*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2010). *Op weg met de Wmo*. Gedownload op 17 maart 2014, van <http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2F>

www.scp.nl%2Fdsresource%3Fobjectid%3D24732%26type%3Dorg&ei=6CQgU9jPO5S10QXTyIHQCw&usg=AFQjCNE7iDJLP6jeRKFDsvbz5GYUqjOgFw&bvm=bv.62788935,d.d2k

Sprinkhuizen, A., Scholten, M. (2012). *De sociale kwestie hervat. De Wmo en sociaal werk in transitie*. Houten: Bohn Stafleu van loghum.

TransitieBureau. (2011). *Clientgroepen extramurale AWBZ-begeleiding*. Geraadpleegd op 17 maart 2014, van http://www.invoeringWmo.nl/sites/default/files/110278-02_VWS_Clientgroepen_deel1_05.pdf

Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Invoering Wmo. (2010). *De kanteling financieel*. Geraadpleegd op 12 maart 2014, van http://www.invoeringWmo.nl/sites/default/files/De_Kanteling_financieel.pdf

Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Invoering Wmo. (2012). *Visie transitie AWBZ*. Geraadpleegd op 14 maart 2014, van [http://www.invoeringWmo.nl/sites/default/files/Oss_Visie_Transitie_AWBZ_Juni_2012\[1\].pdf](http://www.invoeringWmo.nl/sites/default/files/Oss_Visie_Transitie_AWBZ_Juni_2012[1].pdf)

Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Invoering Wmo. (2013). *Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst*. Geraadpleegd op 18 februari 2014, van <http://www.invoeringWmo.nl/actueel/nieuws/hervorming-langdurige-zorg-naar-een-waardevolle-toekomst/>

Vereniging van Nederlandse Gemeenten, invoering Wmo. (z.d.). *Wordt door de waarborgen de beleidsvrijheid teniet gedaan?* Geraadpleegd op 17 maart 2014, van <http://www.invoeringWmo.nl/vraag/wordt-door-de-waarborgen-de-beleidsvrijheid-teniet-gedaan/>

Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Invoering Wmo. (z.d.). *De Kanteling van de Vereniging Nederlandse Gemeenten*. Geraadpleegd op 12 maart 2014, van <http://www.invoeringWmo.nl/content/de-kanteling-van-de-vereniging-nederlandse-gemeenten>

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2012). *Samenvoeging ambtelijke organisaties CGM*. Geraadpleegd op 15 mei 2014, van <https://praktijkvoorbeelden.vng.nl/databank/gemeentelijke-samenwerking/samenwerking-bedrijfsvoering/samenvoegen-ambtelijke-organisaties-cgm.aspx>

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (z.d.). *Interview met TransitieBureau*. Geraadpleegd op 17 maart 2014, van <http://www.invoeringWmo.nl/content/interview-met-transitiebureau>

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (z.d.). *TransitieBureau Begeleiding*. Geraadpleegd op 17 maart 2014, van <http://www.vng.nl/onderwerpenindex/decentralisaties-sociaal-domein/decentralisatie-awbz/transitiebureau-begeleiding>

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (z.d.). *Van zorg naar participatie*. Gedownload op 17 maart 2014, van https://www.vng.nl/files/vng/publicatie_bijlagen/2012/20110714_visie_van_zorg_naar_participatie.pdf

Vereniging van Nederlandse Gemeenten, invoering Wmo (z.d.). *Transitie naar een betrokken samenleving*. Geraadpleegd op 17 maart 2014, van <http://www.invoeringWmo.nl/content/transitie-naar-een-betrokken-samenleving>

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (vierde druk). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Zimbardo, P.G., Johnson, R. L. & McCann, V. (2009). *Psychologie een inleiding*. (6^e editie). Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Zorgvisie: een brug tussen beleid en praktijk. (2014). *Zorgvisie nieuwsbrief*. Geraadpleegd op 12 maart 2014, van

<http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2014/2/Vilans-ziet-weinig-samenwerking-bij-transitie-Wmo-1472034W/>

1.1 Niek van Hagen

De focus van onze projectgroep ligt op de Wet maatschappelijke ondersteuning (afgekort als Wmo). De eerste en voor mij belangrijkste reden dat ik dit een uitstekend onderwerp vind, is dat de Wmo invloed heeft op de rechten, mogelijkheden en de positie van grote groepen Nederlanders. Dit maakt het een zeer relevant onderwerp, waarvan het resultaat waar wij naar toe werken, (hopelijk) waardevol wordt voor een grote doelgroep. Ik heb het gevoel dat we de mogelijkheid hebben om een project ten uitvoer te brengen, waarmee we écht een rol kunnen spelen. Dit motiveert mij ontzettend.

Wat ik verder zeer goed vind om te zien, is dat de Wmo een situatie beoogt waarin participatie van de cliënt voorop staat. Op de folder 'Wet maatschappelijke ondersteuning' van de gemeente Cuijk, Grave en Mill & Sint Hubert staat dan ook: "Wmo is mee doen (sic)". In een maatschappij waarin binnen vrijwel alle sectoren gekort wordt op de financiële middelen, zal creatief gedacht moeten worden. Via vernieuwde, innovatieve werkwijzen moeten oude en nieuwe doelen bereikt worden. De focus die gelegd wordt op de participatie van de cliënt zelf, sluit hier mijn inziens uitstekend op aan (en ook op de beroepstaak waarbinnen ons project valt: Onderzoek en Innovatie).

Binnen onze projectgroep heb ik waarschijnlijk het minst gewerkt met de Wmo binnen mijn derdejaars stage. Deze is namelijk niet specifiek (op een enkele uitzondering na) aan bod gekomen. Dit maakt dat ik het in deze beginfase nog wat lastig vindt om vat te krijgen op de exacte vormgeving van ons project. Echter dit neemt niet weg dat ik zeer gemotiveerd ben, zo niet nog meer dan wanneer ik er al het fijne van zou weten, om mij te gaan verdiepen in de Wmo en alle theoretische en praktijkgerichte aspecten die daarbij behoren.

1.2 Joyce Kwint

Ik heb affiniteit met ons onderwerp, omdat de overgang van de AWBZ naar de Wmo gevolgen zal hebben voor zowel het werkveld als cliënten van de Wmo en AWBZ. Nu is nog vaak onduidelijk voor gemeenten hoe zij de nieuwe taken die zij krijgen vorm willen gaan geven. Dit is vervelend voor de Wmo-consulenten, omdat zij nu nog geen informatie kunnen verstrekken over wat de gevolgen voor cliënten zullen zijn en daarnaast weten zij zelf niet wat deze verandering eventueel voor hen zelf betekent. Zouden er Wmo-consulenten ontslagen kunnen worden of komt er juist meer werk, en hoe zou dat er dan uit zien? Bij alle werknemers die te maken hebben met de transitie van de AWBZ naar de Wmo zouden deze vragen kunnen spelen. Aangezien ik natuurlijk zelf ook een keer een professional zal worden, is dit voor mij ook belangrijk, omdat dit over mijn toekomst gaat.

Verder hoor je als professional een onderzoekende houding te hebben en ik vind het persoonlijk heel belangrijk dat goed onderzocht wordt hoe die transitie het beste kan worden vormgegeven, zodat de kans groot is dat er een manier zal worden ontwikkeld waarmee het meeste recht wordt gedaan aan zowel cliënten als werknemers. Als toekomstig professional vind ik het natuurlijk ook belangrijk dat de cliënt zoveel mogelijk tot zijn recht kan komen in wisselwerking met zijn omgeving. Niet alleen omdat dit onderdeel is van de beroepscode voor de Maatschappelijk Werker, maar vooral omdat ik vind dat de cliënten dit verdienen. Ik heb zelf bij de RIBW (Regionale Instelling Beschermd Wonen) stage gelopen en daar zorgde de onduidelijkheid over de toekomst van de AWBZ bij sommige cliënten voor veel onzekerheid en frustratie. Als professional vond ik het vervelend dat ik hier zelf niets aan kon veranderen. Door zelf te onderzoeken hoe gemeenten de nieuwe

functies die zij toebedeeld krijgen het beste vorm kunnen geven, kan ik kijken wat er voor zowel cliënten als professionals het prettigste is binnen de door de overheid en gemeente gestelde regels.

1.3 Lisette Vermeer

Gedurende mijn stage in het derde jaar, ben ik voor het eerst concreet met de Wmo in aanraking gekomen. Dit betroffen voornamelijk aanvragen voor hulp bij het huishouden, maar ook het aanvragen van een rolstoel en het doen van aanpassingen in huis/auto. Op dat moment leefden de bezuinigingen ook al, zeker toen eenmaal de transitie van de AWBZ naar de Wmo werd aangekondigd. In één van de vakgroepvergaderingen kwam dit onderwerp uitvoerig aan bod, waarbij wij ons voornamelijk zorgen maakten om onze (toekomstige) hulpvragers. Ik heb zelf ook bij hulpvragers gezien dat zij minder uren huishoudelijke hulp toegewezen kregen, zij de eigen bijdrage te hoog vonden, enzovoorts. Op dat moment had ik echter weinig invloed op dit proces, behalve om de hulpvrager in emotionele en praktische zin te steunen.

Het leuke en interessante aan deze projectopdracht is, dat ik nu wel het gevoel heb iets te kunnen doen. Ik sta samen met de rest van mijn groepje, middenin deze ontwikkeling en wij kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van een zo goed mogelijke methode. Uiteindelijk motiveert mijn eerdere ervaring met hulpvragers me om nu wel wat voor hen te kunnen gaan betekenen. Door de opdrachtgever te voorzien van een zo'n adequaat mogelijk product, kom ik voor toekomstige hulpvragers op. De bezuiniging zal er hoe dan ook komen, nu aan ons de taak om het zo goed mogelijk te laten landen.

Daarnaast trekt deze projectopdracht me aan, omdat ik me hierdoor kan bezig houden met het beleid van de gemeente. Na mijn studie wil ik door middel van een master mezelf verder gaan ontwikkelen op het gebied van beleid & advies. Met het doen van deze projectopdracht, 'proef' ik vast wat van het werkveld en doe ik hopelijk inzetbare praktijkervaring op voor de komende twee jaar.

1.4 Britt Sjoerdsma

In mijn derde jaar heb ik fulltime stage gelopen op de afdeling Team Wmo en minimabeleid. Deze afdeling wordt hedendaags afdeling klusterzorg genoemd. De Wmo heeft mijn belangstelling gekregen door de nieuwe manier van werken; de kanteling. Bij de kanteling wordt er eerst gekeken naar wat de cliënt kan, vervolgens naar wat zijn omgeving voor hem kan doen en als laatst pas wat de gemeente voor hen kan betekenen. Deze manier van werken spreekt mij als maatschappelijk werker erg aan wegens de empowerment van de cliënt waar je als professional aan werkt.

Ik ben mezelf in dit jaar gaan verdiepen in de veranderingen die binnen de Wmo plaatsgevonden hebben en welke veranderingen er aan zitten te komen. Op deze manier heb ik mezelf in verschillende projecten verdiept waarbij ik de nieuwe manier van werken onder de loep heb genomen. Tevens heb ik gekeken naar een functionelere manier van werken op de afdeling.

Halverwege mijn stage begon de transitie van de Wmo en de AWBZ een naam te krijgen. Dit was een van de veranderingen die er aan zat te komen binnen de Wmo. Omdat hier nog niet veel duidelijkheid over was en omdat ik hier in de praktijk nog niets mee kon, heb ik dit onderwerp laten liggen. Echter heb ik mezelf wel up to date gehouden binnen dit onderwerp. Op deze manier zijn we terecht gekomen bij de afdeling klusterzorg binnen deze organisatie.

Er gaat binnen de Wmo veel veranderen wanneer de transitie met de AWBZ er officieel is goed gekeurd door de eerste en de tweede kamer. Deze veranderingen moeten ingebed worden binnen de praktijk. Mijn grootste interesse ligt bij het implementeren van veranderingen in de praktijk, met name het beleid van een organisatie interesseert mij. Echter, ik vind het nog interessanter om te onderzoeken hoe het beleid toegepast kan worden in de praktijk.

Voor wat betreft de kwaliteit hebben we een tweetal omschrijvingen, die hier een voor ons goede weergave van geven. Waar de eerste goed aansluit bij ons beroepsbeeld, sluit de tweede naar ons inzien goed aan bij de instelling waar wij onze opdracht uit voeren.

- 1) Kwaliteit blijft een lastig begrip om te definiëren. Veel mensen verstaan onder kwaliteit net wat anders. Wat het lastige hierbij is, is dat er meerdere partijen betrokken kunnen zijn bij hetgeen de kwaliteit van beoordeeld wordt. Daarbij kan het ook nog eens zo zijn, dat die partijen verschillende belangen hebben. Zo is dat ook voor ons onderzoek. De gemeente kan van kwaliteit spreken wanneer zo veel mogelijk hulpvragers zo veel mogelijk efficiënte zorg krijgen. Een hulpvrager die de zorg ontvangt, kan het daar totaal niet mee eens zijn en pas spreken van kwaliteit wanneer hij zo veel zorg krijgt als hij wil. Een definiëring van kwaliteit die naar onze mening het meest passend is luidt als volgt: "kwaliteit is zeggen wat je doet, doen wat je zegt en laten zien dat je doet wat je zegt". (Schermer & Quint, 2008, p. 267).

Aangezien de discussie over wat 'goed' is en wat kwaliteit is eindeloos kan zijn, vinden wij juist deze definitie sterk. Het is in te beelden dat de hulpvragers die producten/diensten van de gemeente Cuijk ontvangen een andere visie op kwaliteit hebben en beide partijen het niet eens worden. De kwaliteit van de gemeente is op dat moment, dat zij hun keuzes kunnen verantwoorden. Met die blik kijken wij ook tegen ons project aan. Wellicht zullen niet alle betrokkenen binnen de samenleving even blij zijn met de transitie van de AWBZ naar de Wmo (en dus met ons project). Hierdoor is het juist van belang dat wij kwaliteit leveren. Dit doen we door te zeggen wat we doen, te doen wat we zeggen en doordat we laten zien dat we daadwerkelijk ook doen wat we zeggen.

- 2) "Kwaliteit is de mate waarin (1) het proces en het resultaat van een geleverd product of geleverde dienst (2) voldoet aan de behoeften en verwachtingen van relevante belanghebbenden (3) in relatie tot de visie van de organisatie; dit komt tot uitdrukking in (4) objectieve en subjectieve beoordelingen van de belanghebbenden" (Verhagen, 2010, p. 24)

Deze definitie van kwaliteit dekt volgens ons de lading, omdat hier duidelijk wordt gemaakt dat iets kwalitatief goed is als alle relevante belanghebbenden dit vinden. Wij zijn van mening dat dit klopt omdat als één partij vindt dat iets kwalitatief goed is, dat nog niet wil zeggen dat dit ook voor de andere betrokkenen geldt. Pas als iedereen die met hetgeen te maken heeft waarover de kwaliteit wordt beoordeeld tevreden is, dan denken wij dat er pas sprake is van een kwalitatief goed product of goede dienst.

Ook het stuk over dat het niet alleen gaat om het resultaat maar ook het proces, vinden wij belangrijk. Vaak zijn veel mensen namelijk geneigd om iets op kwaliteit te beoordelen op grond van het eindresultaat terwijl het proces vaak net zo belangrijk is en in sommige gevallen zelfs belangrijker dan het eindproduct. Bijvoorbeeld bij het maken van nieuwe beleidsregels. Hoe tot deze nieuwe regels wordt gekomen zegt dan soms meer over de kwaliteit dan de uiteindelijke regels. Als het proces namelijk kwalitatief als slecht zou worden beoordeeld, is de kans groot dat er kwalitatief ook geen sterk eindproduct uit komt.

Het allerlaatste onderdeel wat wij belangrijk vinden van deze definitie is de objectieve en subjectieve beoordelingen. Het is vaak makkelijk om een subjectieve beoordeling te geven over een product of dienst omdat iedereen wel een mening heeft over hoe dit eruit zou moeten zien en wanneer er sprake is van kwaliteit. Door ook naar de objectieve kant te kijken wordt er feitelijk onderzocht of een product/dienst kwalitatief goed is en ik denk dat het heel belangrijk is om er op die manier naar te kijken want anders is

bijna niet te beslissen wanneer iets kwalitatief goed is. Iedereen heeft namelijk zijn eigen visie op wat kwaliteit is.

Eind 19^e eeuw industrialiseerde Nederland in een hoog tempo. Het gevolg hiervan was dat de arbeidsomstandigheden slecht waren. Denk hierbij aan hongersnood, kinderarbeid etc. Om deze slechte omstandigheden tegen te gaan werd er een sociale staat ingericht, om de gevolgen van massaproductie en het kapitalistische systeem te bestrijden. De eerste sociale wet die een gevolg was van het inrichten van een sociale staat, was het kindernetje van Van Houten (1874). "In het kindernetje van Van Houten werd geregeld dat loonarbeid van kinderen onder de twaalf jaar niet langer was toegestaan" (Latten, R.K.J.M. 2011. P.31). Deze wet werd gevolgd door de arbeidswet 1889. "De arbeidswet uit 1889 bepaalde dat kinderen tussen de twaalf en vijftien jaar oud en vrouwen maximaal elf uur op een dag mochten werken" (Latten, R.K.J.M. 2011. P.31). Er volgde op deze arbeidswet verschillende arbeidswetten.

Na de Tweede Wereldoorlog neemt de bemoeienis met het welzijn van de burgers steeds meer toe. Door rijksregelingen richt de overheid een reeks voorzieningen in voor alle burgers. Het doel van deze voorzieningen is om deelname van alle burgers aan de samenleving mogelijk te maken, hen te socialiseren of te laten participeren. De samenleving moet in deze tijd weer opnieuw opgebouwd worden. Dit heeft een groot effect op de sociale wetgeving binnen Nederland. In 1965 wordt de Algemene Bijstandswet opgenomen in de Nederlandse wetgeving. Vervolgens wordt er niet meer gekeken naar de individu, maar probeert de rijksoverheid zich te richten op een gemeenschap. Er werd geëxperimenteerd met het lokaal welzijnsbeleid (Sprinkhuizen, A. 2012. P. 21-29).

Sinds het eind van de jaren 70 van de vorige eeuw is er sprake van een verschuiving in het denken over de verzorgingsstaat in de richting van een participatiesamenleving (Sprinkhuizen, A. 2012. P.30). In 1989 is de welzijnswet in Nederland ingediend (Sprinkhuizen, A. 2012. P.27). Het belangrijkste wettelijke kader voor de welzijnssector is op dit moment nog de welzijnswet.

Dit is een kader wet en geeft aan welke terreinen en voorzieningen deel uit maken van het welzijnsbeleid en welke overheidslaag (ook financieel) verantwoordelijk is voor het in stand houden voor welke welzijnsvoorziening. Met invoering van de welzijnswet 1994 is de verantwoordelijkheid voor het welzijnsbeleid gedecentraliseerd naar de gemeente (Dam, van & Wiebers & Kwekkeboom, 2005. P.5).

Vanaf 1994 is er in Nederland een wet waarin vastgelegd is welke voorzieningen, door gemeenten, voor gehandicapte ingezet en geregeld diende te worden. Deze wet heette de voorzieningen gehandicapten (Wvg). De Wet voorzieningen gehandicapten is ingevoerd in 1994, Boot & Knapen (2005) zeggen "Van een draagvlak voor invoering van de Wvg was geen sprake" (P.12). Boot & Knapen(2005) zeggen verder dat met de WVG feitelijk werd "gekozen voor een bestuurlijke organisatie van territoriale decentralisatie, dat wil zeggen dat de verantwoordelijkheid van structuur en functioneren van de gezondheidszorg gelegen is bij het decentrale openbaar bestuur. De uitvoering en de bekostiging van de zorg volgens de gedetailleerde overheidsplannen werd overgelaten aan het particulier initiatief en de verzekeraars"(P.12). Hiermee werd het volgende duidelijk: "In het algemeen kwam de verzorgingsstaat onder vuur te liggen, zoals deze in de jaren zeventig zijn voltooiing naderde. Niet alleen omdat deze financieel uit zijn voegen barstte, maar ten principale omdat de verhouding overheid/burger daarin een overschatting van de positie van de één en een onderschatting van die van de ander inhield" (Boot & Knapen, 2005. P.12).

Het ging bij deze wetten, de welzijnswet en de Wvg, voornamelijk om materiële voorzieningen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan vervoersvoorzieningen, rolstoelvoorzieningen en woonvoorzieningen. De gang van zaken omtrent deze wetten was zeer claimgericht, 'U vraagt en wij draaien'.

Dam, van & Wiebers & Kwekkeboom (2005) zeggen het volgende: "In 2003 heeft het kabinet aanzet gegeven om de positie van cliënten te versterken bij de vraag naar zorg, en om mensen meer mogelijkheden te bieden langer zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen met aanvullende zorg en welzijnsdiensten (vermaatschappelijking van de zorg). Om deze reden is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) aangepast" (P.5). Het achterliggende idee van de modernisering van deze wet was dat een cliënt niet meer afhankelijk was van toevalligheden, zorg die instanties te bieden hadden, maar dat de cliënten de zorg kregen die zij nodig hadden. De diensten waar het hierbij om ging waren: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling en verblijf.

Over deze modernisering schrijven Dam, van & Wiebers & Kwekkeboom (2005) het volgende: "In het verlengde van de modernisering van de AWBZ heeft het kabinet het voornemen de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in te voeren die de welzijnswet, de wet voorzieningen gehandicapten en delen van de AWBZ moet vervangen" (P.6). Per 1 januari 2007 zijn de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en de welzijnswet vervallen en zijn de voorzieningen ondergebracht bij de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). "Sinds 1 januari 2007 valt ook de huishoudelijke hulp onder de Wet maatschappelijke ondersteuning" (Vumc, z.d.). Deze voorziening is naar de Wmo overgegaan vanuit de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ).

In de 'Memorie van toelichting' (Rijksoverheid, z.d.) staat in grote lijnen omschreven waarom de langdurige zorg hervormd wordt en welke doelen hierbij worden nagestreefd. De 'Memorie van toelichting' is een toelichting die hoort bij het document 'Voorstel van wet - regels inzake Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Rijksoverheid, z.d.), oftewel het wetsvoorstel voor de vernieuwde Wmo die (naar verwachting) per 2015 in werking treedt. In grote lijnen komen de volgende drie punten in de 'Memorie van toelichting' aan bod:

1. Het aanpassen van de maatschappelijke ondersteuning aan de veranderende eisen en omstandigheden binnen de samenleving.
2. Het vergroten van betrokkenheid van mensen bij elkaar.
3. De financiële opgave waar de regering zich voor gesteld ziet.

Ten eerste richt de wet zich op het aanpassen van de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning aan de veranderende eisen en omstandigheden. In het wetsvoorstel staat geschreven:

Mensen willen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen, de regie op hun eigen leven behouden en niet eenzaam zijn. De regering wil de mogelijkheden tot het bieden van passende ondersteuning aan mensen in de eigen leefomgeving door het sociale netwerk of met behulp van gemeentelijke voorzieningen in de nabijheid beter benutten (Rijksoverheid, z.d.).

Om dit doel te verwezenlijken, zo staat in het wetsvoorstel geschreven, is het van belang "dat mensen met beperkingen zoveel mogelijk in staat worden gesteld op gelijke voet te participeren en deel te nemen aan het dagelijkse leven" (Rijksoverheid, z.d.). Het doel is dat de zorg en begeleiding die uiteindelijk wel geboden wordt "aansluit op hun persoonlijke omstandigheden en levensfase" (Rijksoverheid, z.d.).

Ten tweede richt de regering zich op het vergroten van de betrokkenheid van mensen bij elkaar. In het wetsvoorstel staat hierover het volgende omschreven:

De mogelijkheden van mensen of hun sociale omgeving om zelf te voorzien in hulp en ondersteuning is te veel op de achtergrond geraakt. Om het wonen in de eigen leefomgeving langer mogelijk te maken en het aantal mensen dat zich eenzaam voelt te verminderen, zal een groter beroep worden gedaan op het sociale netwerk van mensen en daar waar mogelijk ook op vrijwilligers (z.d.).

De regering beoogt hiermee: "te investeren in nieuwe mengvormen van solidariteit, waarbij overheid en samenleving elkaar aanvullen en versterken. De inzet van professionele ondersteuning dient als vanzelfsprekendheid hand in hand te gaan met informele ondersteuning en zorg."

Ten derde richt de wet zich op de financiële opgave waar de regering zich voor gesteld ziet. In het wetsvoorstel staat hierover het volgende geschreven: "De huidige uitgavengroei van de langdurige zorg maakt ingrijpen noodzakelijk. Te veel vormen van ondersteuning die mensen ook zelf kunnen organiseren, worden uit de collectieve middelen betaald." Er zal dus gekort worden op het huidige beschikbare budget, hetgeen betekent dat hervormingen niet te voorkomen zijn. De regering verwacht dat de gemeenten hiertoe in staat zullen zijn. Zij verwachten dat: "gemeenten, door een groter beroep te doen op de eigen mogelijkheden van mensen en hun sociale netwerk en door gebruikmaking van algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen, de ondersteuning met een beperkter budget kunnen uitvoeren dan de rijksoverheid."

Het wetsvoorstel voorziet in maatregelen om in te spelen op de financiële opgave waar de regering mee te maken krijgt. Zo staat in het wetsvoorstel geschreven dat:

De mogelijkheden voor gemeenten tot het vragen van een financiële bijdrage naar vermogen worden met dit wetsvoorstel verruimd. Mensen met een relatief laag inkomen kunnen daarentegen door gemeenten meer gericht worden ondersteund. De regering verwacht dat gemeenten de beleidsruimte in het wetsvoorstel zullen benutten om het beleid vorm te geven op basis van de regionale omstandigheden, behoeften en gewoonten. Het voorzieningenniveau in gemeenten zal meer van elkaar gaan verschillen (z.d.).

Er is dus meer ruimte voor maatwerk en zodoende een efficiëntere aanpak van de maatschappelijke ondersteuning.

De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) is in 2011 een project gestart, genaamd: De kanteling. De kanteling is een project dat gaat over het anders vormgeven van de compensatieplicht binnen de Wmo. Volgens de kanteling moet er gekeken worden naar welke ondersteuning de burger werkelijk nodig heeft om te kunnen participeren in de maatschappij. Project de Kanteling Wmo schrijft in de Handreiking Compensatieplicht:

in artikel 4 van de Wmo staat de compensatieplicht beschreven. Dit artikel verplicht het College van Burgermeester en Wethouders om de burgers voorzieningen te bieden ter compensatie van de belemmeringen die zij ondervinden op het gebied van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. 'De compensatieplicht houdt in dat er in elke individuele situatie de meest adequate voorziening wordt getroffen, waardoor de beperkingen van de burger - op het gebied van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie - zo volledig mogelijk wordt gecompenseerd.' (Project de Kanteling Wmo, z.d.).

Gemeenten dienen de compensatieplicht op een nieuwe wijze vorm te geven, zodat mensen met een beperking betere kansen hebben om volwaardig mee te doen aan de samenleving. Dit is tegelijkertijd het doel van het project, een nieuwe vorm geven aan de compensatieplicht, gericht op zelfredzaamheid van de cliënt en de bezuinigingen binnen de gemeente (invoering Wmo, z.d.).

Wat er bij de nieuwe werkwijze voornamelijk anders is, is de manier waarop er naar het probleem gekeken wordt. Bij de werkwijze van De Kanteling wordt er in eerste instantie gekeken naar wat de cliënt zelf kan. Wanneer een cliënt zelf niet de capaciteiten of mogelijkheden bezit om een probleem op te lossen, wordt er gekeken naar wat de omgeving van de cliënt kan doen. Wanneer ook hier geen mogelijkheden zijn of gecreëerd kunnen worden, dan wordt er gekeken naar wat de gemeente kan doen. Deze manier van probleembenadering is gericht op de eigen kracht van de cliënt. Zelfredzaamheid en participatie van burgers zijn belangrijke elementen in hedendaags overheidsbeleid (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2012).

De compensatieplicht verdwijnt en daarvoor in de plaats komt de 'nieuwe vorm' maatwerkvoorziening. De maatwerkvoorziening vervangt de compensatieplicht uit de Wmo dus, wanneer het nieuwe wetsvoorstel van kracht wordt (Rijksoverheid, z.d.). In de 'Memorie van toelichting' (Rijksoverheid, z.d.) staat geschreven dat dit wetsvoorstel meer mogelijkheden biedt dan de Wmo om cliënten op een goede manier maatschappelijk te ondersteunen zonder dat dit hoeft te leiden tot het verstrekken van een (individuele) maatwerkvoorziening (Rijksoverheid, z.d.).

In de 'Memorie van toelichting' staat verder de volgende toelichting omtrent de term maatwerkvoorziening:

De meeste mensen kunnen zich, al dan niet met inzet van zijn sociale netwerk en met gebruikmaking van algemene voorzieningen, zelf redden en zijn zelf in staat mee te doen aan de samenleving. Indien uit het onderzoek blijkt dat iemand hiertoe niet in staat is, moet deze er zeker van kunnen zijn, dat de gemeente hem ondersteunt. In dat geval beslist het college – binnen de grenzen van wat daarover in het plan en de verordening is vastgelegd - tot verstrekking van een maatwerkvoorziening die bijdraagt aan het realiseren van een situatie waarin de cliënt in staat wordt gesteld tot zelfredzaamheid of participatie, opdat deze zo lang mogelijk in de eigen omgeving kan blijven wonen. Dit wetsvoorstel verankert dit uitgangspunt. Er moet, zoals de term ook weergeeft, sprake zijn van maatwerk: de beslissing moet zijn afgestemd op individuele omstandigheden en mogelijkheden van de aanvrager, ook op andere terreinen dan maatschappelijke ondersteuning (Rijksoverheid, z.d.).

Bijlage 5: De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de transitie

In Nederland kennen we de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Door deze wet, is iedereen in Nederland verzekerd tegen dure zorg zoals een ziekenhuisopname. Met de transitie van de AWBZ naar de Wmo, verdwijnen er onderdelen uit de AWBZ. Om duidelijk te krijgen wat de AWBZ precies inhoudt, geven we hieronder een beknopte verklaring van deze wet.

Het doel van de AWBZ is iedereen in Nederland te verzekeren tegen het risico van de hoge kosten van langdurige zware zorg. Het zijn kosten die niet door zorgverzekeraars worden vergoed. De toegang tot de AWBZ - dit noemt men grondslag - kan op basis van een:

- somatische aandoening of beperking;
- psychogeriatrische aandoening of beperking;
- lichamelijke handicap;
- verstandelijke handicap;
- zintuiglijke handicap;
- psychosociaal probleem (Bunthof & Visscher, 2009, p. 351).

Met de AWBZ voorkomt de regering dat de bevolking hoge kosten moet maken, wanneer zij bijvoorbeeld (dure) verpleging, verzorging of behandeling nodig heeft.

Volgens Eric van Maaren, beleidsmedewerker van de gemeenten Cuijk, Mill, Grave & Sint Hubert, gaan de voorwaarden waaronder zorg wordt verstrekt veranderen. Op dit moment is iedereen in Nederland verzekerd voor zorg in het kader van de AWBZ. Dit houdt in dat als iemand valt onder de voorwaarden die gesteld zijn vanuit de wet met betrekking tot AWBZ-zorg, hij daar ook recht op heeft. De transitie zal als gevolg gaan hebben dat deze voorwaarden niet meer in het algemeen worden bekeken maar per individuele situatie. Er zal eerst worden bekeken wat de cliënt zelf kan, wat eventueel zijn omgeving kan doen en of er misschien andere oplossingen zijn voordat hij recht krijgt op een voorziening. Dit was tot op heden niet het geval. Daarnaast zal de bekostiging van de extramurale begeleiding gaan veranderen. Momenteel is dat nog een verzekerd recht maar dit is niet langer het geval, wanneer deze begeleiding onder de Wmo valt. De overheid stelt een budget beschikbaar waarmee de gemeenten hun taken dienen te vervullen.

Om aanspraak te kunnen doen op AWBZ-zorg, is momenteel een indicatie nodig. In deze indicatie dient aangegeven te worden dat er recht is op een bepaalde vorm van zorg. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), wat is opgericht in 2005, stelt deze indicaties en bepaalt hiermee in feite of mensen wel of geen recht hebben op zorg vanuit de AWBZ. Om in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg, moet er bepaalde gezondheidsproblematiek aan de orde zijn, de eerder beschreven grondslagen (CIZ, z.d.) Het Centrum Indicatiestelling Zorg (z.d.) beslist:

of mensen recht hebben op zorg vanuit de AWBZ door middel van het volgen van objectieve criteria, die in het gehele land hetzelfde zijn. Deze zijn afkomstig uit de richtlijnen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (z.d.).

Wanneer is geconstateerd dat iemand recht heeft op zorg vanuit de AWBZ, wordt de zorg uit zogenaamde functies geleverd. "De functies omvatten alle onderdelen waarmee voor iedere verzekerde een passend pakket kan worden samengesteld. Deze functies zijn:

- Persoonlijke verzorging (PV);
- Verpleging (VP);
- Begeleiding (BG);

- Behandeling (BH);
- Verblijf" (Verhage-van Kooten, 2010, p. 351).

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (2013) zegt het volgende over deze functies: "De functies Begeleiding en Behandeling kennen beide twee vormen: Individueel en Groep. Dit leidt tot de functies Behandeling individueel (BHI) en Behandeling groep (BHG), Begeleiding individueel (BGI) en Begeleiding groep (BGG)" (P. 9).

Binnen deze hierboven genoemde functies bepaalt het CIZ hoeveel uur iemand recht heeft op zorg. Dit wordt door het Centrum Indicatiestelling Zorg (z.d.) "aangegeven met een klasse (klasse 2 is bijvoorbeeld minstens 2 en hooguit 3,9 uur). Een klasse geeft enige speelruimte: de zorgverlener kan de zorg aanpassen aan de persoonlijke situatie van een cliënt".

Het Centrum Indicatiestelling Zorg geeft het volgende aan over de inhoud van de onderdelen van de huidige AWBZ-zorg:

- Persoonlijke Verzorging: Hulp bij douchen, aankleden of naar het toilet gaan;
- Verpleging: Verpleegkundige handelingen, zoals wondverzorging en injecties, of hulp bij zelf leren injecteren;
- Begeleiding: Iemand helpt u bij het indelen van de dag. Begeleiding kan individueel zijn of in groepsverband;
- Behandeling: Herstel of verbeteren van uw aandoening, of voorkomen dat deze erger wordt. Behandeling kan ook gaan om het verbeteren van vaardigheden of gedrag. Voorbeeld: leren omgaan met woedeaanvallen;
- Verblijf: Verblijf in een instelling, zoals wonen in een verpleeg- of verzorgingshuis, in een instelling in de gehandicaptenzorg of in de psychiatrie.
- Kortdurend Verblijf: Logeren in een instelling, maximaal drie etmalen per week. (Centrum Indicatiestelling Zorg, z.d.)

Na de verandering die de AWBZ in 2007 heeft ondergaan met de invoering van de Wmo, zit er nogmaals een grote verandering aan te komen: de transitie en de andere aspecten van de AWBZ-zorg die naar de zorgverzekeraar gaan. Met deze transitie zal de huidige AWBZ sterk hervormd gaan worden. De aanleiding hiervoor volgens Expertisecentrum Mantelzorg (z.d.), luidt als volgt: "Het kabinet wil de komende jaren de omslag maken naar zorg dichtbij: 'meer zorg in de buurt, meer samenwerking tussen aanbieders en houdbaar gefinancierde voorzieningen, zodat ook latere generaties er nog gebruik van kunnen maken', zo staat in het Regeerakkoord". Gemeenten hebben meer zicht dan de overheid op adequaat maatwerk voor hulpvragers in een bepaalde regio, waardoor er meer sprake kan zijn van maatwerk. Daarbij zijn gemeenten meer op de hoogte van de omstandigheden binnen hun eigen gemeente en de zorgbehoefte die een hulpvrager daarbij heeft. Ook wordt met de transitie voorkomen dat een hulpvrager bepaalde zorg die uit de huidige Wmo wordt geboden, ook krijgt uit de huidige AWBZ. Er wordt met de transitie dus voorkomen dat er een overlap is of ontstaat in het zorgaanbod van een gemeente (Expertisecentrum Mantelzorg, z.d.).

De transitie van de AWBZ naar de Wmo houdt in dat de Nederlandse gemeenten per 2015 verantwoordelijk worden voor de ondersteuning en begeleiding van hun burgers (Xanten, 2014).

Middels de transitie zullen een groot deel van de huidige taken van de AWBZ elders ondergebracht worden. Wat voor ons de meest relevante verandering is, is dat de extramurale begeleiding van de AWBZ naar de Wmo overgeheveld zal worden. Xanten (2014) zegt hierover het volgende: "De extramurale AWBZ vervalt in 2015. Gemeenten worden helemaal verantwoordelijk voor ondersteuning en begeleiding. Dit wordt wettelijk onderbouwd door een uitbreiding van het compensatiebeginsel in de Wmo. Circa 75% van het budget wordt naar gemeenten overgeheveld". Met het elders onderbrengen van een groot deel van de taken, komt de

huidige ABWZ te vervallen. Wat hierna nog overblijft, zal de 'Wet langdurige zorg' genoemd zal worden. Uit welke taken deze wet precies bestaat, verklaren wij nader in onze probleemanalyse.

De wet moet de kwaliteit van leven garanderen voor ouderen en gehandicapten die veel zorg nodig hebben. Daarbij is aandacht voor het individuele welzijn nodig. De wet maakt deel uit van een samenhangend systeem van nieuwe en vernieuwde wetten. De geplande ingangsdatum van het wetsvoorstel is 1 januari 2015. Dat is tegelijk met het wetsvoorstel Wmo 2015 (Rijksoverheid, z.d.).

Zoals reeds bij de begripsafbakening van de vraagstelling (2.) genoemd betekent extramurale begeleiding letterlijk: begeleiding buiten de muren van een (zorg)instelling. Begeleiding wordt door het 'Transitiebureau Begeleiding in de Wmo' als volgt omschreven: "Begeleiding omvat de door een instelling of natuurlijk persoon te verlenen activiteiten die de zelfredzaamheid van cliënten bevorderen, behouden of compenseren. Begeleiding kan zowel intramurale als extramurale zorg betreffen. Alleen de extramurale begeleiding wordt gedecentraliseerd naar het gemeentelijke domein" Transitiebureau Begeleiding in de Wmo, z.d.).

Decentralisatie betekent volgens De encyclopedie (z.d.) dat "de uiteindelijke beslissingen omtrent de uitvoer van een beleidstaak niet door de centrale overheid worden genomen". Dit is een andere term voor de transitie van de AWBZ naar de Wmo.

De volgende functies zullen binnen de AWBZ worden met de transitie gedecentraliseerd: "De functies begeleiding en kortdurend verblijf worden met ingang van 2015 gedecentraliseerd" (invoering Wmo, z.d.).

Het volgende gaat gebeuren met de functies verpleging en verzorging:

De functies verpleging en verzorging worden volgens de plannen van het kabinet uit de AWBZ gehaald. Persoonlijke verzorging gaat voor een deel naar de Zorgverzekeringswet; voor een ander deel naar de Wmo 2015. Naar gemeenten gaat die verzorging die nauw samenhangt met begeleiding; naar de verzekeraars als verzorging samenhangt met verpleging (invoering Wmo, z.d.).

Hieruit is af te leiden dat een deel van de persoonlijke verzorging alsnog ook naar de gemeenten toe zal gaan. Over de functie behandeling valt te zeggen dat de extramurale behandeling die nu nog onder de AWBZ valt straks ook over zal gaan naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) (College voor zorgverzekeringen, 2013). De gemeente gaf het volgende aan over de onderlinge verdeling van het budget van de AWBZ taken die gedecentraliseerd worden: het gedeelte van de extramurale begeleiding dat naar de gemeente gaat, is ongeveer 5% van de zorg die momenteel door de AWBZ geleverd wordt. De functies verpleging en verzorging, die naar de zorgverzekering gaan, zijn 95% van de zorg die de AWBZ momenteel levert. Dit betekent dat 5% van het beschikbare budget naar de gemeente gaat en 95% van het beschikbare budget naar de zorgverzekeraar. De volgende onderdelen van de extramurale begeleiding gaan naar de gemeenten toe.

De transitie van de AWBZ naar de Wmo heeft alleen betrekking op extramurale begeleiding. Dat is de begeleiding voor personen met een extramurale indicatie. Voor personen met een intramurale (ZZP-) indicatie blijft de begeleiding een onderdeel van het ZZP-pakket en daarmee een onderdeel van de AWBZ. De activiteiten die nu in de AWBZ worden geleverd zijn zeer divers. Hieronder treft u een aantal voorbeelden aan van activiteiten die nu vanuit de begeleiding worden geboden:

- woonbegeleiding;
- praktische pedagogische thuishulp en gezinsondersteuning (PPG);
- begeleiding tijdens voortgezet speciaal onderwijs;
- thuisbegeleiding;
- dagactiviteiten voor GGZ (DAC);
- dagbesteding voor verstandelijk beperkten;
- logeerhuizen;
- zaterdagopvang voor kinderen met verstandelijke beperking;
- sport voor verstandelijk beperkten;
- vakantie activiteiten voor verstandelijk beperkten;

- belevenis- en uitgaanscentrum;
- activerende psychiatrische thuiszorg;
- inloophuizen;
- begeleiding bij rehabilitatietrajecten verslaafden;
- ontmoetingsgroepen. (Invoering Wmo, z.d.)

De activiteiten die bij de extramurale begeleiding behoren hebben ook hun specifieke doelgroepen. Hieronder staat weergegeven welke doelgroepen hiertoe behoren met de bijbehorende aantallen.

Op 1 januari 2013 hadden in de AWBZ volgens het CIZ circa 214.000 mensen een uitstaand recht op extramurale begeleiding. Er zijn in de AWBZ 6 groepen te onderscheiden:

- Ouderen met somatische of psychogeriatrische problematiek (circa 41.000);
 - Volwassenen met psychiatrische problematiek (circa 55.000);
 - Mensen met een verstandelijke beperking (circa 50.000);
 - Mensen met een zintuiglijke beperking (circa 4.600);
 - Mensen met een lichamelijke of chronische ziekte (circa 25.000);
 - Jongeren met psychiatrische problematiek in combinatie met opvoed- en opgroei problemen (circa 16.000).
- (Invoering Wmo, z.d.)

Onder de extramurale begeleiding vallen groepen hulpvragers waar de gemeente momenteel niet bekend mee is. De Gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert geven aan dat zij een specifieke bezorgdheid hebben over de psychiatrische hulpvragers binnen de extramurale begeleiding. Deze specifieke bezorgdheid is gebaseerd op de angst dat de psychiatrische hulpvragers buiten de aangeboden hulpverlening zullen vallen, door de participatiegerichte manier van hulpverlening die binnen de Wmo gehanteerd wordt. Doordat de gemeente te maken krijgt met een nieuwe doelgroep, dienen er ook nieuwe beleidsregels opgesteld te worden. Wat hiervoor nodig is een goed beeld van de zorg die momenteel geleverd wordt en de aspecten hierin die verbeterd kunnen worden. Er dient vanuit andere hulp- en dienstverlenende organisaties, die met deze hulpvragers te maken hebben, gekeken te worden naar een goed samenwerkingsverband met de gemeente en naar de meest efficiënte manier van hulpverlening die in de toekomst gehanteerd kan worden.

Wij gaan onderzoek doen naar de samenwerkingsverbanden tussen de gemeente en de zorgaanbieders, zodat zij bij de transitie, die op 1 januari 2015 in werking treedt, een efficiënte manier van hulpverlening kunnen hanteren betreft de extramurale begeleiding. We zullen een vraagstuk gaan onderzoeken ten gevolge van de onderstaande analyse, waarbij de alle aspecten rondom het probleem benaderen op micro-, meso- en macroniveau.

In het wetsvoorstel voor de Wmo 2015 (Rijksoverheid, 2014) staat het volgende omschreven met betrekking tot de maatwerkvoorzieningen die gemeenten zullen gaan verstrekken:

Een ingezetene van Nederland komt overeenkomstig de bepalingen van deze wet in aanmerking voor een maatwerkvoorziening, bestaande uit:

- a) door het college van de gemeente waarvan hij ingezetene is, te verstrekken ondersteuning van zijn zelfredzaamheid en participatie, voor zover hij in verband met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen niet op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk voldoende zelfredzaam is of in staat is tot participatie,
- b) beschermd wonen, te verstrekken door het college van de gemeente tot welke hij zich wendt, voor zover hij in verband met psychische of psychosociale problemen niet in staat is zich op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk te handhaven in de samenleving, dan wel
- c) opvang, te verstrekken door het college van de gemeente tot welke hij zich wendt, indien hij de thuissituatie heeft verlaten, al dan niet in verband met risico's voor zijn veiligheid als gevolg van huiselijk geweld, en niet in staat is zich op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk te handhaven in de samenleving (p. 4-5).

In het wetsvoorstel (Rijksoverheid, 2014) worden de volgende begrippen; gebruikelijke hulp, maatwerkvoorziening, participatie en zelfredzaamheid als volgt omschreven:

- gebruikelijke hulp: hulp die naar algemeen aanvaarde opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de echtgenoot, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten;
- maatwerkvoorziening: op de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van een persoon afgestemd geheel van diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen;
- participatie: deelnemen aan het maatschappelijke verkeer;
- zelfredzaamheid: in staat zijn tot het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen en het voeren van een gestructureerd huishouden (p. 2-3).

In het wetsvoorstel (Rijksoverheid, 2014, p. 2) worden algemene voorzieningen als volgt omschreven: "algemene voorziening: aanbod van diensten of activiteiten dat, zonder voorafgaand onderzoek naar de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van de gebruikers, toegankelijk is en dat is gericht op het versterken van zelfredzaamheid en participatie, of op opvang;"

De reden dat wij voorgaande stukken citeren is om te laten zien dat er in het wetsvoorstel vooral de nadruk wordt gelegd op het mogelijk maken van participatie en het vergroten van de zelfredzaamheid van burgers. De algemene voorzieningen zijn, zoals uit het citaat ook blijkt, erop gericht om de participatie en zelfredzaamheid van burgers te versterken. De maatwerkvoorzieningen zijn er voor de burgers die om bepaalde redenen niet voldoende kunnen participeren of die niet voldoende zelfredzaam zijn. Met behulp van deze maatwerkvoorzieningen wordt de zelfredzaamheid en participatie van deze burgers dusdanig versterkt dat zij zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen of dat zij, indien zij beschermd wonen of in een opvang wonen, een veilige woonomgeving hebben en eventueel, als dat mogelijk is, weer in staat zijn om zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving (Rijksoverheid, 2014, p. 6.)

Wij hebben er in onze rapportage voor gekozen om de term participatiesamenleving te gebruiken om te laten zien hoe de participatie en zelfredzaamheid van burgers vorm zullen krijgen binnen onze maatschappij. In

samenhang met dit begrip lichten we de begrippen cliëntenparticipatie en empowerment toe. Al de definities van deze begrippen zijn terug te vinden onder het kopje macro-niveau.

De zorg die nodig is wordt straks bepaald door het beleid dat de gemeente gaat voeren. Bij de Wmo wordt gekeken naar wat de cliënt zelf kan, wat eventueel door zijn/haar omgeving gedaan kan worden en er wordt gekeken of er misschien andere mogelijkheden gecreëerd kunnen worden zodat de cliënt de hulp krijgt die nodig is. Daarna pas wordt gekeken naar eventuele professionele hulp. Ik verwacht dat de gemeente deze vorm van zorg op maat (maatwerkvoorzieningen) straks ook bij de AWBZ zal gaan hanteren. Zij zullen dus op die manier gaan bekijken of een cliënt een indicatie krijgt of mag houden. Hoe kan de gemeente nu bepalen welke hulp wel nodig is, en welk niet? Dit kan door te overleggen met uitvoerende instanties over hoe zij hierin staan en met behulp van hen eventuele nieuwe initiatieven te bedenken om de zorg op een betaalbare manier te kunnen leveren. Daarnaast zullen zij bij het indiceren moeten gaan toetsen welke zorg echt noodzakelijk is. Zij zullen het huidige systeem waarmee geïndiceerd wordt dus onder de loep moeten nemen, en kijken hoe deze verbeterd kan worden en welke criteria erin moeten worden opgenomen om te bepalen of iemand bepaalde zorg zelf kan regelen of dat daar professionele hulpverlening voor nodig is. Bij al deze genoemde punten is het van belang dat de professionals die met de doelgroep te maken krijgen, deskundig maken betreft de hulpverlening rondom de doelgroep. Zij dienen de sterke en zwakke punten van de doelgroep te kennen en kunnen daardoor advies geven over wat noodzakelijk e aandachtspunten zijn bij de indicatie van de hulp- en dienstverlening.

De zorg krijgen die nodig is, is een lastig begrip. Er is geen maatstaf voor het geen dat nodig is betreft de hulp die een hulpvrager krijgt. Onze visie over de hulp geven die een hulpvrager nodig heeft, is de hulpvrager zorg bieden die nodig is, volgens de maatstaven van de professional, om te kunnen functioneren in het dagelijks leven. Wanneer een hulpvrager niet meer belemmert wordt in het dagelijks leven, wordt er aan de hulpvrager zorg geleverd die nodig is. Het is voor de hulpvrager niet nodig om hem werk uit handen te nemen. Het geen dat de hulpvrager zelf kan doen, dient hij daarom zelf te blijven doen.

De Professional zal maatstaven hanteren om tot een goede indicatie van zorg voor de hulpvrager te komen. De hulpverlener is professioneel voldoende bekwaam om een juiste beslissing te maken over welke maatstaven gehanteerd dienen te worden bij een specifieke hulpvrager. Ook heeft een hulpverlener de capaciteiten om vanuit verschillende perspectieven te kunnen beoordelen en is in staat om gezamenlijk met de hulpvrager tot een oplossing te komen. Daarnaast heeft de hulpverlener ook veel contact met de omgeving van de hulpvrager, de mensen die de hulpvrager en zijn wensen het beste kennen. Met de participatiegerichte hulpverlening wordt er meer beroep gedaan op de omgeving van de hulpvrager, dan voorheen. Hierdoor is er al contact tussen de hulpverlener en de omgeving van de doelgroep.

Bijlage 9: Plan van aanpak

Dit betreft een grotendeels globaal plan van aanpak en wordt in de komende tijd nog nader gespecificeerd en indien nodig aangepast. Voor de bijbehorende tijdsplanning, verwijzen we u naar het hoofdstuk 'TKGIO'.

<i>Fase</i>	<i>Datum</i>	<i>Inhoudelijke activiteiten</i>	<i>Beoogde resultaten</i>
Start & kennismaking opdrachtgever.	november 2013	- Uitspreken van elkaar wensen ten aanzien van de afstudeer opdracht. - Kennismaking met de opdrachtgever. - Opdracht in kaart brengen. - Aanvraag opdracht indienen.	We hebben inzicht in elkaars wensen ten aanzien van de afstudeeropdracht en hebben hierin een besluit gemaakt. Er is kennis gemaakt met de opdrachtgever en de instelling, waarbij we tijdens dat gesprek een duidelijke probleemstelling en daarbij behorende opdracht geformuleerd hebben. Deze opdracht is uitgewerkt en leidt tot een ingediende projectaanvraag.
Kennismaking projectbegeleider <i>12 februari 2014</i>	12 februari 2014	- Kennismaken met onze projectbegeleider. - Verder inzicht krijgen in verwachtingen vanuit projectbegeleider omtrent ons afstudeerproject. - Afspraak plannen met opdrachtgever en projectbegeleider.	We hebben kennism gemaakt met onze projectbegeleider en hebben daarbij meer inzicht in wat hij van ons verwacht omtrent het afstudeerproject. Daarnaast plannen we naar aanleiding van dit gesprek een afspraak met de opdrachtgever en projectbegeleider.
Startdocument (inleveren)	19 februari 2014	- Iedereen schrijft hun eigen motivatie voor in het startdocument. - De overige punten worden verdeeld onder de groepsleden. - Gezamenlijk lopen we het startdocument door en zorgen we voor een logisch consistent document.	We leveren een logisch consistent en compleet startdocument op aan onze projectbegeleider.
Startdocument (feedbackmoment)	20 februari 2014	In een geplande afspraak met onze projectbegeleider bespreken we ons startdocument. Naderhand passen we dit indien nodig aan.	We hebben samen met onze projectbegeleider zijn feedback besproken. Indien nodig, hebben we ons startdocument op basis van de gekregen feedback aangepast.
Inlezen literatuur		Om goed van start te kunnen gaan met het daadwerkelijk doen van	Ieder groepslid heeft relevante informatie

		onderzoek, verdiepen we ons in relevante literatuur. Hierbij richten we ons op: - De AWBZ & Transitie; - De Wmo & De Kanteling; - De Ketenpartners; - Extramurale begeleiding. Elk groepslid heeft een onderwerp waar hij/zij zich in gaat verdiepen. Vervolgens verdiept ieder groepslid zich in alle aangeleverde stukken.	opgezocht over het onderwerp waar hij/zij zich mee bezig zou houden. Iedereen stuurt de gevonden informatie naar elkaar door, waarna iedereen zich in alle stukken verdiept. Aan het eind van deze fase heeft ieder groepslid dus kennis van alle vier de onderwerpen.
Probleemanalyse +vraagstelling+ onderzoeksplan (inleveren)	maart 2014	We stellen een probleemanalyse met vraagstelling en onderzoeksplan op, volgens de door school aangeleverde literatuur. Hierbij worden te taken nader verdeeld wanneer we daadwerkelijk toe zijn aan dit stuk van ons project.	Een correct opgestelde probleemanalyse, vraagstelling en onderzoeksplan, waarbij we gebruik hebben gemaakt van de door school aangeleverde literatuur. (Inclusief verantwoording) Na afronding, wordt het opgestuurd naar onze projectbegeleider.
Probleemanalyse+ vraagstelling+ onderzoeksplan (feedbackmoment)	3-2014	In een geplande afspraak met onze projectbegeleider bespreken we onze probleemanalyse, vraagstelling en ons onderzoeksplan. Naderhand passen we dit indien nodig aan.	We hebben samen met onze projectbegeleider zijn feedback besproken. Indien nodig, hebben we ons document op basis van de gekregen feedback aangepast.
1e EBP	Einde van de eerste periode	Voor deze tussenevaluatie vult iedereen eerst zichzelf het EBP formulier in (p. 60+61 van de SHL) in, waarna we het voor elkaar doen. Vervolgens bespreken we dit samen met onze projectbegeleider.	Een eindoordeel voor de tussenevaluatie gegeven door onze projectbegeleider. Indien nodig (bij onvoldoende beoordeling) een plan om de eigen bijdrage voor het einde van de OWE voldoende te krijgen.
Onderzoeksinstrumenten (inleveren)	maart 2014	We stellen op basis van ons project tot dusver en relevante literatuur, onderzoeksinstrumenten op. Hierbij worden te taken nader verdeeld wanneer we daadwerkelijk toe zijn aan dit stuk van ons project.	Correct gekozen en beschreven onderzoeksinstrumenten, inclusief verantwoording. Na afronding, wordt het opgestuurd naar onze projectbegeleider.
Onderzoeksinstrumenten (feedbackmoment)	maart 2014	In een geplande afspraak met onze projectbegeleider bespreken we onze onderzoeksinstrumenten. Naderhand passen we dit indien nodig aan.	We hebben samen met onze projectbegeleider zijn feedback besproken. Indien nodig, hebben we ons document op basis van de gekregen feedback aangepast.
Gegevens verzamelen	april 2014	We starten met ons	We hebben voldoende (en

		praktijkonderzoek en verdere literatuuronderzoek. Hoe dit precies vorm zal krijgen, zal duidelijk worden na het voltooien van de hierboven beschreven fases. Hierbij worden te taken nader verdeeld wanneer we daadwerkelijk toe zijn aan dit stuk van ons project.	bruikbaar, valide en betrouwbaar) onderzoek gedaan om onze gegevens te kunnen gaan analyseren.
Gegevens analyseren	mei 2014	We analyseren de verzamelde gegevens. Hierbij worden te taken nader verdeeld wanneer we daadwerkelijk toe zijn aan dit stuk van ons project.	De geanalyseerde gegevens voldoen aan de kwaliteitseisen en zijn bruikbaar voor de volgende fase: het opstellen van handreikingen aan de opdrachtgever.
Opstellen van handreikingen aan de opdrachtgever		Op basis van de geanalyseerde gegevens gaan we aan de slag met het schrijven van de handreikingen aan de opdrachtgever. Hierbij worden te taken nader verdeeld wanneer we daadwerkelijk toe zijn aan dit stuk van ons project.	We hebben handreikingen opgesteld die in lijn zijn met ons gedane onderzoek.
Concept projectresultaat met een verantwoording en implementatie plan (deeltentamen 1) (feedback moment)	19 mei 2014	-We ronden op basis van alle voorgaande fases, ons concept projectresultaat af. Dit is inclusief verantwoording en het implementatieplan. Hierbij worden te taken nader verdeeld wanneer we daadwerkelijk toe zijn aan dit stuk van ons project. -We krijgen hier feedback op van onze projectbegeleider en passen ons document indien nodig hier nog op aan.	Een concept projectresultaat, wat opgestuurd wordt naar onze projectbegeleider. Na feedback komen we tot een projectresultaat (inclusief verantwoording en implementatieplan) wat klaar is om als definitief product ingeleverd te worden.
Projectresultaat met een verantwoording en implementatieplan (deeltentamen 1) en 2e EBP (voorwaarde voor deeltentamen 1)	2 juni 2014	Naar aanleiding van de vorige stap ronden we hier alles af en leveren we ons definitieve product in.	Een voor de deadline ingeleverd projectresultaat (inclusief verantwoording en implementatie), wat een positieve beoordeling zal krijgen.
Presentatie projectresultaat op instelling	juni 2014	We presenteren in het bijzijn van de opdrachtgever en onze projectbegeleider, in de instelling ons uiteindelijke projectresultaat.	Een afsluitende presentatie voor alle betrokkenen/geïnteresseerden over ons project.

10.1 Afgenomen interviews

Functie	Voormalig Werknemer Pantein
Organisatie	- (Pantein)
Interviewer / Notulist	Niek / Lisette

Wij hebben mevrouw Benz benaderd voor een interview vanwege haar kennis over de psychiatrische hulpvragers en de zorg die aan deze doelgroep geboden wordt. Mevrouw Benz is tot eind maart 2014 werkzaam geweest binnen zorginstellingen die zorg verlenen aan psychiatrische hulpvragers. De visie van mevrouw Benz is voor ons belangrijk, omdat zij gedurende de periode dat zij werkzaam is geweest bij deze zorginstellingen, veel over expertise heeft opgedaan in de doelgroep en de zorg voor deze doelgroep. Ondanks dat mevrouw Benz zich meer heeft gericht op de intramurale begeleiding, zijn wij er van overtuigd dat haar expertise betreft de doelgroep een visie meebrengt die nuttig is voor ons onderzoek.

In ons gesprek met mevrouw Benz gaf zij tevens aan dat zij wellicht van plan is om als ZZP'er aan het werk te gaan met de doelgroep van psychiatrische hulpvragers. Dit betekent, zo gaf zij zelf ook aan, dat ze midden in de gedachtegang zit, van hoe het beste hulp geboden kan worden aan deze specifieke doelgroep. Hierdoor verwachten wij dat zij een frisse blik heeft ten opzichte van het vormgeven van de extramurale begeleiding aan psychiatrische hulpvragers op een efficiënte wijze, binnen beperkte financiële kaders.

Functie	Teamleider FACT Team GGZ Oost Brabant
Organisatie	GGZ Oost Brabant
Interviewer / Notulist	Niek / Britt

De GGZ regio Land van Cuijk en Noord-Limburg valt onder de GGZ Oost Brabant. De GGZ Oost-Brabant biedt een groot aantal behandelingen aan, voor alle leeftijden (kinderen tot 23 jaar en volwassenen in alle leeftijdscategorieën) (GGZ Oost Brabant, z.d.).

Deze behandelingen richten zich op de volgende gebieden:

- ADHD (Kind en Jeugd) (Volwassenen)
- Angststoornissen (Kind en Jeugd) (Volwassenen)
- Autisme (Kind en Jeugd) (Volwassenen)
- Bipolaire stoornis (Volwassenen)
- Borderline (Volwassenen)
- Depressie (Kind en Jeugd) (Volwassenen)
- Dementie / geheugenproblemen
- Dwangstoornis (Kind en Jeugd)
- Eetstoornissen (Kind en Jeugd) (Volwassenen)
- Gedragsstoornissen (Kind en Jeugd)
- Lichamelijk Onbegrepen Klachten
- LVB-Psychiatrie
- Niet-aangeboren Hersenletsel (NAH) (Volwassenen)
- Persoonlijkheidsstoornissen (Kind en Jeugd)(Volwassenen)
- Psychotische stoornissen
- Trauma (Kind en Jeugd)(Volwassenen)
- Schizofrenie (GGZ Oost Brabant, z.d.)

De GGZ Oost Brabant richt zich op drie verschillende doelgroepen. Ten eerste op kinderen in de leeftijd van 0 tot 23 jaar, ten tweede op volwassenen en ten derde op ouderen. Voor ons onderzoek richten wij ons op de volwassen hulpvragers en daarom kiezen wij ervoor om hier alleen toelichting te geven over deze doelgroep. Op de website van GGZ Oost Brabant (z.d.) staat over de zorg aan deze doelgroep het volgende omschreven:

We hebben een groot aantal behandelingen en deskundige medewerkers in huis. Daardoor kunnen we u helpen bij uiteenlopende klachten en aandoeningen op het gebied van uw geestelijke gezondheid. We bieden (top)specialistische GGZ op veel gebieden. Kort als het kan, intensief en langdurig als het nodig is. Zo dicht mogelijk bij u in de buurt, tenzij het niet anders kan.

Wij hebben ervoor gekozen om GGZ-Oost Brabant te benaderen voor een interview. De reden dat wij daarvoor hebben gekozen is dat de GGZ Oost Brabant werkt met onze doelgroep, psychiatrische hulpvragers. Zij bieden onder andere extramurale begeleiding aan mensen met borderline, schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast zijn zij werkzaam in het gebied van de gemeente Cuijk, Grave, Mill en St Hubert. Dat is voor ons relevant omdat wij ons op dat gebied richten. Wij hebben deze organisatie doorgekregen vanuit gesprekken met onze opdrachtgever, Mariëlla Bastiaans en deze organisatie was eveneens te vinden op de website van het zorgkantoor, www.awbzzorggids.nl. Op die website kunnen gemeenten bekijken welke organisaties er AWBZ-zorg leveren binnen hun eigen gemeenten. Via Mariëlla hebben wij een telefoonnummer doorgekregen waarmee we contact konden zoeken met een werknemer van GGZ Oost-Brabant. Hij werkt voor het FACT-team. Dit is ook een vorm van extramurale begeleiding en daarom denken wij dat deze werknemer ons informatie kan verschaffen over hoe die extramurale begeleiding er nu uit ziet, waar hij verbeterpunten ziet en zijn visie op de transitie. Daarnaast zal hij hoogstwaarschijnlijk een idee hebben over hoe de hulpverlening efficiënter kan worden vormgegeven. Vooral dit laatste punt is voor ons belangrijk om uiteindelijk een antwoord te kunnen geven op onze hoofdvraag. De overige informatie kan ons helpen een beeld te vormen over hoe de extramurale begeleiding er nu uit ziet en kan uiteindelijk nuttig zijn voor de gemeenten CGM om te bekijken of de GGZ Oost-Brabant in de toekomst voor hen een belangrijke samenwerkingspartner zou kunnen zijn.

Functie	Dienstverleningscoördinator Ambulant Team Dichterbij, Regio land van Cuijk
Organisatie	Dichterbij
Interviewer / Notulist	Niek / Britt

We dagen ieder mens uit!

Dichterbij heeft een brede doelgroep die zij ondersteunen, welke opgedeeld is in drie categorieën, namelijk:

- Kinder- en jeugdzorg: binnen dit onderdeel worden kinderen en jeugdigen ondersteund met een ontwikkelingsbeperking, hun ouders en andere nauw betrokkenen binnen de sociale omgeving van het kind (Dichterbij, 2014).
- Volwassenenzorg: Dichterbij biedt hulp- en dienstverlening aan volwassenen met een verstandelijke beperking en hun omgeving (Dichterbij, 2014).
- STEVIG: richt zich specifiek op mensen vanaf 16 jaar met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische stoornissen en gedragsproblematiek (Dichterbij, 2014).

De visie van de organisatie van Dichterbij wordt door hen als volgt geciteerd:

Dichterbij ondersteunt – in het stroomgebied van de Maas – mensen met een verstandelijke beperking, hun ouders en verwanten. We helpen hen met het nastreven van hun dromen, want dromen geven richting aan persoonlijke groei. We zorgen voor de middelen, relaties en begeleiding die

de cliënt nodig heeft om met vertrouwen uitdagingen tegemoet te treden. En creëren zo kansen om voldoening te halen uit het dagelijks leven (Dichterbij, 2014).

De gebieden waar Dichterbij ondersteuning in geeft zijn:

- ondersteuning bij wonen
- ondersteuning vrije tijd
- ondersteuning werken

Ook heeft Dichterbij een missie die zij nastreven in hun begeleiding rondom hun doelgroepen. Deze missie wordt door Dichterbij beschreven als 'De Ode'. "De Ode is de missie van Dichterbij, hier staat en gaat Dichterbij voor. De vier kernwaarden die benoemd worden in de Ode zijn leidend zijn voor de organisatie: professioneel, samen, open, betrokken" (Dichterbij, 2014).

Wij kiezen om Dichterbij te betrekken in ons onderzoek, omdat zijn met het onderdeel STEVIG zich richt op onze doelgroep. De beschrijving van deze organisatie over hun werkwijze, benadering en doelgroepen is:

Veel mensen met een verstandelijke beperking wonen en leven midden in de maatschappij. Ze nemen deel aan de samenleving, gaan naar hun werk, genieten van hun vrije tijd en hebben thuis hun dagelijkse beslommingen. Het klinkt gewoon en alledaags en zo is dat in de meeste gevallen ook. Maar er zijn ook mensen met een lichte verstandelijke beperking bij wie hun persoonlijk en maatschappelijk functioneren ernstig ontregeld is geraakt. Ze zijn vastgelopen als gevolg van problemen die samenhangen met gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen of beide. In hun jeugd hadden sommige leerproblemen en genoten bijzonder onderwijs (MLK). Ze willen een normaal leven leiden, maar slagen daar niet in. Ze ervaren onmacht, frustratie en woede. Ze zijn de grip op hun leven verloren. Ze hebben niet zozeer geleerd te leven, als wel te overleven. Velen vertonen daardoor onbegrepen, risicovol gedrag. Sommigen plegen strafbare feiten (Dichterbij, z.d.).

Het interessante aan Dichterbij is dat zij zich niet alleen richten op psychiatrische hulpvragers, maar dat hun cliënten daarbij verstandelijk beperkt zijn. Zeker met het oog op de participatiesamenleving, zal deze doelgroep het na de transitie wellicht nog moeilijker krijgen dan hulpvragers met alleen een psychiatrische aandoening. Daarnaast is Dichterbij een goede partij om mee te nemen in ons onderzoek, omdat zij hun cliënten extramurale begeleiding bieden.

Binnen Dichterbij hebben wij een interview met een dienstverleningscoördinator van het Ambulante Team binnen regio Land van Cuijk. Wij hebben specifiek voor deze medewerker gekozen omdat ten eerste het Ambulante Team zich richt op de extramurale begeleiding. Daarnaast is de rol van dienstverleningscoördinator interessant voor ons onderzoek, omdat dit uiteindelijk de persoon is die het overzicht heeft over de diensten die Dichterbij verleent en hoe dat wordt vormgegeven. Onze verwachting vooraf is dan ook dat deze persoon ons antwoord kan geven op de vragen hoe de extramurale begeleiding nu geregeld is voor psychiatrische hulpvragers en hoe dit effectiever geregeld kan worden, vanuit het perspectief van Dichterbij.

Functie	Belangenbehartiger psychiatrische hulpvragers
Organisatie	-
Interviewer / Notulist	Niek / Britt

Wij hebben mevrouw Gerritsma benaderd voor een interview vanwege haar affiniteit met de doelgroep waar wij ons tijdens ons onderzoek op richten, namelijk de psychiatrische hulpvragers. Mevrouw is een belangenbehartiger voor de psychiatrische hulpvragers en heeft een hierdoor visie op de zorg die momenteel verleent wordt aan psychiatrische hulpvragers en de veranderingen rondom deze zorg. De visie van deze

belangenbehartiger is belangrijk voor ons onderzoek, omdat mevrouw vanuit de hulpvragers beredeneerd en niet vanuit de instellingen die de zorg verlenen of de gemeente. Mevrouw heeft in haar privé situatie veel te maken met de zorg rondom psychiatrische hulpvragers en zet zich daarom in voor een goede zorg rondom deze doelgroep. Naast de visies van de gemeenten, ketenpartners en andere zorgverlenende instanties, is het belangrijk om de visie van de hulpvragers in ons onderzoek mee te nemen. Deze visie onderzoeken we door belangenbehartigers te ondervragen in ons onderzoek.

Functie	Directeur Trajectvol
Organisatie	Trajectvol
Interviewer / Notulist	Niek / Britt

Trajectvol (z.d.) omschrijft wat zij doen en voor wie als volgt:

Trajectvol is gespecialiseerd in het geven van richting aan mensen met:

- ADD (Autisme Spectrum Stoornis)
- AD(H)D (aandachtstekortstoornis)
- Psychische beperkingen
- Psychosociale beperkingen
- Lichamelijke beperkingen

De trajectbegeleiders bieden ondersteuning richting:

- Dagbesteding en begeleiding
- Diagnostiek en behandeling
- Training en advies
- Wonen en werken

De begeleiding die Trajectvol biedt omschrijven zij als individuele ambulante begeleiding, die gericht is op alle levensgebieden (Trajectvol, z.d.).

Wij hebben ervoor gekozen om Trajectvol te benaderen voor een interview. Dit is een organisatie die werkt met onze doelgroep, namelijk mensen met een psychische beperking. Wij hebben deze organisatie gevonden via de website van het zorgkantoor, www.awbzzorggids.nl. Daarop kunnen gemeenten bekijken welke organisaties er AWBZ-zorg leveren binnen hun eigen gemeenten. Het lijkt ons relevant om met deze organisatie in gesprek te gaan omdat zij extramurale begeleiding leveren aan psychiatrische hulpvragers. Zij krijgen daarom te maken met de transitie en zullen daar ook een visie op hebben. Die visie is voor ons interessant omdat wij op die manier kunnen achterhalen waar zij voor- en nadelen zien en hoe zij denken dat de doelgroep binnen dit plaatje past.

Ook zullen wij hen bevragen over hoe zij denken dat de extramurale begeleiding efficiënter vorm kan worden gegeven. Die visie kunnen wij uiteindelijk meenemen bij de beantwoording van onze vraagstelling. Daarnaast kunnen we bij Trajectvol nagaan hoe de extramurale begeleiding nu vorm kan worden gegeven en welke verbeterpunten zij eventueel zien. Dit is interessant voor de gemeenten CGM omdat zij eventueel in de toekomst een samenwerking met Trajectvol zouden kunnen aangaan. Het is voor hen dan belangrijk om te weten wat de werkwijze is van Trajectvol, om te kunnen bepalen of dit een geschikte samenwerkingspartner zou kunnen zijn die binnen het beleid van de gemeente past.

Functie	Aanbesteder Bureau Beckers
Organisatie	Bureau Beckers
Interviewer / Notulist	Niek / Joyce

Bureau Beckers biedt begeleiding aan mensen met psychische problematiek. Bureau Beckers biedt drie vormen van begeleiding. Zij zijn alle drie gericht op succesvol zelfstandig kunnen functioneren en vullen elkaar aan. Bureau Beckers schrijft:

Een studie of baan kan alleen succesvol zijn wanneer alle randvoorwaarden goed zijn. Dat geldt in het bijzonder voor mensen met een psychiatrische beperking. Vandaar dat onze begeleiding zich richt op het succesvol toepassen van belangrijke vaardigheden. U kunt hierbij denken aan huishouden, zelfverzorging, sociale contacten, plannen of de weg vinden, maar ook het beheersen van vakinhoudelijke of werkgerelateerde zaken. Om dit efficiënt te kunnen doen kan een deel van de begeleiding in de thuissituatie worden uitgevoerd (Bureau Beckers, z.d.).

Wij zullen in gesprek gaan met mevrouw Harriet Beckers, één van de twee directeurs van Bureau Beckers. Uit de omschrijving van wat Bureau Beckers als organisatie doet, blijkt duidelijk dat zij met de doelgroep van ons onderzoek werken. Mevrouw Beckers gaat over het proces van aanbestedingen. In een mail die Bureau Beckers naar ons gestuurd heeft, omschrijven zij dit proces als volgt: *De aanbesteding is het proces dat Zorgkantoren en gemeentes hanteren om zorgverlenende instanties vanuit de AWBZ of Wmo te contracteren. Bedrijven brengen een offerte uit op basis van de wensen van zorgkantoren en gemeentes en die kiezen daaruit de bedrijven waarmee ze in zee willen of waarmee ze gaan onderhandelen.*

Bureau Beckers is dus zo'n zorgverlenende instantie (bedrijf). Mevrouw Beckers gaat over de offerte die vanuit Bureau Beckers uitgebracht wordt. Zij kan ons dus een duidelijk beeld geven van de hulpverlening die zij als instantie verlenen en daarnaast waarom deze hulpverlening op die wijze is vormgegeven, waarbij wij ons gedurende het gesprek specifiek op de extramurale begeleiding aan volwassen psychiatrische hulpvragers zullen richten. We krijgen dus een duidelijk beeld van de huidige situatie. Mevrouw Beckers houdt (zoals te lezen in de mail) ook zeer specifiek rekening met de wensen van zorgkantoren en gemeentes. Gezien de veranderingen die gepaard gaan met de transitie van de AWBZ naar de Wmo, zullen er naar alle waarschijnlijkheid ook veel veranderingen optreden in de wensen van de zorgkantoren en gemeentes. Het interview kan ons informatie verschaffen over de invloed van deze veranderingen, hoe hier door Bureau Beckers mee omgegaan wordt en hoe zij dus hun beleid vormgeven op basis van deze nieuwe wensen. Concluderend wordt het ten eerste duidelijk hoe de extramurale begeleiding aan volwassen psychiatrische hulpvragers, door Bureau Beckers, op dit moment geregeld is. Ten tweede wordt het duidelijk hoe de extramurale begeleiding aan volwassen psychiatrische hulpvragers, geregeld zal gaan worden naar aanleiding van de invloed van de aankomende veranderingen.

Bureau Beckers gaat weliswaar niet over aanbestedingen in de gemeenten Cuijk, Mill, Grave & Sint Hubert, echter toch kunnen zij ons voorzien van relevante informatie. We krijgen namelijk een beeld van de situatie in andere gemeenten, waar een ander budget is, waar wellicht andere regels gelden en waar andere factoren een rol spelen. Zodoende verwachten we uitkomsten te krijgen, die bij andere informatiebronnen (vooral interviews) niet aan bod zijn gekomen. We vormen een breder perspectief en denken 'out of the box'.

Functie	Coördinator Steunpunt Mantelzorg
Organisatie	Steunpunt Mantelzorg
Interviewer / Notulist	Niek / Lisette

Het Steunpunt Mantelzorg dient, zoals de naam ook zegt, als steunpunt voor mensen die mantelzorg bieden. Zoals op de site van Steunpunt Mantelzorg staat het volgende geschreven over wat zij doen:

- Het Steunpunt Mantelzorg geeft mantelzorgers steun als vraagbaak, als luisterend oor, als raadgever, als doorverwijzer en als aanbieder van cursussen en lotgenotenbijeenkomsten.

- Het Steunpunt Mantelzorg is een informatiepunt voor beroepskrachten. Er is een uitgebreide verzameling van informatiemateriaal, video's, flyers en gidsen over alles wat te maken heeft met mantelzorg
- Het Steunpunt Mantelzorg werkt zoveel mogelijk samen met andere organisaties, zowel vrijwilligersorganisaties als professionele instellingen.
- Met andere steunpunten samen wordt bij met name overheden, zorgverzekeraars en zorginstellingen de positie van mantelzorgers onder de aandacht gebracht.

In eerste instantie lijkt de connectie tussen Steunpunt Mantelzorg en ons onderzoek wellicht niet echt aanwezig. Echter toch zijn de mantelzorgers volgens ons een belangrijke groep, binnen ons onderzoek. De extramurale begeleiding zal namelijk gaan veranderen, dat is duidelijk. Door deze veranderingen is het goed mogelijk dat een deel van de doelgroep van volwassen psychiatrische hulpvragers die nu extramurale begeleiding ontvangen, deze begeleiding straks niet meer ontvangen. Een belangrijke vraag is dan: wat gebeurt er met deze mensen. Hier kunnen mantelzorgers wellicht een rol in spelen. Vanwege deze mogelijkheid, vinden wij het belangrijk om in gesprek te gaan met het Steunpunt Mantelzorg, om een beeld te vormen van deze groep. Hierdoor verkrijgen we kennis over de rol die mantelzorgers op dit moment spelen binnen de hulpverlening en zijn we uiteindelijk beter in staat, om een antwoord te formuleren op de vraag wat er nodig is om de extramurale begeleiding aan volwassen psychiatrische hulpvragers op een efficiëntere wijze vorm te geven.

Functie	Wonen-Welzijn-Zorg coördinator
Organisatie	Radius
Interviewer / Notulist	Niek / Lisette

Functie	Wonen-Welzijn-Zorg coördinator
Organisatie	Radius
Interviewer / Notulist	Niek / Lisette

Radius is een organisatie voor welzijn in het Land van Cuijk en is er voor alle inwoners, waarbij het zich niet richt op een bepaalde doelgroep. "Specifiek zetten we ons in voor alle mensen die ondersteuning kunnen gebruiken bij zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie" (Radius, z.d.). Radius streeft naar een samenleving waarin iedereen mee kan doen, gaat uit van de kracht van mensen en helpt mensen hun krachten ook te benutten, zodat zij zelfstandig de regie voeren over hun leven (Radius, z.d.). De belangrijkste taken van Radius zijn:

- "ondersteunen van vrijwilligersorganisaties;
- geven van informatie en advies;
- ontwikkelen en uitvoeren van diensten en activiteiten;
- belangenbehartiging " (Radius, z.d.).

Wij hebben voor Radius gekozen omdat het een organisatie is die zich specifiek actief is in onder andere Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert. Wat deze organisatie daarnaast interessant maakt voor ons onderzoek is dat het een zeer brede organisatie is. Ze geven zowel ondersteuning aan vrijwilligersorganisaties, informatie en advies, doen aan belangenbehartiging en houden zich daarnaast ook nog bezig met het ontwikkelen en uitvoeren van diensten en activiteiten.

Vooraf hebben wij van Mariëlla Bastiaans daarbij ook nog de informatie gekregen dat Radius werkt met psychiatrische hulpvragers. Op de site staat dit niet zo expliciet beschreven, maar staat wel vermeldt dat zij zich inzetten voor mensen die hulp kunnen gebruiken bij onder andere maatschappelijke participatie. Dit gedeelte

is zeer relevant, aangezien de gemeente de bezorgdheid heeft dat onze doelgroep minder, of helemaal niet, mee kan komen in de participatiesamenleving.

Binnen Radius hebben we twee verschillende afspraken: één met de wonen, welzijn en zorgcoördinator van Cuijk en één met de wonen, welzijn en zorgcoördinator van de gemeente Mill. Beiden vestigingen zijn relevant voor ons onderzoek en wij zijn van mening dat het waardevol is om de twee verschillende vestigingen met elkaar te vergelijken.

We hebben bewust gekozen om twee wonen, welzijn en zorgcoördinatoren te interviewen. Deze personen hebben het overzicht over het gehele plaatje. Zij weten zowel wat er op de werkvloer en op cliëntniveau afspeelt, als op het niveau van het bestuur en beleid. Daarnaast hebben zij goed zicht op hoe de hulp- en dienstverlening van Radius op de verschillende locaties er nu uit ziet en wat er gaat, of moet gaan, veranderen met de transitie.

Onze verwachtingen zijn vooraf dat beide coördinatoren ons antwoord zullen gaan geven op de vragen hoe de extramurale begeleiding nu geregeld is voor psychiatrische hulpvragen en hoe dit effectiever zou kunnen, vanuit het perspectief van de verschillende locaties van Radius.

Functie	Teamleider Wmo, Zorg en minimabeleid, Beleidsadviseur Sociaal Beleid
Organisatie	Gemeente Cuijk, Mill, Grave & Sint Hubert
Interviewer / Notulist	Niek / Joyce

Zoals al uit ons verslag is gebleken, is de gemeente Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert onze opdrachtgever. De reden dat wij graag een interview met hen willen doen, is om te kijken hoe zij tegenover de transitie staan, welke ideeën zij hebben over hoe zij straks met minder budget toch kwalitatief goede zorg kunnen bieden, welke overwegingen zij gaan hebben als zij bepalen welke organisatie de hulp- en dienstverlening mag gaan bieden en in hoeverre dit wordt bepaald door beleid van de overheid. Dit kan ons helpen om onze hoofdvraag met betrekking tot efficiënte extramurale begeleiding te beantwoorden. De gemeenten zelf zullen namelijk inmiddels een beeld aan het vormen zijn over waar er kosten bespaard kunnen worden, zonder dat de hulpverlening daaronder moet lijden. Wij willen Mariëlla Bastiaans, Teamleider Afdeling publiekszaken teamleider Werk Inkomen Zorg, hiervoor interviewen en Eric van Maaren, beleidsmedewerker.

Functie	
Organisatie	MEE
Interviewer / Notulist	Niek / Joyce

De visie van MEE luidt als volgt: "MEE maakt meedoen mogelijk" (MEE, z.d.). MEE kent een grote doelgroep, namelijk iedereen met een chronische ziekte of beperking. MEE biedt deze doelgroep ondersteuning op alle levensgebieden (opvoeding & ontwikkeling, samenleven & wonen, leren & werken, regelgeving & geldzaken). MEE helpt haar cliënten met de problemen waar zij tegenaan lopen en zorgen ervoor zij zelf weer verder kunnen (MEE, z.d.). Hieruit blijkt dat MEE een grote veelzijdigheid aan hulpverlening kent, aan een brede doelgroep. Psychiatrische hulpvragers is één van de doelgroepen waar mee zich op richt. Wanneer psychiatrische hulpvragers een vastgestelde chronische psychiatrische aandoening hebben, kunnen zij een beroep doen op MEE. De doelgroep kan vervolgens bij MEE terecht voor: "de (praktische) knelpunten waar u als gevolg van uw aandoening in het dagelijks leven tegenaan loopt of die u belemmeren in het meedoen in de samenleving" (MEE, z.d.). Hierbij kan gedacht worden aan knelpunten of vragen op de eerder genoemde levensgebieden (MEE, z.d.).

We zijn op het idee gekomen om MEE te benaderen, nadat wij zelf een inventarisatie hadden gemaakt van de ons bekende mogelijke organisaties. De specifieke reden dat MEE relevant is om mee te nemen in ons

onderzoek, is omdat zij ook hulp bieden aan psychiatrische hulpvragers. Wij hopen daarmee vanuit MEE veel relevante en bruikbare kennis te krijgen over de doelgroep en hoe zij tegen de transitie aankijken. Aangezien MEE zowel bekend is met onze doelgroep, als met extramurale begeleiding, zullen zij ook te maken gaan krijgen met het onderwerp van ons onderzoek. Wij verwachten dan ook dat zij ons antwoord kunnen geven op de vragen hoe de extramurale begeleiding nu geregeld is vanuit het oogpunt van MEE en hoe dit efficiënter geregeld kan worden wat hen betreft.

10.2 Niet afgenomen interviews

Functie	
Organisatie	Verdihuis
Interviewer / Notulist	Niek /

Stichting Maatschappelijke Opvang Het Verdihuis kent de volgende belangrijkste speerpunten:

SMO Verdihuis

- Zet zich in voor kwetsbare volwassenen, jongeren en gezinnen die de grip op hun leven kwijt zijn met (tijdelijke) dakloosheid tot gevolg.
- Biedt opvang en woonbegeleiding in de eigen omgeving of in een woning van ons.
- Levert integrale zorg op gebied van huisvesting, financiën, dagbesteding, sociale contacten, psychische en lichamelijke gezondheid, zingeving en praktisch functioneren.
- De begeleiding richt zich op het hier en nu én op de toekomst.
- Werkt vanuit de visie van herstelwerk, die uitgaat van de kracht en de hulpbronnen van de cliënt zelf.
- Werkt nauw samen met andere professionals, zoals huisartsen, GGZ, verslavingszorg, reclassering, maatschappelijke werk en welzijnsorganisaties.
- Heeft een capaciteit van 200 plaatsen verspreid over de diverse afdelingen en ondersteunt +- 1000 cliënten per jaar (Verdihuis, z.d.).

Wat maakt dat het Verdihuis van waarde is binnen ons onderzoek, is dat zij als één van hun diensten, een zogenaamd Sociaal Pension aanbieden. Dit is alleen toegankelijk voor mensen met een AWBZ-indicatie voor verblijf die wegens psychische problemen niet in staat zijn geheel zelfstandig te wonen, wat aansluit bij onze doelgroep. In het Sociaal Pension beschikt men over zelfstandige wooneenheden en wordt er gewerkt aan het in stand houden of vergroten van de zelfredzaamheid van hulpvragers (Verdihuis, z.d.).

Het Verdihuis heeft niet meer gereageerd op onze mail om een interview te plannen. Daarnaast hebben wij hen uiteindelijk niet meer benaderd omdat wij al veel reacties hadden van andere organisaties en om die reden ook geen tijd meer hadden om met hen ook een interview te plannen.

Functie	
Organisatie	Per Saldo
Interviewer / Notulist	Niek /

PerSaldo is belangenbehartiger voor mensen met een persoonsgebonden budget (PerSaldo, z.d.). Mensen die recht hebben op extramurale begeleiding, kunnen deze zorg ook ontvangen door middel van een persoonsgebonden budget. PerSaldo richt zich op mensen met een persoonsgebonden budget en zijn belangenbehartigers van de hulpvragers van o.a. de AWBZ en de Wmo. Wegens de affiniteit met de doelgroep en de missie om de zorg rondom het persoonsgebonden budget goed te regelen, hebben wij PerSaldo benaderd voor een interview.

Uiteindelijk hebben wij ervoor gekozen om geen interview te plannen met PerSaldo omdat wij al twee belangenbehartigers hadden gesproken, de organisatie voor ons vrij ver weg was en we al voldoende interviews hadden gepland. Daarnaast hadden we door tijdsgebrek hier ook geen mogelijkheid meer voor.

Functie	
Organisatie	Stichting Vrijwillige Hulpdiensten Cuijk
Interviewer / Notulist	Niek /

Stichting vrijwillige hulpdiensten Cuijk is een stichting die valt onder de organisatie van stichting MEE. De organisatie richt op een hele brede doelgroep. Een van deze doelgroepen zijn de psychiatrische hulpvragers. Wegens de kennis betreft deze doelgroep hebben wij deze stichting benaderd voor een interview. Stichting vrijwillige hulpdiensten Cuijk verleent verschillende soorten hulpdiensten en begeleiding; klussendiensten, respijtzorg, sociale begeleiding en vrijwillige hulpdiensten (Stichting vrijwillige hulpdiensten Cuijk, 2014). Omdat er met de participatie gerichte hulpverlening gekeken wordt naar wat de omgeving voor de cliënt kan betekenen en er eerst gekeken wordt naar algemeen gebruikelijke voorzieningen, zal de transitie invloed hebben op deze vrijwillige stichting. Er zal naar verwachting na de transitie een groter beroep gedaan worden op deze stichting, wegens de algemeen gebruikelijke voorzieningen die zij verlenen. Omdat deze stichting veel te maken zal krijgen met de nieuwe werkwijze die na de transitie zal beginnen, vinden wij het belangrijk om de visie van deze stichting mee te nemen in ons onderzoek.

Wij hebben uiteindelijk geen interview meer met de vrijwillige hulpdiensten Cuijk meer gedaan omdat wij voldoende reacties hadden van andere organisaties, we geen tijd over hadden voor meer interviews en omdat zij niet hebben gereageerd op de mail die wij hadden gestuurd met het voorstel voor een interview.

Functie	
Organisatie	Novadic-Kentron
Interviewer / Notulist	Niek /

Novadic Kentron is een verslavingszorginstelling met 1.100 medewerkers, 230 opnameplaatsen, een budget van 70 miljoen euro en meer dan 10.000 cliënten per jaar (Novadic Kentron, z.d.). Novadic-Kentron (z.d.) omschrijft hun missie en visie als volgt:

De Novadic-Kentron Groep ondersteunt iedereen die last heeft van een verslaving, of vragen heeft die daarmee samenhangen. We proberen verslavingen te voorkomen, behandelen cliënten die ervan willen herstellen, of ondersteunen hen bij het leven met een verslaving. Betrokkenheid en deskundigheid zijn onze kracht.

Samen met cliënten en ketenpartners werken we aan een blijvende verbetering van de situatie. We zoeken mensen zoveel mogelijk thuis of in de wijk op. Omdat we geloven dat cliënten en hun omgeving elkaar positief kunnen beïnvloeden, betrekken we de sociale context waar mogelijk bij de behandeling.

In het publieke debat vragen we aandacht voor de positie van mensen met een verslaving. Door onze visie en deskundigheid te delen, beïnvloeden we de maatschappelijke opvattingen over verslaving en verslavingsgedrag.

Wij hebben ervoor gekozen om Novadic-Kentron te benaderen voor een interview. Dit is een organisatie die verslavingszorg aanbiedt. De reden dat wij hen hebben benaderd is dat mensen die verslaafd zijn, ongeacht of dit nu een drugsverslaving, alcoholverslaving, gokverslaving, een andere soort verslaving is of een combinatie van verslavingen is, onder de doelgroep vallen van personen met een psychiatrische stoornis, zoals wij ook benoemd hebben in onze probleemanalyse. Hierdoor zou het voor ons interessant kunnen zijn om met iemand van de organisatie te spreken over in hoeverre zij te maken krijgen met de transitie van de extramurale

begeleiding van de AWBZ naar de Wmo en hoe zij denken dat de extramurale begeleiding efficiënter vorm kan worden gegeven.

Daarnaast hebben wij deze organisatie gevonden door via de website van het zorgkantoor: www.awbzzorggids.nl, te bekijken welke organisaties er in de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert AWBZ-zorg leveren. Dat maakt het ook relevant om met Novadic-Kentron in gesprek te gaan omdat de gemeenten CGM er straks voor kunnen gaan kiezen om met hen een samenwerking aan te gaan. Het is voor hen van belang om te weten welke visie Novadic-Kentron heeft met betrekking tot efficiënte hulpverlening en hoe zij de extramurale begeleiding op dit moment uitvoeren. De visie van Novadic-Kentron kunnen wij uiteindelijk weer meenemen om op grond daarvan conclusies te trekken met betrekking tot onze onderzoeksvraag.

Wij hebben Novadic-Kentron een mail gestuurd waarin staat wat ons onderzoek inhoudt. Daarnaast hebben wij hen gevraagd of wij eventueel iemand zouden kunnen interviewen met betrekking tot ons onderwerp. Zij lieten in een reactie weten dat zij vanwege de werkdruk van hun medewerkers en/of de privacy van hun cliënten daar niet op in konden gaan. Er zal daarom geen interview met deze organisatie plaats gaan vinden.

Functie	
Organisatie	Labyrinthzorg
Interviewer / Notulist	Niek /

Labyrinthzorg omschrijft zichzelf als een organisatie voor cliënten in de regio Noord Oost Brabant met het eigen, persoonlijke gezicht. Zij begeleiden mensen met een psychische beperking en/of Autisme Spectrum Stoornis (ASS)(Labyrinthzorg, z.d.). Op de website van Labyrinthzorg (z.d.) staat het volgende over de begeleiding die zij bieden:

Labyrint Zorg & Werk biedt begeleiding op het gebied van wonen, zorg, financiën, sociaal netwerk en tijdsbesteding (werk, studie en vrijetijdsbesteding) om de economische zelfredzaamheid van cliënten met een beperking te vergroten. Uiteindelijk bepaalt men zelf haar/zijn eigen levensrichting om gewoon te kunnen leven. De begeleiding van Labyrint Zorg & Werk helpt kennis, vaardigheden en gedrag zo te ontwikkelen dat men zich zo zelfstandig als mogelijk kan redden in de maatschappij.

Verder wordt op de website van Labyrinthzorg (z.d.) het volgende vermeldt over de begeleidingsdoelen: De begeleidingsdoelen zijn verschillend per cliënt en zijn gericht op participatie in de samenleving en het onder controle houden van problemen. De zorg voor de cliënt beslaat een integraal begeleidingsprogramma waarin Labyrint Zorg & Werk haar diensten coördineert en afstemt met de cliënt en diens steunsysteem. Hierbij wordt waar nodig samenwerking gezocht met overige betrokkenen en professionals.

Wij hebben Labyrinthzorg benaderd voor een interview. Onze reden daarvoor is dat Labyrinthzorg extramurale begeleiding biedt aan onze doelgroep, psychiatrische hulpvragers. Wij hebben deze organisatie gevonden via de website van het zorgkantoor, www.awbzzorggids.nl. Op die website kunnen gemeenten bekijken welke organisaties er AWBZ-zorg leveren binnen hun eigen gemeenten. Wij denken dat wij bij deze organisatie informatie kunnen krijgen over hoe de extramurale begeleiding er nu uit ziet, hun visie op eventuele verbeterpunten en de transitie en wij denken dat ze wat kunnen zeggen over het efficiënter maken van de extramurale begeleiding. Vooral hun visie op het efficiënter maken van de hulpverlening zou ons kunnen helpen om de hoofdvraag te beantwoorden. De overige informatie helpt ons om een beeld te vormen over hoe de organisatie op dit moment extramurale begeleiding biedt en waar zij daar eventueel verbeterpunten zien. Die informatie is ook weer interessant voor de gemeenten CGM omdat zij straks moeten bepalen met welke organisaties zij een samenwerking aan willen gaan. Tot nu toe hebben wij nog geen reactie mogen ontvangen

van Labyrinthzorg op ons verzoek voor een interview. Het is dus nog niet duidelijk of dit uiteindelijk zal gaan gebeuren.

Wij hebben uiteindelijk geen interview meer gepland met Labyrinthzorg omdat wij al voldoende interviews hadden met andere organisaties, we geen tijd hadden om nog meer interviews af te nemen en zij geen reactie hebben gegeven op onze mail.

Functie	
Organisatie	Buru Maks
Interviewer / Notulist	Niek /

Buro Maks (z.d.) heeft de volgende missie:

Buro MAKs biedt begeleiding/behandeling aan mensen met psychiatrische en/of psychosociale problemen in de thuissituatie. De doelgroep bestaat uit kinderen/jeugd en volwassenen. Cliënten worden zodanig ondersteund dat zij op een volwaardige wijze aan het maatschappelijk leven kunnen deelnemen. Vermaatschappelijking raakt alle levensvlakken; zoals wonen, werken, leren en socialiseren. Belangrijk is dat de cliënt en het steunend netwerk centraal staan en dat er wordt uitgegaan van de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Gestreefd wordt naar optimale samenwerking met ketenpartners.

Uit de voorgaande tekst blijkt dat Buro Maks zich bezighoudt met onze doelgroep, namelijk volwassen psychiatrische hulpvragers.

De visie van Buro Maks(z.d) omschrijven zij als volgt:

Buro MAKs gaat uit van een herstelgerichte benadering. Herstel betekent maximale aandacht voor vergroting van de vaardigheden en voor het maatschappelijk functioneren van de cliënt. Daarbij is het van belang om de sterke kanten van de cliënt, de ouders, het gezin en het sociale netwerk te benutten. Werken vanuit een vertrouwensrelatie tussen begeleider en cliënt is daarbij de basis. In dialoog worden de werken en mogelijkheden van de cliënt op elkaar afgestemd. De gegeven begeleiding voldoet aan professionele standaarden.

De visie van Buro Maks laat zien vanuit welke visie zij hulp verlenen. Voor ons onderzoek richten wij ons op de extramurale begeleiding.

Buro Maks (z.d.) biedt ambulante begeleiding. Hier zeggen zij het volgende over:

Ambulante begeleiding voor volwassenen met een psychiatrische beperking versterkt de vaardigheden om de regie over het eigen leven te herstellen. De begeleiding richt zich op alle levensvlakken. De begeleiding vindt voornamelijk plaats in de thuissituatie. Het sociale netwerk kan daar uitdrukkelijk bij betrokken worden.

Hieruit blijkt dus dat zij extramurale begeleiding bieden aan hun cliënten omdat zij voornamelijk werken vanuit de thuissituatie van de cliënt.

Wij hebben Buro Maks benaderd voor een interview. Dit hebben we gedaan omdat deze organisatie extramurale begeleiding biedt aan psychiatrische hulpvragers. Wij hebben deze organisatie gevonden via de website van het zorgkantoor, www.awbzzorggids.nl. Op die website kunnen gemeenten bekijken welke organisaties er AWBZ-zorg leveren binnen hun eigen gemeenten. Dat brengt ons meteen op een tweede punt, Buro Maks biedt extramurale begeleiding aan binnen de gemeenten Cuijk, Grave, Mill & Sint Hubert. Aangezien wij ons op dit gebied richten voor ons onderzoek, is deze organisatie voor ons relevant. Wij denken bij hen informatie te kunnen krijgen over hoe zij de extramurale begeleiding nu vorm geven, hoe dit eventueel verbeterd kan worden en zij zullen ongetwijfeld een visie hebben op de transitie. Daarnaast willen wij van hen weten hoe zij denken dat de extramurale begeleiding eventueel efficiënter kan worden vormgegeven. Dit kan

ons namelijk helpen om onze hoofdvraag te beantwoorden. Hoe de extramurale begeleiding nu vorm wordt gegeven door deze organisatie zou voor de gemeenten CGM relevant kunnen zijn omdat zij straks moeten bepalen of zij eventueel een samenwerking aan willen gaan met Buro Maks. Aangezien Buro Maks nog niet heeft gereageerd op ons verzoek voor een interview, weten wij nog niet zeker of wij hen ook daadwerkelijk gaan ondervragen.

Uiteindelijk hebben we geen interview gedaan met Buro Maks. Zij hadden wel gereageerd op onze mail maar door de hoeveelheid interviews die wij al hadden staan, hebben wij geen mogelijkheid gehad om een datum te plannen. Daarnaast hadden wij al voldoende interviews afgenomen en geen tijd meer voor meer interviews.

Topiclijst Interview

Doelgroep

Kenmerken doelgroep
Zorgen die gepaard gaan met kenmerken doelgroep
Praktijkvoorbeelden

Extramurale begeleiding

Onderdelen van de extramurale begeleiding
Eigen mening omtrent hoe de extramurale begeleiding momenteel geregeld is

Transitie

Mogelijkheden tot verbetering in de extramurale begeleiding (niet financieel gebonden)
Hoe zou er efficiënt gewerkt kunnen worden (wel financieel gebonden)
Op welke grond wordt de effectiviteit getoetst
'Good practices' m.b.t. extramurale begeleiding

Zorgen met betrekking tot de transitie van de extramurale begeleiding naar gemeenten
Kansen met betrekking tot de transitie van de extramurale begeleiding naar gemeenten
Oftewel: voor- en nadelen m.b.t. de transitie
Samenwerking; met de gemeente
Samenwerking; met andere zorgaanbieders

Participatiesamenleving (De Kanteling)

Participatiesamenleving: visie organisatie op de kanteling(hoe past de doelgroep binnen de participatiesamenleving)

Indiceren

Hoe ziet de indicatiestelling van cliënten er momenteel uit
Eigen mening omtrent wat belangrijk is bij indicatiestelling

Organisatie 1

Doelgroep

De heer W. is van oorsprong A en B verpleegkundige. Na deze opleiding heeft hij bedrijfskunde gedaan. Sinds 12,5 jaar is hij werkzaam bij de organisatie 1. Hij is teamleider van de 2 factteams, de vrijwilligers binnen organisatie 1. Organisatie 1 houdt zich bezig met psychiatrische hulpvragers.

Extramurale begeleiding

Momenteel zijn er factteams binnen organisatie 1 om de extramurale begeleiding uit te voeren. Waar organisatie 1 in de toekomst naar toe wil is een dienst ondersteunend centrum. Dit is een woning voor 30 tot 40 psychiatrische hulpvragers waarbij alle voorzieningen in het centrum aanwezig zijn, eetgelegenheid, fitnesscentrum etc. Dit centrum is gericht op preventie en het samen oplossen. Voornamelijk gericht op de afname van de totale lasten van de gemeente. Dit is een investering van jaren en zal AWBZ en Wmo diensten bevatten.

Transitie

Organisatie 1 is al sinds begin dit jaar begonnen met de onderhandelen met de 12 verschillende gemeenten uit noord-oost oost Brabant. Eerder was dit onderhandelen met één wethouder die sprak voor alle gemeenten. Dit zorg voor meer werk vanuit het management van de hulpverlenende organisaties. Alle instellingen moeten onderhandelen met de gemeenten, wegens de financiële ondersteuning van de gemeenten worden zorginstellingen hierdoor concurrenten van elkaar. Om deze reden geeft de gemeente aan dat zij wijkteams willen waarbij alle expertises bij elkaar komen. Per wijkteam moeten ze de financiën dan rond krijgen. Doordat alle wijkteams voor hun eigen financiën moeten gaan zorgen en de hulp zelf in kunnen delen, kan dit betekenen dat je met hetzelfde ziektebeeld in verschillende wijken een andere indicatie of andere hulp krijgt. Dit kan door de verschillende partners binnen wijkteams en wegens de andere aandacht die gegeven wordt door de politieke kleur van de gemeente. De heer W. geeft aan dat dit aspect hem zorgen baart.

Het doel van de transitie is bezuinigingen. Dit is te realiseren door goede samenwerking en te besparen op personeel en kantoorruimte. De heer W. geeft aan dat er binnen organisatie 1 al ongeveer 20% van de totale hulpverleningskosten bespaard is door betere samenwerking en het besparen op facilitaire kosten. Hoe meer er samengewerkt wordt, hoe minder ruimte er nodig is om te werken.

De andere 5% die bespaard dient te worden na de transitie denk organisatie 1 te halen uit efficiënt werken. Hierbij worden de volgende taken concreet benoemd: kortere behandelingen, nauwere aansluiting (door middel van ketenzorg) en geen wachtlijsten. Door de wijkteams die komen kan er sneller gecommuniceerd worden en kan de zorg sneller georganiseerd worden. De aanvraagformulieren moeten afgeschaft worden en er moet sneller gecommuniceerd worden tussen hulpverleners van verschillende instanties. Wanneer er een mondelinge toezegging is, moet deze wel formeel ook nog gedaan worden, maar dan kan de hulpverlening vast ingezet worden. Daarnaast zal er efficiënter samengewerkt worden wanneer er toestemming gevraagd wordt aan de cliënt om zijn dossier door te geven aan andere instellingen. Uiteraard wel pas na toestemming van de hulpvrager, met handtekening. Wanneer er een elektronisch cliëntendossier zal zijn bij alle instellingen, zal deze samenwerking gemakkelijker gaan.

Het is belangrijk dat de hulpverlening gericht is op ketenzorg. Er moeten onderlinge afspraken gemaakt worden met andere instellingen op een eigen netwerk op te bouwen die er voor kan zorgen dat de hulpverlening goed op elkaar aan sluit. Samen oplossen en preventieve hulpverlening.

De zorg moet niet meer centraal georganiseerd worden, maar juist decentraal. Dit is om dichterbij de mensen te komen, lokaal zorg organiseren. De heer W. geeft aan dat de hulpverlenende organisaties hierdoor de kwaliteit van de zorg kunnen behouden. Hulpvragers zijn hierdoor gemotiveerder omdat je dicht bij huis bent. Organisatie 1 is hier al mee begonnen en de hulpvragers die niet op hun afspraak komen opdragen is gehalveerd.

Participatiesamenleving (De Kanteling)

Na de transitie zal er voor de cliënt niets veranderen aan de hulpverlening. Momenteel zijn er bepaalde zorgpadjes, DBC (diagnose beschrijving combinatie) die gefinancierd worden door de zorg verzekeringswet. Sinds 2009/ 2010 is er verandering gekomen in het aandragen van de financiën van deze zorgpadjes. Sinds 2009/2010 wordt de inhoud van de diagnose vastgesteld aan de hand van behandelminuten. Hierdoor kan een instelling deze minuten zelf indelen bij bepaalde professionals. Het is een soort prestatie behandeling. De heer W. geeft aan dat er hierdoor snelle gewerkt wordt en efficiënter door het optimaal mixen van het personeel, zodat er op een efficiënte en goedkope manier hulp wordt verleend.

Indiceren

Er wordt binnen organisatie 1 nog niet gesproken van een Wmo-indicatie. De mensen die onder de extramurale begeleiding vallen hebben een AWBZ indicatie of een Pgb. Momenteel hebben de cliënten van organisatie 1 een CIZ indicatie of een Pgb. Omdat er veel misbruik gemaakt wordt van de Pgb's, geeft de heer W. aan dat organisatie 1 volledig van de Pgb's af wil. Alle hulpvragers die onder de ambulante teams vallen hebben geen Pgb meer. Wanneer alle hulpvragers hun Pgb zouden behouden, zouden er 30 tot 40 hulpvragers naar de Wmo kunnen met hun hulpvraag. Organisatie 1 heeft deze Pgb weg gehaald en nu kunnen 80 tot 90 hulpvragers bij de Wmo terecht voor hun hulpvraag. De cliënt krijgt minder vrijheid door iemand niet meer te helpen met een Pgb, maar doordat een Pgb zorgt voor financiële onzekerheid heeft organisatie 1 ervoor gekozen de Pgb's af te schaffen.

Momenteel worden de indicaties gesteld door het CIZ. Hiervoor dienen de professionals formulieren in te vullen met informatie over de hulpvrager. Meneer W. geeft aan dat dit niet altijd goed gaat wegens het ontbreken van informatie.

Waar organisatie 1 graag naar toe zou willen is een indicatie die gesteld wordt door een wijkteam. Echter zit hier een risico aan, namelijk: alle partners hebben even veel recht om een indicatie te stellen. Daarnaast vindt hij het belangrijk dat de mantelzorgers er bij betrokken worden. De indicatie zal op een snellere manier uitgevoerd moeten worden. Momenteel sluit de indicatie en de hulpverlening niet goed op elkaar aan. De heer W. geeft aan dat de mantelzorgers momenteel het wapen zijn van de factteams binnen organisatie 1. Met hen samen worden er momenteel signaleringsplannen en crisiskaarten gemaakt ter preventie van de hulpverlening. De heer W. zegt het volgende over het contact met de mantelzorgers: 'zonder familie, vrienden of kennissen kun je hier niet aankloppen'.

De financiële ondersteuning aan de wijkteams moet gelijk zijn aan het personeel.

Organisatie 2

Doelgroep

De heer S. is de directeur van organisatie 2. Organisatie 2 is ontstaan als een reïntegratiebedrijf, met als doelgroep mensen met een lichamelijke-, geestelijke- en psychische beperkingen. De richting van de zorg is hier bij komen kijken en dit is uitgebreid tot 80% van de zorg die de organisatie levert. 20% van de zorg die

momenteel geregeld wordt binnen de organisatie, behoort tot de re-integratie. Organisatie 2 heeft contracten met de zorgverzekeringswet en zo goed als alle zorg valt onder AWBZ-zorg. De cliënten van organisatie 2 worden geholpen door middel van een Pgb of zorg in natura. Organisatie 2 heeft 100 cliënten waar zij ambulante begeleiding aan geven. Verder word er af en toe cursussen gegeven. Organisatie 2 is werkzaam binnen noord-oost Brabant en midden Brabant, dit gaat totaal om 24 gemeenten.

Extramurale begeleiding

Organisatie 2 is een organisatie die ambulant hulp verleent, zij gaan bij mensen op bezoek en begeleiden hen bij de extramurale begeleiding. Organisatie 2 heeft een digitaal systeem waar iedereen met een bevoegdheid in kan, organisatie 2 zelf, de cliënt, de huisarts van de cliënt en andere zorginstellingen of andere hulpverleners.

Het Pgb zal volgens de heer S. moeten blijven bestaan om de hulpvragers keuzevrijheid te geven. Hierbij moet de rijksoverheid ook een keuze gaan maken in kwalitatief werken of kwantitatief. Er wordt momenteel alleen op het korte termijn gedacht en niet naar de zorg in de toekomst. De beeldvorming van mensen moet veranderen.

Transitie

Het belangrijkste aan de transitie is alle neuzen dezelfde kant op krijgen. Er moet gekeken worden hoe alle organisaties en instellingen op elkaar aan kunnen sluiten betreft de zorg. Het eilandgevoel van de organisaties moet weg. Er moet efficiënt gewerkt gaan worden. Ruimten kunnen bespaard worden door meer samen te werken. Dit vraagt volgens de heer Sterkenburg niet alleen om een omslag in het beleid van de zorginstellingen, maar voornamelijk om een culturele omslag. De transitie = anders denken. Het zijn niet alleen de organisaties die anders moeten gaan denken, geeft de heer S. aan. Ook de mensen moeten anders gaan denken. Er moet meer samengewerkt worden en er moet meer gedacht worden in een groter geheel. De aansluiting tussen organisaties zullen hierin heel belangrijk zijn.

De heer S. geeft aan veel hobbels te voorzien in de wetgeving. Er is geen duidelijkheid. Doordat er nergens een concreet plan is, gaan men alleen maar kijken naar wat er mis gaat in de zorg en niet naar wat er goed gaat. Hierdoor is er een verkeerde insteek betreft de zorg die momenteel geleverd wordt. Zorg wordt momenteel niet gezien als een dienst, maar als een product. Hulpvragers worden gehospitaliseerd, terwijl zij eigenlijk alleen de zorg moeten hebben die nodig is.

Participatiesamenleving (De Kanteling)

Één van de projecten die organisatie 2 is gestart, is een traject met kookcursussen. Hierbij worden er kookcursussen gegeven aan de cliënten van organisatie 2. Deze cliënten koken tijdens deze cursussen voor ouderen met dementie. Zo werkt iedereen voor elkaar en helpt iedereen elkaar.

Indiceren

Aanvragen worden door organisatie 2 zelf gedaan. Het CIZ stelt vervolgens de indicatie. De heer S. geeft aan dat krijgen van een indicatie bij het CIZ licht aan de hulpverlener van het CIZ die jouw aanvraag behandelt. Wanneer deze taak uit de handen van het CIZ wordt genomen, zal er volgens de heer S. een soort indictiecommissie komen, een kleine plaatselijke CIZ.

Organisatie 3

Doelgroep

Wat doen jullie precies?: Wij begeleiden mensen met psychiatrische klachten vanaf 12 jaar, ook kinderen, wat ze gemeen hebben is dat ze allemaal een gemiddelde tot goede intelligentie hebben. Wij doen niets met verstandelijke handicaps. Wij hebben relatief veel cliënten die hoog functioneren. Daar hebben we een specifiek aanbod op.

Kenmerken doelgroep: Hoe groot is die groep ongeveer? Hoeveel cliënten begeleiden jullie ongeveer? Wij hebben ongeveer 120 cliënten die we begeleiden. Ik denk dat 30 % in de hoek zit van een goede begaafdheid. Dat is vanaf een IQ van 130. Het is niet dat wij dit specifiek vragen, we vragen niet naar een IQ-test. Als je dat afzet tegen hoe het landelijk verdeeld is, dan is dit relatief veel.

Extramurale begeleiding

Inhoud functie geïnterviewde (directiewerk): Biedt jij zelf ook die begeleiding? Want je gaat ook over het aanbestedingsproces had ik begrepen. Ja, ik heb nog zo'n 10% van mijn tijd voor begeleidingen. Ik doe wel alle kennismakingen, dat zijn er ook een aantal per week, tussen de 2 en de 5 op dit moment maar dat is dan heel veel. Dat is niet altijd zoveel. De rest van de tijd doe ik directiewerk.

Oké, en dat directiewerk wat houdt dat dan in? Dat betekent dat ik verantwoordelijk ben voor de kwaliteit en dat heeft heel veel aspecten. Dat gaat over medewerkers die goed moeten kunnen functioneren, daar ook goede omstandigheden voor moeten hebben. Dat gaat over financiën, er moet een goed evenwicht zijn tussen wat er uit gaat en wat er in komt. Dat gaat over kwaliteitssystemen, hoe bewaak je de veiligheid, welke zorg biedt je wel en wanneer verwijst je door. Dat zijn voorbeelden van systemen. Maar ook een zorgplansystematiek, hoe zorg je ervoor dat iedereen gegarandeerd een zorgplan heeft, dat twee keer per jaar beoordeeld wordt. Hoe zie je dat cliënten vooruit gaan? Hoe meet je dat? Dat is ook een voorbeeld van kwaliteit. Maar het betekent ook dat ik verantwoordelijk ben voor het bijhouden van de maatschappelijke ontwikkelingen en dat ik de vernieuwing van het beleid op me heb. De samenwerkingverbanden waar we in zitten die worden door mij opgezet en onderhouden. Dat is ook een aspect waar kwaliteit, dat betekent dat de cliënt die bij ons is, die bijvoorbeeld behandeling nodig heeft, op de goede plek terecht kan, daar zo snel mogelijk terecht komt, met de juiste behandelvraag ook terecht komt. Ik geloof dat dat wel het belangrijkste is.

Controle op de kwaliteit van de hulpverlening: Hoe controleren jullie of de kwaliteit van de hulpverlening goed is? Wij zitten er achteraan dat cliënten weten wat er in hun zorgplan staat. Ze denken mee over wat ze nodig hebben en zij controleren dat ook, zij lezen de zorgplannen, verbeteren ze. Ze moeten ook tekenen als ze het er mee eens zijn en dat is het vertrekpunt voor de begeleiding. En dan start die begeleiding en die gaat ook nog eens uitschrijven hoe die dan begeleidt. Als daar een zorgbehoefte uitkomt, bijvoorbeeld ik heb hulp nodig bij mijn administratie, dan kan dat op tienduizenden manieren, maar de manier die bij de cliënt past wordt door de begeleider opgeschreven, met de cliënt besproken, klopt het dat jij op die manier begeleidt wilt worden. En er wordt ook getekend en dat wordt na een half jaar er weer bij gepakt en dan kun je dus ook zien of iemand daarin gegroeid is want er staan letterlijk stappen in die je samen zet. Je gaat op een gegeven moment stappen overslaan. Dus de cliënt kan dan zelf zien of hij zijn doel behaald heeft. Een doel behaald hebben dat betekent voor een deel dat er gewoon gewerkt is volgens de manier die jij wilt maar dat kan dus ook betekenen dat daar stappen in overgeslagen gaan worden. En dat het doel aangepast wordt. Dat registreren we in behaald, deels behaald en niet behaald. Dus we kunnen aan het einde van het jaar, op ieder gewenst moment zien hoeveel doelen zijn hier eigenlijk opgesteld en hoeveel daarvan zijn behaald, deels behaald en niet behaald. Hoe bekijk je nu hoe iets behaald is, stel dat dit door omstandigheden niet mogelijk is? Dan staat het gewoon onder niet behaald. Het is wel een competentie om doelen te kunnen stellen die ook reëel zijn. Maar de omstandigheden kunnen natuurlijk gewoon een factor zijn waar je niets aan kunt doen. Voor een deel is het de inschatting. Je kunt bijvoorbeeld een hoop leerdoelen bedenken en vervolgens blijkt dat iemand zoveel moeite heeft om zich staande te houden dat je aan heel die leerdoelen niet toekomt. Dat is

een competentie. We bekijken bij ons personeel of competenties er zijn of nog niet zijn. Dit bepalen we met de medewerkers erbij. Dit stellen wij in de functioneringsgesprekken aan de orde. Als blijkt dat bij een werknemer bepaalde competenties nog niet voldoende aanwezig zijn, dan kunnen zij hierin bijscholing krijgen.

Hoe wordt een organisatie nu beoordeeld op de zorg die zij bieden? Ja, nu moet je dus aanbesteden bij zorgkantoren. Die schrijven een inkoopplan en als je je stuk goed schrijft en je voldoet aan wat zij, zij bedenken ook hé, hoe moet de toekomst van de zorg eruit zien, nou ja daar schrijf je je product op. Ze kijken gewoon wat beschrijf jij aan zorg, hoe ga je, hoe denk jij dat te gaan meten. En als ze dat een goed idee vinden en ze hebben ruimte voor een nieuwe aanbieder, dan kom je zo de zorg in natura in.

Advies aan gemeente inrichting extramurale begeleiding: Maar eigenlijk is dat ook wat ik de gemeentes ook meegeef in feite, ga gewoon die lange termijn, laat organisaties zich daarop presenteren, van hoe denk jij dit vorm te gaan geven. Daar kun je ze op beoordelen. Hoe zorg jij dan dat mensen hun vaardigheden gaan beheersen, hoe werk je aan het versterken van het cliëntsysteem, hoe werk jij aan zelfkennis bij je cliënt en hoe werk jij aan participatie, wat is jouw visie daarop. Daar kun je een organisatie op beoordelen. En doordat je dat van tevoren in je inkoopmodel aangeeft, help je organisaties al om een verandering door te maken want die moeten daarover gaan nadenken en als ze dat niet goed doen, dan moeten ze hun product aanpassen. Dus dat is een sturingsinstrument. Dingen vooraf in een inkoopmodel aangeven. En hoe je dat achteraf gaat meten, ja daar loop je dus tegen dat probleem op van uh, kun je daar organisaties op gaan af rekenen en hoe doe je dat dan op een verantwoorde manier? Dat ze niet uh, cliënten naar elkaar toe gaan schuiven die niemand hebben wil bijvoorbeeld omdat je daar weinig resultaat mee haalt.

Je kunt ook op meer manieren organisaties daar in sturen. Je kunt ook gewoon op cijfers, je productiviteit van je organisatie moet minimaal 65% zijn bijvoorbeeld. Dus iedere euro die we erin zitten gaat 65 cent rechtstreeks naar de cliënt. Je kunt daar een norm op leggen. Dan help je organisaties om zo weinig mogelijk management te hebben. Allerlei ondersteunende diensten en om de zoveel jaar een volledig nieuw logo met nieuw briefpapier, dat soort flauwekul filter je eruit door op zoiets, dat heeft volgens mij de gemeente Nijmegen ook overgenomen, wat ik in de gauwigheid zag. Dat ze productiviteit gaan sturen, op effectiviteit of hoe je het wil noemen. Dat is een andere manier en die kun je heel goed combineren. Dat kan hier gewoon helemaal los van staan. Ik denk dat het belangrijk is dat de gemeente vooral gaat stimuleren om verandering tot stand te brengen. Vooral loslaten dat ze alles onder controle willen gaan hebben. Beter een soort vrijheid in gebondenheid hebben. Dat je kaders aangeeft waarbinnen organisaties mogen gaan experimenteren. Ik heb ook een flauwekul stuk van de gemeente onder ogen gekregen, waarin ze onderscheid gingen maken tussen korte termijn, middellange termijn en lange termijn trajecten waarbij een lange termijn traject twee jaar duurde en een middellang een half jaar tot een jaar en een kort ongeveer drie maanden. En bij ons is een cliënt gemiddeld een jaar of 3 maar we hebben ook mensen in levensloopbegeleiding. Dat is niet reëel. En dan zie je dus, dan hebben ze op de stoel gezeten van die zorgmedewerker, waar ze echt gewoon de ballen verstand van hebben.

Transitie

In hoeverre voorbereid op de transitie van extramurale begeleiding? Het is natuurlijk zaak om te gaan kijken hoe kan het allemaal effectiever gemaakt worden. Ja, daar hebben we bij de gemeente Nijmegen ook over meegedacht. Daarin hebben we een voorsprong omdat we een kleine organisatie zijn en we dus deze flexibiliteit ook hebben. Ik kan bedenken hoe we onze werkwijze vernieuwen en dat kunnen we ook redelijk vlot doorvoeren. We zijn daarin niet gehinderd door tal van managementlagen die van alles controleren. Deadline voor de aanbesteding: 1 juli moet er aanbesteed zijn.

Sinds wanneer zijn jullie in gesprek met de gemeente Nijmegen? Sinds december. Toen zijn zij met hun marktverkenning begonnen. Daar zijn we nu ook mee gestopt want nu ligt daar dus dat offertemodel. Zij hebben al die gegevens verwerkt en zijn nu klaar voor die aanbesteding zelf.

Hoe zit de offerte met betrekking tot de transitie er nu uit? Wat staat er nu concreet in de offerte? Dat weet ik niet precies want hij is pas net uit en ik heb deze nog niet voldoende doorgelezen. Daar moet je echt even voor gaan zitten, een halve dag voor vrij blokken. Ik kan deze wel aan jullie doormailen. *Wat betekent die offerte nu eigenlijk, daar staat in datgene wat er besproken is en afgesproken is met de verschillende instellingen en gekeken hoe die besparing behaald is?* Ik heb hem echt nog niet goed genoeg gelezen maar we hebben wel de marktverkenning gehad en daar kwam verslag uit van wat er vanuit zorgaanbieders gesuggereerd was. Dus dat is de eerste stap die ze gezet hebben. Dat heb ik wel gelezen. Daarna heeft de gemeente daar een offertemodel van gemaakt waarop, waarin ze aangeven waarop ze verwachten dat jij je profileert. Zo'n aanbesteding is openbaar dus dat zijn geen geheime gegevens.

Hoe kan de extramurale begeleiding efficiënter worden vormgegeven? Dit gaat specifiek over het meten, het efficiënter maken eigenlijk. Met meten wordt natuurlijk niet bespaard, het gaat echt om het efficiënter maken. Ja in zekere zin. Maar door consequenties te verbinden dwing je organisaties om te veranderen. Ja precies. En er vanuit gaande dat die verandering de besparing teweeg brengt. Ja. Want organisaties veranderen niet vanzelf. Die gaan het liefst gewoon door zoals ze al deden. Er is altijd heel veel weerstand tegen verandering, zeker als het erop neer komt dat je dingen met minder geld moet gaan doen.

Wat is het verschil dan met nu waardoor dit efficiënter is? Nou, eigenlijk is mijn boodschap meer, je moet naar die lange termijn gaan kijken. Want we kunnen allerlei kortdurende interventies doen maar uiteindelijk krijg je het als een boemerang terug. We kunnen best zeggen van in een jaar gaan we trainen op alle vaardigheden die jij nodig hebt om zelfstandig te kunnen wonen. Maar, daar kan die cliënt denk ik best een eind in komen als je daar puur op gaat trainen. Maar als die cliënt vervolgens, nou ja de mensen om hem heen contact verloren is, vaardigheden niet vasthoudt, want dat gebeurt. Mensen met autisme, en met ADHD en met schizofrenie die houden dingen die ze geleerd hebben niet vast. Dat moet langdurig in getraind, in een vaste routine. Als ze niet weten hoe ze om moeten gaan met zichzelf, als er iets verandert, als ze klaar zijn met hun studie of een verhuizing moeten door maken of weet ik veel wat, en daar niets over geleerd hebben, dan lopen ze alsnog vast. En tien keer harder omdat ze ouder zijn geworden en dus teleurgesteld van "ik dacht dat ik alles kon en ik kan het weer niet". En dus, dit gaat over langdurige zorg. Je kunt het je gewoon niet permitteren om op korte termijn te kijken. Wij denken dat dit de elementen zijn, die vier, die uh want je kunt natuurlijk wel gerichter gaan werken, dat kun je wel doen. Dit is eigenlijk een ontwikkelingsgerichte benadering.

Hoe bespaart dit dan, wat verandert er dan als je dat op deze manier doet? Dit kun je op zich efficiënt vorm geven. Dit is meer een, dit is een kadering, van waar let je op? Dat alleen al, door het te gaan kaderen wordt het efficiënter.

Advies aan gemeente om extramurale begeleiding efficiënter vorm te geven. Ontschotting is nodig. Potjes moeten niet bij Wmo, UWV etc. apart horen. Nu is het bijvoorbeeld zo dat als een scholier hulp nodig heeft bij het plannen van zijn dag, wij bij wijze van spreken het huiswerk niet mee mogen plannen omdat dit weer bij een andere organisatie hoort. Wat heeft een scholier eraan om zijn hele dag te plannen zonder dat je daar het huiswerk in mee mag nemen? Ik vind het gewoon belachelijk dat iemand dit zelfs maar bedacht heeft. Maar we worden er wel op afgerekend als we dat wel doen. Iemand die bij het UWV zit en een re-integratietraject krijgt, die krijgt een coach die grote kennis heeft van de arbeidsmarkt. En die coach leert de cliënt kennen en die probeert een match te maken. Als een begeleider die cliënt al jaren kent, en zijn hele dagstructuur en alles doet, en die mag niet mee naar het UWV om deze informatie te delen, en om even mee te oordelen van "goh jij denkt aan die organisatie past dat bij mijn cliënt?" Dan ben je gewoon inefficiënt bezig. Dus daar is dat ontschotten, dat is gewoon noodzaak. Dat veroorzaakt heel veel dubbel werk en afschuiven van cliënten naar elkaar waardoor ze minder goed gaan functioneren. Als er iets is waar de gemeente geen regels op moet gaan leggen dan is het op die samenwerking tussen organisaties. Stimuleer juist die samenwerking. Laat ze samenwerkingsverbanden aangaan. Volgens mij is dat de belangrijkste voorwaarde, dat je dat ontschotten toelaat in je regels. Dat is wat de gemeente moeilijk vindt, je moet heel veel beheersen en sommige dingen

moet je niet beheersen maar juist ruimte in scheppen. En dan de organisaties gaan meten op de dingen die er echt toe doen, namelijk gewoon het resultaat per cliënt. Wat dat betreft geeft die Wmo heel veel kansen. *Dit zijn wel belangrijke factoren om rekening mee te houden.* Ja, en ik zou hier organisaties ook ruimte in geven vanuit de gemeente. Als je zegt als gemeente bijvoorbeeld van we kiezen voor die zelfredzaamheidsmatrix. Nou, ze hebben er bij de gemeente Nijmegen op terug gekregen, van het is een te grof instrument. Zeg dan als gemeente niet van we gaan jullie hierop beoordelen volgend jaar. Want dan ga je organisaties verstikken en ga je heel krampachtig kijken, hoe krijgen we een cliënt een hokje verder en uh, je kunt beter de organisaties uitdagen van goh hoe maken we hier een goed instrument van, wat willen jullie dan dat de gemeente wordt? Daar krijgen jullie ruimte voor het komende jaar om mee te experimenteren, dan gaan we daarna kijken of we het ook kunnen gebruiken als een instrument waar je op afgerekend kan worden. Laat organisaties bedenken, waar loop je dan tegenaan? En wat had je dan gemeten willen zien? En ga dan die organisaties voeden. Stel daar dan een innovatiebudget voor beschikbaar. Dan kunnen organisaties die daar actief in zijn, die profileren zich dan op die manier. En dan heb je dus een organisatieverandering omdat die organisatie daar zelf voor kiest. Dat bedoel ik eigenlijk met ruimte scheppen, als je dingen allemaal wilt beheersen dan krijg je weerstand vanuit die organisaties en die gaan ten koste van de cliënt proberen zo goed mogelijk te scoren, en dat is gewoon niet wat je wilt bereiken.

Advies over verbeteren samenwerking tussen organisaties. Hoe zou de samenwerking tussen organisaties beter kunnen? Je kunt die potjes wel houden. Alleen op het moment dat je gaat zeggen van nou, daar is de grens van dit potje en je mag daar niet overheen handelen, dan krijg je problemen. Het gaat eigenlijk om, dat je de samenwerking wilt hebben. En wat ze nu doen is dat je niet mag samenwerken, dat is zo afgegrensd dat dat niet mag. En dat is het enige wat er moet gebeuren, dat die communicatie juist gestimuleerd gaat worden. *Dus nu zijn al die taken echt gescheiden van elkaar?* Ja. En wat je dan krijgt is inderdaad, als wij bij het UWV gaan praten met een cliënt, dan declareren wij tijd en van het UWV doen ze dat ook. Dus op dat moment wordt er dubbel gefactureerd op één cliënt. En daar staat tegenover dat wij geen van beide het wiel hoeven uit te vinden, maar dat we juist kunnen profiteren van elkaars deskundigheid. Waardoor de zorg uiteindelijk een stuk efficiënter is. Het is gewoon veel sneller, je bent goed geïnformeerd enerzijds.

Meetsysteem gemeente Nijmegen: De gemeente Nijmegen kiest voorlopig voor de zelfredzaamheidsmatrix. Dat kan. Daar zitten deze elementen in. Dus dat is een meetsysteem maar het is erg grof. Dat gaat nog een hoop problemen geven. Want die zelfredzaamheidsmatrix die meet bijvoorbeeld of je dakloos bent, of een inadequate woonvoorziening hebt of, nou ja in vijf stappen. En of je totaal alleen bent of dat je een heel systeem om je heen hebt, in vijf stappen. En dat doen ze op een aantal levensdomeinen. Maar je kunt daar bijvoorbeeld niet in meten dat iemand de vaardigheid heeft aangeleerd dat hij voortaan niet meer in de woonkamer op de bank slaapt maar boven in zijn bed. Terwijl dat toch op cliëntniveau hele grote stappen zijn. Dus dat is een vrij grof instrument. Dat komt uit de daklozenopvang en daar is die ook heel geschikt voor. Dat gaat om die basis neerzetten maar als je het echt op participatieniveau gaat bekijken dan wordt hij erg grof. Maar de gemeente Nijmegen kiest voorlopig hiervoor. Je hebt ook de participatieladder. Dat is systeem 2. Die meet gewoon of je participeert. Ik geloof dat het zes treden zijn. Het grappige aan dat instrument is dat je daar alleen maar stapjes in vooruit gaat als je ook kijkt naar het cliëntsysteem en als je aan vaardigheden gaat werken. Er zit wel een gevaar in zo'n meetsysteem want de gemeente wil dus zien dat je stijgt op zoiets. En er is ook een doelgroep die heeft gewoon een hele zware zorgvraag en die stijgen niet. En wie gaat die dan doen als jij erop afgerekend wordt dat jij laat zien hoeveel je, hoeveel stijgers je in je organisatie hebt? Dat is een gevaar aan meten.

Participatiesamenleving (De Kanteling)

Hoe zou de extramurale begeleiding efficiënter (goedkoper) kunnen worden gemaakt? Hoe kunnen we het zo inrichten dat op de lange duur de zorg goedkoper wordt? Ik kan wel aangeven waar ik denk dat er

mogelijkheden in zitten. Wij denken dat het om te beginnen heel belangrijk is om naar de lange termijn te kijken. En wat heb je op de lange termijn nodig? Je hebt een begeleidingstraject, wat in dat traject belangrijk is volgens ons is aandacht voor het systeem om een cliënt heen. Het cliëntsysteem. Want een cliënt die heeft een levenslange beperking. En daar zal die iedere keer tegenaan blijven lopen. Wil je jezelf overbodig maken dan moet je dat systeem versterken. En dat kan soms betekenen dat je dingen gaat overnemen van een systeem. Want bijvoorbeeld op jullie leeftijd een jongen, vanaf een jaar of 15, hebben kinderen behoefte om zich los te maken van hun ouders. En als ze die vaardigheden niet hebben dan ontstaat daar een conflict tussen wat je lichamelijk, biologisch vraagt en wat je in feite kan. En dan raakt de verhouding tussen kinderen en ouders verstoord. Ofwel door heel veel ruzies ofwel door veel te afhankelijk te worden. Het is eigenlijk altijd één van de twee. In zo'n situatie en op die leeftijd maak je het systeem het sterkst door taken weg te nemen. Dat wil zeggen, ik zet er iemand tussen. Want dat kan die jongen, want die kan zich gewoon los gaan maken. Die krijgt back-up. Maar die kan zich wel gewoon tegen zijn ouders gaan afzetten. Want dan loopt alles niet in de soep. Dus het versterken van een cliëntsysteem betekent niet automatisch dat alles dan naar dat systeem moet gaan. Dat is de valkuil voor de gemeente want zo meteen denken die, als die ouders meer gaan doen of die broer, partner. Maar dat is niet altijd zo. Versterken kan ook betekenen dat je juist in lichte mate zorg overneemt.

Hoe zou je volgens jullie het beste kunnen meten welke hulp de cliënt nodig heeft? Wij denken dat cliënten zelfrespect halen uit het participeren aan de samenleving. Dat je gewoon werkt hebt, dat bij je past. Dat je op een voor jouw gevoel nuttige manier een bijdrage levert aan de samenleving. Dat moet een aandachtspunt zijn in de begeleiding. Dat begint al jong. Dan heb je het ook over op school zitten. Op een schoolniveau zitten dat bij je past, de juiste studiekeuze maken. Afstuderen in iets wat je ook echt zelf kunt, waar je geen begeleiding voor nodig hebt. Dat is participatie. Dat maakt je ook minder zorgafhankelijk. Dan heb je natuurlijk nog gewoon vaardigheden. Gewoon praktisch, kunnen koken, voor je post zorgen enzovoorts. Daar kun je op trainen. En mensen zullen dat niet allemaal gaan beheersen dus voor een deel moet je daar blijven ondersteunen. Dat is namelijk gewoon je dagstructuur. Als dat niet in orde is dan lukt die participatie niet en dat cliëntsysteem raakt ook overbelast. Dus daar moet je in investeren. En overkoepelend, over dat hele traject heen, is het belangrijk dat iemand zelf leert om te verwoorden wat hij nodig heeft. Dus dan moet je jezelf kennen en kunnen zeggen van nou om stabiel te blijven heb ik het nodig dat ik daar en daar hulp bij krijg. Daar kun je mensen ook heel veel in leren. Maar dit, als je hier de zorg op inzet, dan zet je hem heel efficiënt in. Want dan zet je in op een toekomstbestendige, zo hoog mogelijke zelfregie. Dit is effectief. Dit is geen korte termijn werk, dit is lange termijn werk. En dat is natuurlijk heel lastig voor een gemeente die met een korte termijn budgetkorting zit. Daarom wilde ik ook voorstellen aan de gemeente om niet teveel te meten. Want gemeentes gaan altijd heel veel controleren, die zijn van oorsprong een bureaucratische instelling, die willen beheersen en ik denk dat je het beste kunt meten op die drie aspecten. Hoe organisaties daar op scoren. Meer moet je eigenlijk niet willen weten.

Indiceren

Huidig indicatiesysteem versus nieuw indicatiesysteem (hoe gaat nieuw er uit zien?): Goed dat er een orgaan tussen zit tussen de organisatie en de cliënt voor de indicatie. Voor een deel mogen wij de herindicatie zelf doen. Wij hebben namelijk een taakmandaat. Cliënten die hier al in begeleiding zijn mogen wij zelf herindiceren en ze controleren dan of dat klopt door middel van steekproeven. Ik vind het beter dat het indiceren extern gebeurt of de gemeente moet zelf kennis op gaan doen met betrekking tot deze vorm van zorg. Een gevaar is dan echter dat de gemeente twee petten op heeft. Dat houdt in dat zij dan bijvoorbeeld net zo lang zouden kunnen indiceren tot het geld op is en nieuwe cliënten op basis van budget kunnen gaan weigeren. Ik vind persoonlijk dat bureau jeugdzorg beter indiceert dan het CIZ.

Ervaring met CIZ: Het CIZ vind ik verschrikkelijk, sommige personen zijn vreselijk, hangt van de persoon af wat je geïndiceerd krijgt en waarom. Vaak dezelfde namen die boven komen waarbij een aanvraag wordt

afgewezen. Ik weet bijvoorbeeld dat er een keer een aanvraag voor een cliënt was afgewezen. Dit hadden we ook al verwacht op basis van de persoon en nadat de aanvraag opnieuw was beoordeeld kreeg deze cliënt 7 tot 10 uur begeleiding toegewezen. Dit was echter ook weer geen passende indicatie omdat dit nu ook weer niet nodig was. *Gevolg transitie:* Het AWBZ was een recht. Bij de Wmo geldt, als geld op is, is het op.

Organisatie 4

Doelgroep

Wat doet organisatie 4 precies? Heer 1: Even als voorbeeld, jullie kennen dit stuk? (pakt een soort verslag van tafel en legt het voor Joyce en Niek neer. *Typiste:* Hmm, nee. *Interviewer:* Het stuk zelf niet maar het sociale wijkteam is wel veel besproken. Heer 1: Ja, maar goed, het sociale wijkteam in die zin, die zijn ook zo divers als de gemeentes zijn volgens mij en de regio's zijn. Dit is een stuk wat specifiek geschreven is door welzijnspartijen en zorgpartijen in de regio Land van Cuijk. En ja goed het algemeen maatschappelijk werk en daar is organisatie 4 ook aan verbonden. Ik weet niet of je daar iets aan hebt of *Interviewer:* Graag. Heer 1: Daar staat de visie eigenlijk ook voor de toekomst in. Je begon net eigenlijk al met de aftrap van wat heb je een mooi pand anderzijds het pand wordt ons eigenlijk een beetje te groot omdat we eigenlijk ons meer en meer in de regio begeven.

Heer 2: Maar heel even op de ondersteuning gericht, naar jouw vraag, hé, van wat, wat doet organisatie 4 nou precies. Noemde net al ondersteuning, ondersteuning aan mensen met een beperking. Maar ook hun netwerk of ook de instellingen die er omheen zijn. In die zin zou je kunnen zeggen dat wij een, een expertise hebben, een expertiseteam zijn, die op alle ondersteuningsvragen in gaat van mensen met een beperking of die daar een relatie mee hebben. Wij werken veel met de sociale netwerk versterking, netwerk erbij betrekken en in eerste instantie dan het familie-vrienden netwerk en dat zou je later kunnen uitbreiden met vrijwilligers of instellingen, tweedelijns zorg.

Hulpverlening van organisatie 4 aan de cliënt: En dat doen we eigenlijk op, op allerlei manieren, ook een stukje met psychosociale ondersteuning, stuk met opvoedkundige, zaken. Maar ook natuurlijk, ja, bemiddeling en indicaties aanvragen, groepswork. Stel dat we een aantal ouders bij elkaar hebben die dezelfde soort vragen hebben dan maken we daar een groep van. In een groep voor kinderen met een autistische spectrumstoornis bijvoorbeeld proberen we dan onderscheid te maken tussen kinderen en pubers. Maar er is ook een gespreksgroep voor volwassen mensen met autisme. En zo hebben wij heel veel groepsworkcursussen. Ze staan ook op onze internetsite, daar kun je ze allemaal vinden en daar kunnen mensen zich ook zelf aanmelden. Dit is een stukje van het werk dat wij bestrijken. Heer 1: Een stukje want we hebben wel eigenlijk een vrij breed gebied, dat is misschien ook wel onze handicap soms, dat het inderdaad lastig is om uit te leggen wat wij dan precies doen. Als je wil hebben wij dat ook wel op papier liggen hoor. *Interviewer:* Ja, dat is goed. Heer 1: In principe richten wij ons op mensen met een beperking. Dat kan zijn een verstandelijke beperking, een lichamelijke beperking, autisme, een zintuiglijke beperking. En de cliënt en netwerk. Dus niet per definitie enkel en alleen die cliënt maar ook het netwerk. Heer 2: Kunnen cliënten bijvoorbeeld niet zelfstandig naar het UWV bijvoorbeeld om een Wajong aan te vragen, een gesprek te voeren, dan gaan we mee ter ondersteuning, ook dat soort dingen. Een gesprek bij het Leo Kannerhuis met veel expertise is nog een voorbeeld. Heer 1: moeten er dingen uitgewerkt worden dan gebeurt dat in jip- en janneke taal om het maar zo te zeggen, zodat iemand het ook kan volgen en in dat verband geholpen wordt. Heer 2: Hulp bij het invullen van formulieren kan ook, tenminste als de agenda dat toelaat. En dat is op zich ook wel mooi want dat past ook een stukje bij die sociale wijkteams hé. Als mensen je weten te vinden in een wijkteam, dan kun je snel op die dag of in elk geval nog in die week iets voor die mensen doen zodat dat formulier de deur uit kan, hé. Heer 1: Nu zijn we waar de

regio ook denk ik meernaar voren komt. Daarom is dit pand zo groot aan het worden, we zitten nu in Uden terwijl we in het land van Cuijk werken.

Dichtbij de burger en preventief werken: Wat is er precies zo belangrijk aan dichtbij de cliënt zijn? Heer 1: Het zo laagdrempelig mogelijk houden. Als een cliënt met een beperking uit Boxmeer, misschien ook met een wat kleine beurs hulp zoekt, die moet de reis al gaan maken. Dan moet je met de bus. Dus dan gaan we die kwetsbare burger ook nog met een probleem opzadelen, dus dan haal je die laagdrempeligheid weg. En je moet de burger ook kennen, je moet een beetje weten wat er in de wijken speelt. Heer 2: Heel belangrijk is dat je preventief kunt werken, want je bent er dan snel bij en je voorkomt daarmee heel veel werk. En een ander stukje is natuurlijk het kost minder. Heer 1: Korte lijntjes maar ook het face-to-face contact zijn belangrijk. Denk bijvoorbeeld aan het invullen van een formulier. Ik kan misschien aan de telefoon wel uitleggen hoe iemand dat in moet vullen, maar met name onze doelgroep hangt op en is vervolgens vergeten wat ze moeten doen. Hebben we een kantoor in de buurt dan kan ik zeggen, als ik tussendoor even tijd heb, van kom maar even langs, dan kijken we er samen naar. Want anders loop je het risico dat een formulier niet verstuurd wordt. En dan wordt het probleem groter. Één keer te laat aanleveren kan maar na twee, drie keer je afspraken niet nakomen, houdt het op. En als het de aanvraag van een uitkering betreft krijgt de cliënt geen uitkering. Dan krijg je dus andere problemen. Heer 2: Dan kun je opnieuw beginnen. Heer 1: En dat gaat je klauwen vol geld kosten. Want dan moet je inderdaad alles opnieuw aan gaan vragen en terwijl een investering van een kwartiertje van je tijd dit kan voorkomen. Maar dan moet je wel dicht bij de burger zitten. Heer 2: In dit ding (bedoeld het eerder op tafel gelegde verslag) staan een aantal beoogde resultaten waaronder kostenbesparing, integraal werken, maatwerken.

Verschil tweedelijns en organisatie 4: Heer 1: Omdat jullie al gesprekken met de tweedelijns hebben gehad, daar zit natuurlijk wel een verschil in. Kijk, een tweedelijns, die hebben hun eigen handel. Wij zien die mensen in de thuissituatie ook. Die kloppen hier aan, en gaan vervolgens in gesprek, en we gaan kijken wat hier passend zou kunnen zijn. Soms biedt het netwerk zelf een oplossing. Soms is geïndiceerde zorg nodig en dan regel je dat vervolgens. Maar dat hoeft niet expliciet bij tweedelijns instellingen te zijn. Dus wat dat betreft zo onafhankelijk mogelijk in die zin, de zorg regelen, organiseren voor de cliënt. Want in principe zijn wij onafhankelijk en willen we dat ook blijven. Dus niet verbonden aan een budget of voor eigen inkomsten te genereren. Interviewer: Wat natuurlijk straks wat lastiger gaat worden. Heer 1: Dat wordt sowieso lastig want als je gefinancierd wordt door de gemeente dan ben je die onafhankelijkheid deels kwijt. Het hangt wel af van de mate hoe ze het arrangeren. Stel dat er budget beschikbaar wordt gesteld en er wordt gezegd 'regel het daar maar mee' dan kun je dat wel als enige onafhankelijkheid beschouwen.

Extramurale begeleiding

-

Transitie

Basis expertiseteam: Heer 2: Die onafhankelijkheid zou nog wat kunnen blijven voortbestaan als de gemeente regionaal bijvoorbeeld een soort van basis expertiseteam gaan financieren. En zo'n basis expertiseteam daar zien wij ons uitstekend in thuis. Bijvoorbeeld samen met Radius en het AMW. Misschien ook een stukje GGZ nog. Een groepje met expertise in de wijkteams. Iemand kan in zo'n wijkteam zitten maar kan ook wat breder werken. Wat mij dan wel eens benauwd is dat je dan in zo'n wijk moet maar vind ik dan wel de doelgroep die ik nu heb? Want ik richt mij nu zelf op kinderen die in de puberteit zijn met een beperking, die op het punt staan het huis uit te gaan. Dus dat is best specifiek. En als je dat in de regio niet vindt, dan is het niet lekker om in zo'n beperkt wijkteam te zitten. Het is dan wel mooier om een bredere expertiseteam ... Heer 1: Waar je kunt vragen, waar je enige deskundigheid kunt halen, je kan natuurlijk niet alles weten. Heer 2: Het is ook essentieel dat de gemeenten de expertise ergens kunnen halen. Je hebt zowel generalisten als specialisten nodig omdat

die doelgroep van bijvoorbeeld de gespreksgroepen en cursussen die wij geven toch hele specifieke zorg, die de GGZ of de tweedelijns moet gaan doen, nodig hebben. Waar je dan naar moet gaan verwijzen. *Heer 1:* Wij hebben raakvlakken met het GGZ omdat we ook mensen met een verstandelijk beperking in combinatie met psychiatrische problematiek hebben en daarbij ook nog meervoudige problematiek zoals verslaving. In dat geval werken wij samen met de expertise van het GGZ. Cliënten die bij ons komen zijn soms denk ik niet alleen verstandelijk beperkt maar als die geen verstandelijke beperking had gehad, had hij waarschijnlijk ook wel iets gehad van een psychiatrisch probleem. Dan willen we nog wel eens bellen om te overleggen. Het gaat dan om licht verstandelijk gehandicapten, degene die gewoon in de wijk woont, die net niet mee kan.

Gevolg transitie voor financiering van organisatie 4 naar gemeente en andere gevolgen: Nu is het natuurlijk zo dat de gemeente gaat financieren, dus dat dat wel invloed gaat uitoefenen. Hebben jullie enig idee wat voor invloed dat gaat zijn? *Heer 1:* Nee want dat weten we ook nog niet helemaal. We weten ook nog niet hoe dat uit gaat pakken met de gemeenten. We weten de financieringsstroom naar organisatie 4. Maar die gesprekken voeren wij niet, die overleggen daar zitten wij niet in. We zijn uitvoerend met name. We hadden begrepen dat organisatie 4 wel een rol gaat krijgen met betrekking tot de sociale wijkteams maar hoe en wat precies weten we niet. *Heer 2:* We zijn het anders aan het organiseren, managementlagen zijn opgebouwd al daarin, we merken dat ons personeelsbestand wat aan het krimpen is omdat je hetzelfde anders moet organiseren met minder mensen en in samenwerking met andere crisispartners. Dus dat is wel de lijn die je ziet. Dus het heeft al wel impact. Maar hoe het straks precies, of er straks zo'n basis expertiseteam tussen de gemeente en de wijkteams komt, daar zijn wel gedachten over maar daar zijn we nu over in gesprek. Dit is ook omdat de gemeentes zich ook zorgen maken van, kunnen we die hele lastige doelgroep ook bedienen met wijkteams? Moeten we niet nog ergens regionaal wat meer expertise borgen? Er zijn al visiegedachten alleen ze zijn nog niet uitgewerkt.

Wijkteams en basis expertiseteams: Dat team dat daar tussen zit, is dat puur nog idee of is dat toch al... *Heer 1:* Dat zit er niet tussen, dat is eigenlijk een onderdeel van, Die mensen vanuit die wijkteams zitten daar natuurlijk ook in. Maar even als voorbeeld, ik werk veel met lichtverstandelijk gehandicapten cliënten maar ik heb ook een collega die is meer thuis in de NAH problematiek, die weet daar net even iets meer van dan ik, dan is het wel handig als ik daar te raden kan gaan. Dat ik te raden kan gaan bij iemand die ik ken. Wil niet zeggen dat ik het zelf niet uit kan voeren maar het is handig. Dan bundel je die krachten in dat team. Ik kan terugvallen op dat team om mijn expertise daar te halen. Je kunt gebruik maken van elkaars kennis en kunde, zo optimaal mogelijk. Het is dus niet een laag die er tussen zit maar het zijn dezelfde mensen die eigenlijk ook in die wijkteams zitten. Het is maar net hoe organiseer je dat? Wil je zo'n team specifiek voor één plaats of voor een aantal plaatsen, dat mensen in meerdere plaatsen werkzaam kunnen zijn, afhankelijk van waar ze op dat moment nodig zijn. Het gaat er dus om dat je die uitwisseling kunt maken. Het is dus niet een extra laag er tussen. Dan zit je bureaucratie in de hand te werken en daar moeten we juist vanaf. *Heer 2:* Integraal hé. *Heer 1:* Dichtbij de burger, ontschotting. Toen ik hier 15 jaar terug begon had ik soms maar ruimte voor 2 cliënten op 1 dag vanwege de reisafstand. Nu kan ik rustig 5 cliënten per dag bezoeken en mijn auto op dezelfde plek laten staan. Je leert de wijk veel beter kennen, je leert ook bij wie je aan moet kloppen. *Heer 2:* het is heel laagdrempelig. *Interviewer:* Ik kan me ook wel voorstellen dat dat ook wel efficiëntie is die financieel gezien vooruitgang biedt. Wat natuurlijk wel voor de gemeente interessant is. *Heer 1:* Dat is voor elke financier interessant. Zorg is wel, hoe borg je dadelijk ook die kwaliteit? Kijk, als ik vanuit organisatie 4, met onze expertise, exclusief ga werken voor gemeente Sint Anthonis en ik kan niet meer sparren met mijn collega's of daar in mindere mate gebruik van maken, dan verwatert dat op een gegeven moment. Dan ga je op in een bepaalde organisatie. En zo zal het over en weer gebeuren.

Kennis-app en intranet: *Heer 2:* En daar heeft organisatie 4 nu ook iets specifiek in ontwikkelt. Eigenlijk kennen wij elkaar allemaal vanuit het T-profiel, dat je generalist bent, wat heel breed is maar je hebt ook je eigen

specifieke kennis. En er is nu een kennis-app voor organisatie 4 gemaakt. Daar kunnen collega's op zien van waar jij als collega goed in bent. Er staat bijvoorbeeld ik ben goed in de psychosociale ondersteuning en ONO. Dan heb je dat zelf als 5 gekwalificeerd, dat je daar heel goed in thuis bent. Dan kan een collega kijken wie hij daarin kan consulteren, welke mensen hebben daar een 4 of 5 voor staan, en dan komt er een rijtje mensen op de kennis-app. Je kunt daar een selectie uit halen. Om die casus bijvoorbeeld telefonisch te bespreken. Ongeveer een week geleden kregen we een mailtje over deze app. *Heer 1:* Op deze manier maken wij ook goed gebruik van onze expertise. En dat is iets wat we ook gaan blijven doen. *Heer 2:* Ons intranet wordt op korte termijn helemaal vernieuwd en dat zal meer op deze manier gaan gebeuren. Zodat we elkaar snel weten te vinden. Zodat je misschien zelfs tijdens een huisgesprek al weet van, hé deze collega's zou ik hierover kunnen bellen, als ik die nodig zou hebben. Zover ik heb begrepen wordt ons intranet ook meer gericht op apps zodat het met dit soort apparaatjes kan samenwerken. *Heer 1:* Maar dat is het borgen van de eigen expertise. In principe richting de cliënt is bij ons nog altijd voorop dat je inderdaad voor de cliënt staat. Dus niet werken met apps, met de cliënt. Voor onze doelgroep met name.

Belang van thuis bezoeken cliënt, een vorm van preventief werken: Het verschil met anderen, tenminste dat heb ik wel altijd gezien en altijd als een groot goed ervaren is dat wij over het algemeen gewoon bij cliënten op huisbezoek gaan. Dan zie je zoveel meer. Als dat je bij een kantoorbezoek te horen krijgt. Anderzijds het is eigenlijk vertrouwde omgeving, dus vandaar uit kun je werken. Er loopt meestal wel een buurman of iemand rond die wel dichtbij is die even mee kan denken. Dat werkt gewoon heel prettig. *Heer 2:* Daarbij is op huisbezoek gaan een vorm van preventief werken. Je kijkt achter de voordeur. Je werkt aan de vraag achter de vraag. Soms zie ik al bij binnenkomst allerlei krassen op muren en deuren staan en dan weet je eigenlijk al dat er een kind in huis is die behoorlijk uit de bocht kan vliegen. Als het gesprek zich daar voor leent, breng ik het ook ter sprake. Die mensen komen soms met een hele andere vraag binnen.

Rol wijkteams en methodiekontwikkeling: Het is natuurlijk met die wijkteams ook het doel dat het zo dichtbij de cliënt komt en zodoende die zorg dus eigenlijk een stuk beter wordt. *Heer 1:* Ja, eigenlijk wel. Op het moment dat je dichtbij die burger staat, op het moment dat je wel op huisbezoek komt, dat je dan zoveel dingen ziet en hoort die je op kantoor niet ziet. Je ziet ze in een hele andere context dan hier op kantoor. En die context heb je juist nodig om inderdaad ook op langere termijn te kunnen handelen. Want we hebben met zijn allen de gedachte opgevat dat we als maatschappij voor elkaar, de burger, het netwerk, ook wat voor elkaar kunnen betekenen. En daar zit wel heel veel in maar dan heb je dat netwerk ook nodig. *Heer 2:* We zijn ook vanuit de wijkteams contact aan het leggen met signaalpartners. Bijvoorbeeld de wijkagent die door de wijk loopt. Sommige gemeentes hebben mensen die in de wijk te vinden zijn, die kunnen ook naar een wijkteam stappen. Of via de woningbouwvereniging. En dat je van daar uit als wijkteam er wel iets mee kunt maar dan is het stukje de vraag ook, kom je bij die mensen achter de deur? En daar zijn we nou goed over na aan het denken. Je kunt slecht zeggen van 'ja, ik zie daar het gas hoog staan, heb je hulp nodig?' Dat werkt niet echt als je dat zo doet. En dat is de methodiekontwikkeling waarover we nu aan het nadenken zijn van hoe krijg je dat nu voor elkaar, dat deze mensen een stukje ondersteuning ontvangen en er netjes bij zitten. En dat ze integreren in die buurt hé, zou je kunnen zeggen. Dat zijn allemaal ontwikkelingen daarin.

Gedachten over eventuele mogelijke negatieve ontwikkelingen transitie: Op zich veel positieve ontwikkelingen, die manier van werken dat is op zich natuurlijk heel positief. Kijkend naar het feit dat er straks wellicht minder budget is dan nu, zijn er dan ook valkuilen of negatieve effecten waarvan jullie denken die zien we nu al, dat zou wel eens een probleem kunnen gaan opleveren? *Heer 1:* Wij zien ze nu nog niet zozeer. Maar we hebben natuurlijk wel het schrikbeeld een beetje voor ogen dat er dadelijk dermate bezuinigd dat het preventief werken wegbezuinigd wordt. Ons nadeel is denk ik ook, dat de cliënten van ons niet altijd gezien worden. Die worden niet altijd bij de gemeentes gezien. Ik kom bij voldoende cliënten achter de voordeur waar de gemeente geen weet van heeft. Die zijn via burens of vanuit school, via de sociale werkvoorziening omdat er al

problemen waren, een cliënt die te laat op komt dagen bij de sociale werkvoorziening bijvoorbeeld binnen gekomen. Bij die cliënt bijvoorbeeld daar gaan we dan naar binnen, voeren een gesprek, komen er bijvoorbeeld achter dat de cliënt veel drinkt en die vertelt uit eenzaamheid. Dan gaan we samen met die cliënt kijken wat we daar aan kunnen doen. Uiteindelijk als je dat ingevuld hebt, de gemeente zal nooit weten dat ik achter die voordeur geweest ben en dat ik vervolgens wat dingen in gang heb gezet waardoor dat probleem getackeld is. Op het moment dat intensievere zorg nodig is, ga je naar een tweedelijns aanbieder. Bijvoorbeeld dichterbij. Wij zijn in feite maar kortdurend, wij zijn maximaal een half jaar in beeld. Op het moment dat wij zien dat iets structureel is, moet je wel wat organiseren. Je kijkt naar het netwerk, gaat dat niet lukken binnen het netwerk dan moet er naar professionele hulp worden gezocht. En dan komt bijvoorbeeld Dichterbij in beeld. Die cliënt is daar goed weggezet en vervolgens zijn wij daar niet meer in beeld. En de gemeente heeft dan niet in de gaten dat wij in beeld zijn geweest. En dat nadeel hebben we wel. Dat we ons wel moeten laten zien in datgene wat we doen is wel lastig.

Belang zichtbaarheid op werkzaamheden door de gemeente van organisatie 4: Ja, wordt meer resultaatgericht.

Heer 1: Ja, terwijl die resultaatgerichtheid er wel was maar dan niet zozeer de behoefte om te laten zien van 'hé, kijk eens wat een goed werk wij hebben verricht'. Nu is het wel zaak dat je laat zien wat je doet om inderdaad ook in het veld te kunnen blijven. *Heer 2:* En soms is het zo dat je een hele poos werkt naar een stukje psychosociale ondersteuning en een stukje acceptatie, van ik heb een beperking, ik kan niet zonder een stukje professionele begeleiding. En in dat traject daar zitten wij toch al. Dat mensen een acceptatieproces op gang kunnen zetten. En daar werk je dan een hele poos aan. En dat is dat voortraject. Soms is het snel, soms kan het jaren zijn. En ook met die sociale netwerk versterking, als je ondersteuning van de familie daarin wil brengen, dan stuit je ook nog wel eens op problemen. De vuile was willen ze niet buiten hangen. Dus daar moet ook een stukje aan dat acceptatieproces gewerkt worden, dat familie toegelaten wordt en dat op een bepaalde manier die goed voelt met elkaar. Daar heb je wat in te doen. Dat is echt maatwerk. *Heer 1:* Het is eigenlijk allemaal maatwerk. *Heer 2:* Kijk en dat echte maatwerk, dat is niet zo zichtbaar. Dan zet je mensen in hun kracht, dan kijk je naar mogelijkheden en dan zijn er best wel problemen opgelost. Alleen zonder dat bijvoorbeeld een tweedelijns daarbij gekomen is. En dat is allemaal buiten beeld gebeurd, zou je kunnen zeggen.

Onafhankelijkheid verleden en toekomst van hulpverleners: Heer 1: Als ik terugkom op wat we straks zeiden over die onafhankelijkheid, kijk op het moment dat wij gefaciliteerd worden door de gemeente zal dat moeilijk zijn. Die willen precies zien wat we doen. Het is verdomd lastig om dat te laten zien. Wat vroeger gebeurde, en dan praat ik over ongeveer een jaar of 15 geleden, oud-collega's die liepen zo bij de cliënt naar binnen. Ik moet zeggen dat dat nu ook niet meer lukt omdat dat niet past binnen onze caseload, binnen ons werk, maar die liepen gewoon om even een stukje aandacht te hebben voor en op dat moment pikten zij dan vragen op en ze waren dus heel preventief. Dat zit er nu in ieder geval niet meer in. Dat beeld krijg ik een beetje terug als je het kleinschaliger gaat maken, want je loopt door die wijk, je komt eens binnen, je praat met de buurman waardoor je wat makkelijker kan zeggen 'hoe is het ermee?'

Belang van waarborgen privacy cliënt en laagdrempelige hulpverlening: Dat scheelt weer, dat preventieve dat komt daarmee hopelijk gewoon weer een stuk terug, eigenlijk. Heer 2: Dat zou kunnen. Daar liggen kansen, daar liggen mogelijkheden. Dus daar moeten we op sturen, dat dat erin blijft. Want ik vind het wel zo netjes ook, dat problemen die mensen ervaren, dat die niet, als het niet nodig is bij gemeentes en bij allerlei instanties uitgewaaid worden. Als mensen dat weten, dan weet doe het, en die het. Als je dat klein kunt houden, dan is dat eigenlijk ook wel zo netjes. Dat blijft binnen een bepaald intiem klimaat. Dat is eigenlijk ook een voorwaarde om de drempel heel laag te houden. Want anders zeggen die mensen ook, op het moment dat ik die inschakel, dan betekent het dat mijn problemen op straat liggen. Dat is ook een beetje de kunst om het zo te organiseren, je werk, dan wordt het wel wat onzichtbaarder maar dan is wel die drempel heel laag. En die gedachtes worden ook met de gemeentes uitgewisseld en het wordt gelukkig ook wel verstaan. En daarom is er

de komende tijd nog heel veel werk te doen om dit ook goed bij gemeentes weg te zetten, dat werk, dat we dat zo laagdrempelig mogelijk kunnen blijven doen.

Participatiesamenleving (De Kanteling)

-

Indiceren

Indicaties en wanneer organisatie 4 deze aanvraagt: Indicatiestelling, daar gaat waarschijnlijk het één en ander in veranderen, dat wordt op het moment volgens mij druk besproken hoe dat vormgegeven moet gaan worden. Hebben jullie daar een bepaald beeld van hoe dat het beste zou kunnen? Heer 1: In principe, indicatiestelling kan een onderdeel van ons werk zijn. En daar waar je het dichtbij huis kunt organiseren zoals bijvoorbeeld een netwerk, kortdurend zoals wij dan doen, als het binnen een half jaar kan worden opgelost door regelmatig een gesprekje te voeren, dan zetten we het daarmee weg. Maar soms ontkomt je er niet aan om professionele zorg in te zetten. Als het al nodig is om een indicatie aan te vragen voor professionele zorg, om ook aan te vragen wat er aan zorgvragen ligt.

Belang van aanvragen van zorg die de cliënt echt nodig heeft: Dat wil ik eigenlijk nog uit een stuk onafhankelijkheid doen. En niet wat ik wel eens in het land hoor, dat er mensen zijn die er misbruik van gemaakt hebben. En dan vragen ze zes klassen hoger aan en dan heb je uiteindelijk de indicatie die ze nodig hebben. Bij ons staat hoog in het vaandel dat wat wij aanvragen, dat is inderdaad op basis van de hulpvraag van de cliënt. Maar dat moet van tevoren wel uitgemeten zijn. Dat moet al wel gewogen en gemeten zijn, is het niet weg te zetten binnen het netwerk, kunnen wij met kortdurende hulpverlening nog iets betekenen. En dat hoeft niet perse wij te zijn. Het kan ook het wijkteam zijn, het zou ook een welzijnswerker kunnen zijn. Kijk en daar waar je echt niet aan ontkomt, dat zullen we in de toekomst ook niet helemaal voorkomen, er zullen mensen afhankelijk blijven van de professionele zorg. Dan vind ik dat we dat zo objectief mogelijk voor moeten kunnen leggen aan een indicatieorgaan die zich daar over buigt.

Pgb en de 10-uurs regeling: Heer 2: Dan probeer je vanuit de uitvoering een stukje noodzakelijk zorg om de cliënt heen te bouwen. Daar wordt natuurlijk ook van bovenaan wordt kader gesteld. Laatst hebben we over een 10-uurs regeling nagedacht. Dat betekent simpelweg dat bepaalde doelgroepen niet meer een Pgb voor bepaalde zorg in kan kopen. Dat is eigenlijk een grote bezuinigingsactie. Voor bepaalde doelgroepen kun je nog wel een indicatie zorg in natura aanvragen maar die kun je bijvoorbeeld niet meer mooi weg zetten bij Pgb aanbieders die dat heel kleinschalig doen. *Heer 1:* Nee maar dat bepaalt de indicatiesteller, dat bepaalt feitelijk de overheid.

Overleg gemeente over vraaggericht werken en eerlijkheid met betrekking tot aanvraag indicaties. Wat wij in principe aan moeten vragen is wat bij de cliënt hoort, dus niet aanbodgericht. Op het moment dat de regelgeving daar toch eigenlijk een blokkade in is, dan moet je dus met die regelgever, dat zal straks de gemeente zijn, in overleg van 'goh, het past niet helemaal binnen het profiel of de kaders zoals jullie die neer hebben gelegd', maar daar zou over overlegd moeten worden. En ik denk dat die lijn dus belangrijk is. Zoals we nu door het CIZ als serieuze partner worden gezien. Ik vind dat we geen koehandel moeten bedrijven. Je wordt dan niet als serieuze gesprekspartner gezien. Je vraagt aan wat nodig is en op het moment dat je het dus niet krijgt, dan durf ik ook in de telefoon te klimmen en die indicatiesteller te bellen, en zo en zo, dat heb ik aangevraagd en daar sta ik ook 100 procent achter. Dat kan ik niet natuurlijk als ik koehandel bedrijf. Ik vind dat we in de toekomst ook eerlijk moeten blijven. Maar hoe dat het weg gezet zal moeten worden moet het bij het CIZ blijven, moet het naar de gemeente, dat weet ik niet. Maar ik hoop wel dat we daarover gesprekken kunnen blijven voeren. En dat aanvragen gebaseerd blijven op de hulpvraag van de cliënt. En niet gebaseerd worden op aanbod. Dat willen we ook eigenlijk allemaal niet, dat hoor ik de overheid ook zeggen, maar

anderzijds het risico is er nu wel nu dat er steeds meer ingekaderd wordt, dat we indicaties aanvragen die net voldoen. Dat willen wij niet. *Heer 2:* Dat past niet bij onze visie.

Voorbeeld gevolg van tien-uursregeling: Je loopt op dit moment wel tegen een heleboel problemen aan op het gebied bijvoorbeeld van zorg. Zo is er bijvoorbeeld een jongen die met veel plezier naar een zorgboerderij gaat, waar hij ook nog leert. Die zorgboerderij kon zorg in natura bieden maar door reorganisatie in het land verdwijnt hij. Daardoor zit die jongen nu thuis. Nou, dan gaan we toch een andere zorgboerderij zoeken. Maar die zorgboerderij kan geen zorg in natura leveren. *Heer 1:* De meeste werken met Pgb's. *Heer 2:* En deze jongen heeft een indicatie voor zorg in natura. Vroeger kon je die zonder problemen omzetten in een Pgb via het zorgkantoor. En nu gaat dat dus niet meer want daar hebben ze die tien-uurs regeling opgesteld. Als je niet aan de tien uur komt, en dan staat bijvoorbeeld 1 dagdeel, 4 uren, staat voor één uur. Deze jongen heeft twee dagdelen per week, heeft maar twee uur, dus dan rest je nog 8 uur. Dus dan kom je niet aan die tien-uurs regeling en die jongen kan daardoor niet bij een kleine zorgaanbieder terecht. Die uitstekend zijn vraag zou kunnen beantwoorden maar hij kan niet voldoen aan die regeling. Hij heeft weliswaar een indicatie maar ze kunnen hem niet verzilveren.

Huidige mogelijkheden om te overleggen over hulpverlening: *Heer 1:* In dit geval kunnen we aantonen dat dit aanbod het beste bij hem past, het voldoet niet aan de norm. En dat gesprek zou open moeten blijven. We kaderen heel veel in. Dat heeft denk ik ook te maken met een stuk controle, borging dat inderdaad de kosten niet de pan uit rijzen, en ik denk dat dat goed is. Maar we moeten wel in de gaten houden dat we ook die lijn voor het overleg mogelijk houden. In het geval van die Pgb, dan moeten we in overleg, om te kijken hoe we dat op gaan lossen. *Heer 2:* En die mogelijkheid is er nu even niet. *Heer 1:* Dat is wel een gevolg omdat er misbruik is gesignaleerd en daardoor zijn er nu strengere regels. Dus wil je uitzondering op de regel krijgen dan moet je ook goed kunnen verantwoorden. Dat vind ik ten aller tijde terecht want het is overheidsgeld, dat moet ook verantwoord worden. Maar ik vind dat ik die mogelijkheid moet hebben om dat uit te kunnen spreken zodat iemand toch krijgt wat bij die persoon nodig is. Zeker ook ter voorkoming, dat er inderdaad toe gescheept wordt naar aanbod. *Heer 2:* Het zou natuurlijk wel mogelijk zijn, ik zie daar wel mogelijkheden toe als dat door de gemeente uit gaat voeren, dat je kortere lijntjes hebt en dat je elkaar wat kent, deze cliënten zijn wat beter in beeld, dat je daar wat makkelijker, via een stukje bemiddeling, zorgbemiddeling, een passende oplossing voor gaat vinden. Nu van bovenaf, ergens ver wordt die regel gemaakt.

Verwachting toekomst met betrekking tot overleggen over hulpverlening: *Heer 1:* Ik denk dat dat straks ook wel gaat gebeuren. En waarom? Omdat het juist naar de gemeente gaat. Het is hun burger, hun inwoner van hun gemeente, die inderdaad iets misloopt omdat ergens dat regeltje is. En dan kan ik mij voorstellen dat die gemeente, die wil dat die burger krijgt wat hij nodig heeft. En we zien inderdaad dat er objectief naar gekeken is. En die professional die komt met dat advies en dat geloven we. Maar wel met gegronde argumentatie eronder. We zitten wel een beetje in zo'n vaart waarin de regels alleen maar aangescherpt zijn en daar blijven we eventjes zitten. Dat is ook even handig, is ook heel veilig en dat maakt het voor onze cliënten soms in principe nu al wel lastig. Maar ik ben er echt van overtuigd dat dat gaat veranderen. Dus dat is wel een meerwaarde van de verschuiving naar de gemeente. Dus hoe kleiner het dadelijk wordt, en hoe dichter het bij de burger wordt gebracht kan ik me voorstellen dat het dadelijk wel weer ook vanuit de gemeente dus ook vanuit de indicatiestelling meer naar de individuele cliënt gekeken gaat worden. *Heer 2:* Het is nu de kunst om dit soort zaken heel bewust te bespreken met gemeentes en met samenwerkingspartners. Zodat dit ook op een of andere manier straks geborgd gaat worden in zoiets. *Heer 1:* Ja, maar de gemeente kent dadelijk ook het netwerk. Zoals het er nu een beetje uitziet. Samenstellingen zijn ook in de gemeenten land van Cuijk nog een beetje wisselend. Maar goed een partij of 6, er zitten sowieso die partijen al bij. Meestal de wijkagent, de woningstichting, iemand van de gemeente die aansluit. Die kent dadelijk die gezichten ook. In die zin werkt dat ook bevorderlijk. Er is dadelijk ook een gezicht bij.

Ideeën over indicatiestelling door CIZ of gemeente en mogelijkheid tot overleg: Heer 2: En dan zou je die indicatiestelling, zo regionaal, met de gemeentes, dan zou die expertise geborgd kunnen worden. Heer 1: Ik kan me ook voorstellen dat het CIZ het toch blijft doen. Zoals ze het nu hebben georganiseerd maar dan met afspraken met de gemeenten over de invulling. Het zorgkantoor is nu uiteindelijk verantwoordelijk. Wij vragen een indicatie aan in gevallen dat dat noodzakelijk is, CIZ beoordeelt of dat terecht is op basis van de gegevens. Uiteindelijk, de laatste stem, heeft het zorgkantoor. Je kan een Pgb aanvragen die niet aan die norm bij wijze van spreken voldoet, het CIZ zegt, dat vinden wij eigenlijk ook nog terecht en het zorgkantoor zegt, “nee, dat gaan we zo niet doen want dat past niet binnen die norm”. Straks zal dat nog meer aan de gemeente zijn. Dus ik kan me voorstellen dat zo’n CIZ, zo’n indicatiesteller, nu hebben ze een onafhankelijk indicatiestellingsorgaan, die uiteindelijk bepaalt of iemand wel of niet iets krijgt maar de finale-stem heeft de gemeente. Dus ook op de momenten dat iemand niet voldoet en ik kom als sponsor op voor de cliënt van mij, want het zit zo, CIZ heeft gezegd dat gaan we niet doen, dat ik uiteindelijk toch met de gemeente in overleg kan, ja CIZ heeft binnen de gestelde kaders, want die hebben jullie natuurlijk met zijn allen afgesproken, hebben die nee gezegd. En toch vind ik voor deze burger van jullie, dat dat hartstikke nodig is. En dat ik dan in ieder geval met de gemeente in overleg kan om te kijken wat er dan toch gedaan kan worden. En dat zal in sommige gevallen betekenen dat er iets gedaan wordt en in sommige gevallen zullen ze dan zeggen, de beoordeling is goed gedaan door het CIZ en we kennen het in dit geval niet toe. Maar de finale zet heeft dan de gemeente. *Interviewer: Dit biedt dan eigenlijk meer kansen waarschijnlijk.* Heer 1: Ja. Het is veel meer eigen. Als ik vind dat iemand een in de twee weken een uurtje begeleiding nodig heeft, dan kan dat. Dan kan ik het onderbouwen, dat heb ik uitgezocht en dan durf ik er ook voor te gaan. Maar het moet niet gaan of wel of niet indiceren. Ik moet ook tegen de cliënt kunnen zeggen, ik vind dat en dat nodig, en als iemand daar zelf een beetje over kan oordelen en mee kan denken, dan kun je dat aan gaan vragen. Heer 2: Hier zit die onafhankelijkheid in die basis. Heer 1: Ja, dat er in ieder geval een indicatiesteller tussen zit die onafhankelijk is.

Rol zorgkantoor en CIZ binnen de huidige manier van indicatie stellen en eigen houding t.o.v. onterecht aanvraag: Heer 2: Uiteindelijk is dat nu het zorgkantoor maar dat kost ook heel veel geld om die mensen in de lucht te houden. Er zijn allerlei gedachten over. Dat zorgkantoor, die expertise, die zou ook bij de gemeente ondergebracht kunnen worden. Heer 1: De gemeente is dadelijk de financier. Heer 2: Die zullen dat gaan uitvoeren, ja. Heer 1: Als ik de noodzaak niet zie om iets aan te vragen, dan mag de cliënt het wat mij betreft zelf aanvragen, maar niet met mijn stempeltje eronder. Daar waar ik een aanvraag in zou moeten dienen op puur en alleen het verzoek van de cliënt waarvan ik het ook nog onrechtmatig of niet passend zou vinden, dan ga ik hem niet ondersteunen. Wanneer ik hem aanvraag namens de cliënt, dan moet ik er ook achter staan. Heer 2: Nee, daar moet je achter staan. Ik ga er in eerste instantie vanuit, hoe kun je die mensen nu zo goed mogelijk ondersteunen, en natuurlijk het is maatwerk, dit is wat die cliënt nodig heeft en als je daar vraagtekens bij hebt dan kom je met jezelf in de knoei. Om gemeenschapsgeld in te gaan zetten, dat mensen daar andere dingen mee gaan doen. Dan moet je er een andere manier voor vinden middels één van de manieren. Hoe je daar dan mee om kan gaan. En dan maar hopen dat ons indicatie stel systeem, dat deze mensen eruit gefilterd worden.

Organisatie 5

Doelgroep

Mevrouw B. is vanaf 2001 altijd werkzaam geweest op de dagbesteding binnen een verpleeghuis van Pantein. De specifieke doelgroep waar zij mee heeft gewerkt zijn ouderen en dementerenden, zowel intramuraal, als extramuraal. Een groot deel van deze ouderen heeft een psychiatrische achtergrond. Ook heeft mevrouw B. individueel mensen in de wijk begeleid.

Mevrouw B. is twee weken geleden ontslagen bij Pantein en is daardoor creatief op zoek naar een nieuwe baan. Zij denkt er aan om in de wijk (Langenboom e.o.) te gaan werken, aangezien daar erg veel zorg vragen liggen. Zij wil specifiek gaan inspringen op de doelgroep met een Pgb. Hiermee wil ze zowel zorg, als welzijn aan gaan bieden met daarbij vervoer.

Extramurale begeleiding

De doelstelling van extramurale begeleiding waar mevrouw B. mee te maken heeft gehad is vaak:

- Overbruggingszorg;
- Het ontlasten van een mantelzorger;
- Het verminderen/tegengaan van een sociaal isolement of vereenzaming;
- Begeleiding bij beginnende dementie.
- Het begeleiden van een hulpvrager waar de mantelzorger ernstig ziek/weggefallen is.

Daarnaast zijn er ook mensen die eigenlijk een GGZ indicatie hebben, maar er toch zelf voor kiezen om naar Pantein te komen. Dit zijn vaak randgevallen (tussen de GGZ en Pantein).

Binnen 'Op 't Hoogveld' in Sint Anthonis (van Pantein) bestaat een psychiatrische afdeling waar men overdag zorg ontvangt en 's avonds zelfstandig functioneert. Volgens mevrouw B. is dit een hele mooie formule.

Mevrouw B. vindt dat het onderdeel 'welzijn' op dit moment een onderschoven kindje is in de thuissituatie. Dit wordt momenteel opgevangen door mantelzorgers, waarin de huisarts ook een hele grote rol speelt. Zij geeft aan dat het menselijke aspect aan zorg eigenlijk mist. Er wordt niet verder gekeken wanneer een rug gewassen is en een huis schoon is. Er wordt daardoor bijvoorbeeld weinig aan tegengaan van eenzaamheid gedaan en mevrouw B. vreest dan ook dat dit in de toekomst nog meer zal voorkomen, wegens het gebrek aan geld. Mevrouw B. geeft aan dat het belangrijk is dat hulpvragers loketten kunnen vinden. Zij denkt dat het tot nu toe nog redelijk goed gegaan is met mensen die hulp nodig hebben dat men redelijk tevreden was met hoe het liep. Een belangrijke factor is nu ook al de vrijwilliger, die ook al veel worden ingezet.

Daarnaast is, zeker in kleinere dorpen, het vervoer een hele belangrijke factor binnen de extramurale begeleiding. Hier zit nu nog redelijk veel subsidie op, waardoor het voor de hulpvragers betaalbaar is. Tegelijkertijd ziet mevrouw B. al wel dat hier veel op bezuinigd wordt, zo is er binnen Pantein geen keuze meer naar welke dagbesteding iemand gaat, dit is verplicht de dichtstbijzijnde tenzij iemand meer betaald. Dit komt de hulpvrager ten nadele.

De mantelzorgers worden nu al heel veel betrokken. Mevrouw B. heeft heel veel mantelzorgers meegemaakt die overbelast zijn. Het baart haar zorgen dat dit nu al zo veel gebeurt, zeker met het oog op 'de werkende generatie'. Deze generatie heeft zelf vaak een (drukke) baan en woont daarbij soms ver weg, wat het lastig maakt om mantelzorger te zijn voor iemand.

Transitie

Wat mevrouw B. in Langenboom al als goed initiatief ziet ontstaan is een 'behoefteclub' voor het welzijn van Langenboom waarin mensen worden geplaatst die allemaal hun eigen interesses en capaciteiten hebben. Deze mensen worden gebundeld op basis van dezelfde eigenschappen, waarna hieruit subgroepen ontstaan waarin mensen met het werk bezig zijn waar ze goed in zijn. Een dergelijke club moet meer buiten de instelling plaats gaan vinden, in de gemeenschap.

Volgens mevrouw B. moet hier wel contributie aan vast gaan hangen, dit kan niet meer anders met de grote groep vergrijzende mensen. Daarnaast zijn er volgens haar ook voldoende dingen mogelijk die niets kosten, zodat ook de armere mensen deel kunnen nemen aan een dergelijke behoefteclub.

Daarnaast wil men in Langenboom een laagdrempelig activiteitscentrum opzetten gedragen door vrijwilligers om de mantelzorgers te ontlasten. Hiervoor worden behoeftepeilingen gedaan. Hier kan men bijvoorbeeld koffie drinken en kunnen gesprekken ontstaan waarin men kan ventileren, of kunnen zij mensen ontmoeten die hen iets aan kunnen bieden.

Mevrouw B. is van mening dat er een loket moet zijn waar men 24 uur per dag terecht kan met een 'noodkreet', met een stuk professionaliteit en/of vrijwilligers. Het doel hiervan is bereikbaarheid in nood, waar wellicht onder de groep psychiatrische hulpvragers behoefte aan zal zijn. Uiteindelijk zou dit kunnen leiden tot meer extramurale begeleiding in plaats van intramurale begeleiding, omdat er altijd een steun in de rug is.

Een andere mogelijke verbetering is volgens mevrouw B. het bij elkaar plaatsen van verschillende hulpvragers, bijvoorbeeld het combineren van een crèche met ouderenzorg. Zij heeft zelf bijvoorbeeld binnen Pantein peuters meegenomen naar de dagbesteding voor ouderen, waaruit een mooie interactie ontstond. Er moet dus onder één dak meer worden samengewerkt. Uiteindelijk zorgt dit voor kostenbesparing, omdat er maar één bestuur nodig is, één keer de huur, enzovoorts.

De psychiatrische hulpvragers specifiek zijn volgens mevrouw B. erg gebaat bij een buddy, waarbij bijvoorbeeld iemand die in de WW zit of een bijstandsuitkering ontvangt, leuke dingen gaat doen met een hulpvrager. Deze buddy's hebben vaak een bepaalde werkervaring opgedaan waarbij ze een hulpvrager bijvoorbeeld kunnen ondersteunen met goede gesprekken, de administratie, de tuin, enzovoorts. Doel hiervan is het vergroten van de zelfredzaamheid, preventie voor wat betreft verdere achteruitgang en waar mogelijk integratie binnen de samenleving. Er hoeft minder hulpverlening op, wat leidt tot kostenbesparing. Wel is er een vrijwilligerscoördinator nodig, als een back-up van professionals achter de vrijwilligers.

Mevrouw B. geeft aan dat de oudere generatie het de laatste 20 jaar erg goed in Nederland heeft gehad: ze konden zorg krijgen zonder daar extra voor te betalen. Volgens mevrouw B. moeten we hier vanaf. Net als een jongere contributie bij het sporten moet betalen, zou een oudere dit voor zorg moeten doen.

"Denk niet in beperkingen, maar in mogelijkheden!"

Participatiesamenleving (De Kanteling)

Mevrouw B. geeft aan het van belang te vinden om de zelfredzaamheid van de hulpvragers op te krikken met het oog op de participatiesamenleving.

Zij geeft ook aan dat, binnen de participatiesamenleving, er eigenlijk niet nog meer beroep kan worden gedaan op de mantelzorger. Dit verschilt echter wel per persoon, in sommige gezinnen neemt één iemand de rol van mantelzorger op zich, terwijl de rest weinig doet. Het zou mooi zijn als hier een verdeelsleutel in zou kunnen komen, maar anderzijds kan dit wegens privacyredenen vaak niet worden ingevuld voor een ander. Mantelzorg zou veel meer maatwerk moeten worden.

Indiceren

De doelgroep waar mevrouw B. mee heeft gewerkt, komt via de ouderenverpleegkundige of huisarts bij een zorginstelling binnen met een indicatie van het CIZ. Vervolgens legt een medewerker vanuit de dagbesteding een huisbezoek af en wordt er gekeken hoe veel dagedelen begeleiding de instelling aan kan bieden.

Mevrouw B. geeft aan het belangrijk te vinden dat een indicatie nooit met alleen de hulpvrager zelf gedaan wordt, maar dat dit altijd met een mantelzorger of familielid samen gedaan wordt. Een hulpvrager zelf doet zich vaak beter voor qua gezondheid dan hij is, waardoor hij niet de benodigde zorg krijgt. Wanneer een mantelzorger betrokken is, ontstaat er een eerlijker beeld en krijgt men wel de zorg die nodig is.

Doelgroep

Organisatie 6 biedt ondersteuning aan mantelzorgers van diverse doelgroepen (alle leeftijden en ziektebeelden). Een mantelzorger kan terecht bij organisatie 6 indien zij tegen problemen aanlopen, vragen hebben, overbelast zijn, enzovoorts. Organisatie 6 geeft dan informatie en advies, passend bij de hulpvraag/situatie. Ook zijn er cursussen en wordt er een maandelijkse mantelzorggroep georganiseerd. Organisatie 6 functioneert hierbij als een spin in het web die kan doorverwijzen. Daarnaast zijn zij een expertise centrum op het gebied van mantelzorgers voor beroepskrachten.

Organisatie 6 geeft aan dat mantelzorgers van psychiatrische hulpvragers vaak te maken hebben met een chronische ziekte die pieken en dalen kent. Dit is een heel andere soort belasting voor een mantelzorger dan wanneer het gaat om een persoon met lichamelijke klachten. Een mantelzorger van iemand die gaat dementeren, is vaak de zwaarst belaste mantelzorger.

Organisatie 6 heeft ook kinderen in beeld die ouders hebben met een psychiatrische aandoening. Zij schamen zich vaak, durven vaak niemand mee naar huis te nemen, lopen tegen onbegrip vanuit de omgeving aan (de aandoening is niet lichamelijk zichtbaar) en zijn niet altijd tevreden over de hulpverlening. Een mantelzorger kan daarnaast andere belangen hebben betreft de hulpverlening dan de hulpvrager zelf. In de psychiatrie wordt bijvoorbeeld pas hulp verleend als de psychiatrische cliënt zelf met een hulpvraag komt. Het komt geregeld voor dat de cliënt zelf bepaalde zaken ontkent en zegt dat er niets aan de hand is, terwijl de mantelzorger ziet dat er wel degelijk dingen aan de hand zijn waarvoor hulpverlening nodig is.

Overbelasting bij mantelzorgers wordt vaak gesignaleerd doordat er veel gepraat en/of gehuil voortkomt uit een vraag als: "hoe gaat het met u". Hierop biedt organisatie 6 emotionele steun. Naast emoties, worden ook lichamelijke klachten, depressiviteit en verwaarlozing veel gezien bij overbelaste mantelzorgers. Mantelzorgers van psychiatrische hulpvragers lopen zelf ook kans om psychische klachten te krijgen (gebeurt bij 1 op de 4 mantelzorgers), zo is ook uit onderzoek gebleken. Vooral de zorg om de zorg heen (regelzaken) zorgt voor overbelasting. Een goede communicatie met behandelende professionals zou een mantelzorger al heel veel goed doen.

Extramurale begeleiding

-

Transitie

Binnen de samenleving is men opgegroeid met de verzorgingsstaat. Wanneer ouders bijvoorbeeld zorg nodig hadden gingen zij naar een verzorgingshuis en trokken kinderen zich terug. Nu moet er een omslag van denken plaatsvinden: niet meer ik zorg voor, maar zorgen dat. De professionals moeten zich meer terug trekken en de mantelzorger moet gestimuleerd worden om meer te doen. De mantelzorger moet leren eerder hulp te vragen en empowerment moet worden gestimuleerd.

Organisatie 6 is van mening dat de meeste mantelzorgers wel bereid zijn om extra bij te dragen aan de zorg voor hun naaste, zolang er goed gecommuniceerd wordt. Binnen de psychiatrie bestaat de 'triade', het samenspel tussen hulpvrager, professional en mantelzorger. Deze triade is volgens organisatie 6 heel belangrijk, momenteel is de communicatie nog niet adequaat.

Voor professionals is het van belang dat zij altijd gelijk naar het systeem kijken. Een beroepskracht kan ook heel veel betekenen voor een mantelzorger. Organisatie 6 hecht dan ook veel waarde aan systeemgericht werken.

Organisatie 6 vindt de extramurale begeleiding voor chronische situaties minder goed. Hier zou ook begeleiding voor moeten zijn, bijvoorbeeld in de vorm van goede dagbesteding. Voor de mantelzorger brengt het rust wanneer de hulpvrager bij een dagbesteding terecht kan.

In Amsterdam draait sinds enkele weken een pilot met de zogenaamde 'Psycholance', een soort ambulance die rondrijdt om mensen met psychiatrische problemen die in een crisissituatie zitten op te halen. De bemanning is gespecialiseerd in mensen met een psychiatrische aandoening, zodat zij goed kunnen worden benaderd.

Momenteel bestaat er binnen het Land van Cuijk de 'Vriendendienst', een samenwerking van de GGZ en het Rode Kruis. De Vriendendienst zoekt een maatje voor een psychiatrische hulpvrager, zodat er activiteiten ondernomen kunnen worden die de hulpvrager niet goed zelfstandig kan. De Vriendendienst wordt vanaf volgend jaar echter niet meer gesubsidieerd.

Organisatie 6 vindt de Vriendendienst een goede organisatie, maar zou graag willen zien dat het anders functioneert. Het zou breder moeten worden, alle mantelzorgers die een naaste hebben met een psychiatrische aandoening zouden een beroep moeten kunnen doen op de Vriendendienst, ook al zijn de hulpvragers niet in beeld bij de GGZ. Verder zou het langer moeten (nu twee uur per week), de vrijwilligers zouden flexibel moeten zijn in de omvang van activiteiten die worden ondernomen. Vrijwilligers zouden bijvoorbeeld Hbo-studenten kunnen zijn die een sociale opleiding volgen en zodoende ook wat van de doelgroep afweten.

Organisatie 6 zou het een goed idee vinden om in een wijk dagbesteding te laten draaien door vrijwilligers voor diverse doelgroepen. Een locatie dichtbij in de wijk kan echter ook een nadeel zijn in een dorp. Er is in een dorp vaak veel sociale controle en er wordt soms al snel een oordeel geveld over iemand met bijvoorbeeld een psychiatrische aandoening. Het als het ware bekend maken van een aandoening die een hulpvrager heeft, kan een drempel zijn om aan dagbesteding deel te gaan nemen.

Zonder dagbesteding kan het risico bestaan dat er verveling en overlast ontstaat, met name onder psychiatrische hulpvragers. Hier ontstaan uiteindelijk alleen maar hogere kosten voor hulpverlening uit, dus preventief werken is zeer belangrijk. Wie de zorg nodig heeft, moet het krijgen. Een mantelzorger houdt het vaak niet vol als de dagbesteding niet aanwezig zou zijn.

De draagkracht van elke mantelzorger is anders, daarom is het lastig om te stellen of een mantelzorger wel of niet in staat is om nog meer taken op zich te gaan nemen na de transitie. De praktijkondersteuners bij huisartsen zouden veel kunnen betekenen in de ondersteuning van psychiatrische hulpvragers met een chronische aandoening. Dit is laagdrempeliger dan de GGZ.

Participatiesamenleving (De Kanteling)

-

Indiceren

Een mantelzorger kan een indicatie aanvragen, dit zal naar verwachting van organisatie 6 nog meer gaan gebeuren indien een hulpvrager dit zelf niet kan. Dit ervaren veel mantelzorgers echter als een lastige klus. Een mantelzorger vraagt vaak pas een indicatie aan als ze zelf de zorg niet meer op zich kunnen nemen en de omgeving ook al hebben ingeschakeld. Het aanvragen van een indicatie wordt dus vaak zo lang mogelijk uitgesteld. Wanneer men dan toch de stap zet dit te gaan doen, krijgen ze vanuit het CIZ de vraag wat de mantelzorger en omgeving zelf nog kunnen doen, terwijl zij dit stadium al hebben doorlopen en het sociale netwerk is vaak uitgedund. Dit zorgt voor veel weerstand bij een mantelzorger.

Doelgroep

Organisatie 7 is een belangenbehartiger van de psychiatrische hulpvragers. Mevrouw G. heeft een bijstandsuitkering. Zij is belangenbehartiger van de psychiatrisch hulpvragers. Mevrouw G. is actief geweest in het bestuur van de organisatie Weerklank. Ook heeft mevrouw in de verzorging gewerkt en heeft zij een opleiding gedaan tot counselor. Deze lichte problematiek trok haar minder aan en uiteindelijk is mevrouw G. vrijwilligerswerk gaan doen.

Extramurale begeleiding

‘Men zegt altijd: ieder mens is uniek, maar hier wordt niet naar geleefd’, begon mevrouw G. Er wordt snel geëtiketteerd en er wordt niet gehandeld naar de hulpvrager, maar naar het ziektebeeld. Om de zorg beter te maken, geeft mevrouw G. de volgende punten waar aan gewerkt moet worden: het serieus nemen van de hulpvrager, de mantelzorgers bij de hulpverlening betrekken, maatwerk toepassen en vooral empathisch reageren.

De grootste vraag is steeds ‘waar moet ik naar toe?’. Mevrouw G. geeft aan dat Factteams van de GGZ een goede oplossing zijn. Zij komen dichtbij huis en de hulpvragers weten waar ze terecht kunnen. Ze zegt hier verder over dat de hulpverleners van het Factteam de mantelzorgers er bij moeten betrekken, zij weten veel van hoe iemand het best functioneert.

Transitie

Mevrouw G. geeft aan dat zij de transitie belangrijk vindt voor de psychiatrische hulpvragers. Het is na de transitie belangrijk dat de familie en naasten van de psychiatrische hulpvragers bij de hulpverlening betrokken worden. Er moet geen gebruik gemaakt worden van de mantelzorgers, maar ze moeten bij de hulpverlening betrokken worden.

Er wordt vaak aangegeven dat mantelzorgers overspoeld worden en geen lasten meer kunnen dragen op hun schouders. Mevrouw G. geeft aan dat hulpverleners er bij stil moeten staan dat een mantelzorgers tijdelijk zorg niet kan dragen wanneer zij overspoeld zijn. Wanneer zij uit een dal zijn gekomen, kunnen ook de mantelzorgers weer ingezet en betrokken worden bij de hulpverlening. De samenwerking met de naasten is belangrijk voor de hulpvrager, maar ook voor de naasten.

Mevrouw G. zegt dat volgens haar de hulpverleners niet goed begrijpen dat de mantelzorgers een eigen proces doormaken wanneer er iemand binnen het gezin of de familie is die een psychiatrische aandoening heeft. Het hele gezin rondom de psychiatrische hulpvragers ervaart dezelfde situatie anders.

Instanties werken volgens mevrouw G. langs elkaar heen. Communicatie is altijd het grote probleem overal. Hulpverleners moeten meer betrokken worden bij de thuissituatie van de cliënt. Er moet volgens mevrouw G. rekening gehouden worden met het feit dat de familie er al alles aan heeft gedaan wat voor hen mogelijk was. Er moet positiever benaderd worden.

Participatiesamenleving (De Kanteling)

Mevrouw G. is bezig met een organisatie die *Familie als Bondgenoot* heet. Dit is een concept afkomstig uit Amerika. Een aantal organisaties uit Nederland hebben deze organisatie opgezet. Het is een organisatie die les geeft aan professionals over het benaderen van de mantelzorgers van hulpvragers. Hierbij worden er 5 modules gegeven waarbij er gewerkt wordt aan de houding van de hulpverlener.

Indiceren

De indicaties die gegeven worden zijn nodig voor de financiën. De indicaties duren vaak veel te lang.

Organisatie 8

Doelgroep

Een doelgroep waar organisatie 8 zich voornamelijk op richt, is de doelgroep 'Begeleiding' die tot Zorgzwaarte pakket 4 valt. Dit zijn mensen met dementie, psychosociale problemen en somatische problemen. Deze doelgroep gaat tussen wal en schip vallen, omdat deze ZZP weg gaat vallen.

Extramurale begeleiding

De extramurale begeleiding zoals organisatie 8 deze kent, wordt op dit moment aangeboden door verzorgingshuizen en zorgboerderijen. Met de transitie zal deze vorm van begeleiding echter komt te vervallen.

Transitie

Binnen het Land van Cuijk heeft een grote groep welzijnswerkers de afgelopen maand ontslag gekregen. Organisatie 8 merkt dat er onder hen al velen zijn die zelfstandig bezig zijn om initiatieven op te zetten voor de dagbesteding die nu nog binnen de verzorgingshuizen en zorgboerderijen plaatsvindt, maar met de transitie komt te vervallen.

De zorg die organisatie 8 uitspreekt over de transitie, is dat de extramurale begeleiding in principe komt te vervallen voor een deel van haar doelgroep. Hiermee vervalt de laagdrempelige toegang voor mensen met een lichte beperking, beginnende dementie of psychosociale problemen. Wat organisatie 8 hierin specifiek hierin gaat missen, is de 'dagbesteding nieuwe stijl' waarbij het gaat om zelfredzaamheid, voorkoming en verwaarlozing van sociaal isolement en praktische hulp en eigen regie versterken. Zij denken dat er een dagbesteding nieuwe stijl moet komen die gericht is op kwetsbare burgers. Deze zou mantelzorgers uit de omgeving van een cliënt moeten ontlasten, aangezien organisatie 8 denkt dat mantelzorgers het heel zwaar zullen krijgen na de transitie. Ook verwachten zij dat er een tekort zal zijn aan mantelzorgers, aangezien zij vaak zelf een baan hebben en niet de optie hebben dit op te geven. Ook bij vrijwilligersorganisaties ziet organisatie 8 nu al een tekort aan vrijwilligers. Dit zal waarschijnlijk alleen maar een groter probleem worden.

Organisatie 8 kent verschillende voorbeelden waar de 'dagbesteding nieuwe stijl' al is ingevoerd en waar dit succesvol is. Hier draaien vormen van dagbesteding op vrijwilligers, met professionals als achterwacht/coördinator. Mensen die aan een dergelijke vorm van dagbesteding deelnemen zijn mensen met lichte dementie, kwetsbare mensen, mensen die geïsoleerd zijn, mensen die eenzaam zijn en mensen met psychiatrische problematiek. Er kan binnen deze vorm van dagbesteding gekozen worden voor verschillende activiteiten, afhankelijk van de aanwezige interesses.

Organisatie 8 is van mening dat begeleiding in de wijk en laagdrempelig moet zijn, zonder dat hier vervoer voor nodig is. Hiermee kunnen daarnaast verbindingen worden gelegd tussen jong en oud. Een dergelijke vorm van begeleiding in de wijk zou dan ook niet voor één specifieke doelgroep moeten gelden, maar hier moeten meerdere doelgroepen bij elkaar terecht kunnen. Binnen zo'n groep zou de kracht uit de mensen gehaald moeten worden, zoals dat nu ook gebeurt binnen een zorgboerderij.

Organisatie 8 geeft aan een deel van de bezuiniging terecht te vinden. Dit gaat specifiek over het onderdeel waar de eigen kracht van cliënten gestimuleerd wordt. Zij zijn van mening dat het goed is om een cliënt eerst zo veel mogelijk van zijn eigen krachten (en die van het netwerk) gebruik te laten maken en deze te stimuleren, voordat er maatwerk wordt ingeschakeld. Zij geven aan dat wijkteams hier een belangrijke rol in zullen gaan

spelen. Daarnaast zijn wijkteams van belang voor het preventieve werk. Zij zijn, samen met de burgers, de oren en de ogen van de wijk.

Participatiesamenleving (De Kanteling)

-

Indiceren

-

Organisatie 9

Doelgroep

Organisatie 9 werkt voornamelijk met ouderen (ook met volwassenen). De Wwz-coördinator wordt ingeschakeld naar aanleiding van signalen van de huisarts, een maatschappelijk werker, collega's, of vanuit het systeem van een oudere. Na een dergelijk signaal gaat de Wwz-coördinator op huisbezoek voor een intake aan de hand van alle levensgebieden. Het doel hiervan is het structureren van het leven van de cliënt. De Wwz-coördinator functioneert als een spin in het web: zij voert de benodigde hulpverlening niet uit, maar verwijst cliënten door.

Organisatie 9 kent een brede doelgroep, voornamelijk mensen die door hun ziektebeeld (parkinson, dementie, suikerziekte, enzovoorts) lichamelijke klachten krijgen en/of gedragsproblematiek ervaren. Voor specifiek de psychiatrische doelgroep, verwijst de huisarts vaak door naar een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Zij zou hetzelfde moeten doen als de Wwz-coördinator, maar in de praktijk blijkt vaak dat zij meer op het medische vlak zit, in plaats van het welzijn (past de persoon in de omgeving en hoe kan hij het beste participeren in de samenleving). Een Wwz-coördinator werkt dan ook vaak naast een SPV-er.

Een zorg die organisatie 9 over de psychiatrische hulpvrager heeft, is dat er aan de buitenkant niet te zien is dat er wat aan de hand is. Dit leidt er toe dat men kan denken dat de hulpvrager zich aanstelt. Een Wmo-consulent weet en snapt vaak niet wat er aan de hand is met een psychiatrische hulpvrager. Wat organisatie 9 van belang vindt, is dat Wmo-consulenten snappen wat er met een psychiatrische hulpvrager aan de hand is en hoe zij hier mee om moeten gaan. Met het beperkte budget wat na de transitie nog beschikbaar zal zijn, zal er streng gekeken moeten worden na wie de zorg werkelijk nodig heeft.

Daarnaast is een zorg over de psychiatrische hulpvrager dat zij vaak niet voor zichzelf op kunnen komen. Zij zullen het daardoor dubbel zo moeilijk krijgen, omdat zij niet altijd zelf duidelijk kunnen maken welke zorg zij daadwerkelijk nodig hebben. Het risico bestaat dat een Wmo-consulent voorbij gaat aan het psychiatrische aspect. Er moet daarom een SPV-er of Wwz-coördinator aanwezig zijn om te verdedigen dat de hulpvrager krijgt wat hij nodig heeft. Ook moeten Wmo-consulenten deskundig (goed opgeleid) en objectief zijn, goed kunnen luisteren en beschikken over veel mensenkennis, om te kunnen beoordelen wat goed is voor een psychiatrische hulpvrager en wat de consequenties zijn voor die persoon wanneer bepaalde zorg wel of niet wordt toegekend.

Mocht er voorbij worden gegaan aan het feit dat een hulpvrager een psychiatrische aandoening heeft, blijft de hulpvrager in een bepaalde situatie zitten waarin het voor hem en zijn omgeving alleen maar slechter wordt. Er bestaat dan het risico op verwaarlozing naar buiten of naar binnen (bijvoorbeeld vereenzaming of verwaarlozing van het huis en zichzelf).

Ook door burgers worden psychiatrische hulpvragers vaak niet begrepen. Het is van belang dat deze doelgroep weer gewaardeerd wordt, door bijvoorbeeld hun kwaliteiten in te zetten in de wijk. (Klusjes doen, tuinieren,

enz.). Op deze manier worden daarnaast sociale contacten weer opgebouwd en wordt empowerment gestimuleerd. Het samenleven en samenzijn moet bevorderd worden.

Extramurale begeleiding

Op dit moment maakt organisatie 9 al veel gebruik van de eigen kracht van hulpvragers, men wordt gestimuleerd zo zelfredzaam mogelijk te worden. Tijdens een intake wordt bijvoorbeeld altijd gevraagd wat een hulpvrager zelf kan doen en wie hen daarbij kan helpen. Hierop volgend wordt een Eigen Kracht Conferentie georganiseerd door de Wwz-coördinator, om de mantelzorgers bij elkaar te krijgen. Er wordt tijdens zo'n conferentie besproken wat het probleem is en wie wat kan gaan betekenen. Hierbij is van belang dat er goed wordt besproken wie wat wel en niet kan.

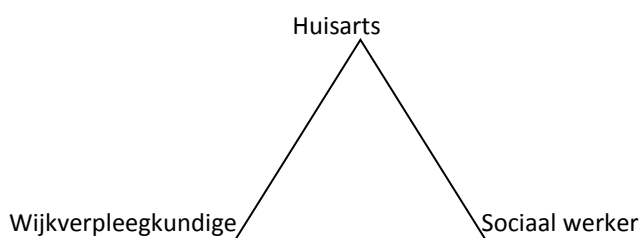
Transitie

Doordat de huidige vorm van dagbesteding komt te vervallen, zal de eenzaamheid onder de burgers alleen maar verder oplopen volgens organisatie 9. Burgers die niet meer mobiel zijn en dus niet meer zelfstandig naar buiten kunnen, lopen een nog groter risico. Deze mensen zullen, zeker met eventuele verdwijning van verzorgingshuizen, letterlijk aan huis gekluisterd zitten.

Organisatie 9 ziet nu al veel overbelaste mantelzorgers, wat er toe leidt dat zij zelf ook weer ondersteuning nodig hebben. Het is van belang goed te blijven samenwerken met mantelzorgers, om overbelasting te voorkomen.

Wat volgens organisatie 9 belangrijk is, is dat ook na de transitie het sociale welzijn aspect in de gaten gehouden wordt en niet alleen het zorg aspect. De reden hierachter is dat wanneer het welzijn van een hulpvrager goed is, hij minder zorg nodig heeft. Verder moet er heel goed naast elkaar gewerkt worden en men moet van elkaar weten wie wat aan het doen is, gebruik makend van korte lijntjes. Omdat iedereen elkaar hard nodig heeft, moet er goed worden samengewerkt.

Er moet in een wijk gewerkt worden, wat letterlijk inhoudt dat men in de wijk zit. Een goede driehoek van professionals in een wijk ziet er volgens organisatie 9 als volgt uit (ideaalbeeld):



Een dergelijk team zou bijvoorbeeld in een woonhuis in de wijk gevestigd kunnen zijn, zodat zij ook daadwerkelijk de inwoners kennen en weten wat er gaande is. Doordat men de wijk kent, kan samenwerking worden bevorderd, kunnen mensen worden verbonden en kan er maatwerk geleverd worden. Uiteindelijk leidt dit ook tot mogelijkheden voor preventief werken.

Van belang is dat wijkteams klein gehouden worden, te grote wijkteams werken niet volgens organisatie 9. Vanuit de geschetste kleine driehoek moet vervolgens hulp ingezet kunnen worden vanuit buiten de driehoek.

De transitie kan volgens organisatie 9 ook een positieve verandering zijn, zolang er adequate mensen worden ingezet (bijvoorbeeld Wmo-consulenten indien zij indicaties gaan stellen).

Participatiesamenleving (De Kanteling)

-

Indiceren

Volgens organisatie 9 zou het samenwerkingsverband van huisarts, wijkverpleegkundige en sociaal werker na de transitie verantwoordelijk moeten worden voor het stellen van een indicatie. Alle aspecten kunnen dan vanuit de driehoek bekeken worden.

Indien de gemeente zelf gaat indiceren, zou organisatie 9 het liefst zien dat zij hun financiële taak behouden maar dat er adviseurs worden ingezet voor welke zorg er nodig is (het welzijnsaspect). Nu gebeurt dit ook al, de Wwz-coördinator wordt regelmatig ingeseind naar aanleiding van een huisbezoek van een Wmo-consulent. De Wwz-coördinator geeft dan terug aan de Wmo-consulent wat er wel en niet nodig is voor de desbetreffende hulpvrager.

Organisatie 10

Doelgroep

Het gesprek was met een ambulant hulpverlener van organisatie 10 en een dienstverlenende coördinator van het ambulante team van organisatie 10. Er vallen 12 medewerkers binnen het ambulante team. Er vallen 91 cliënten onder organisatie 10. Organisatie 10 heeft een coachende rol. Het ambulante team richt zich op de doelgroep van 18 jaar en ouder. Cliënten onder de 18 jaar vallen onder KLEUR, een organisatie binnen organisatie 10 die zich richt op kinderen met een verstandelijke beperking.

Extramurale begeleiding

De extramurale begeleiding wordt gegeven door het ambulant team van organisatie 10. Dit is vrijwillige hulpverlening. Op basis van wederzijds vertrouwen maken de hulpverleners afspraken met de cliënten om ondersteuning te geven bij: financiën, postzaken, opkomen voor jezelf, persoonlijke ontwikkeling, plannen van huishouden, invullen van vrijetijd, helpen bij het vormen van een sociaal netwerk, bespreken van problemen en het inzichtelijk maken van de instanties die de cliënt kunnen helpen.

Transitie

Er is al 1,5 tot 1 jaar op een andere manier naar de hulpverlening gekeken. Dit heeft er voor gezorgd dat organisatie 10 gemiddeld 50% van de geïndiceerde hulp aan hun cliënten biedt. Het ambulante team hebben bij het hulpverlenen van hun nieuwe cliënten al een gekantelde manier van werken gehanteerd. De klassen van de indicaties zijn nog niet gekanteld. Naar verwachting van organisatie 10 zal er herindiceerd worden als de transitie door gaat. De oudere cliënten zijn de nieuwe manier van werken nog niet gewend, dit is een groot proces om ook hen zo ver te krijgen om hierin mee te gaan. Zij zijn gericht op het geen waar zij recht op hebben met hun indicatie en niet op wat nodig is. 80% van de kosten die gemaakt worden zijn cliënt gebonden en 20% van de gemaakte kosten zijn niet cliëntgebonden.

Cliënten blijven wel een aanspreekpunt nodig hebben. Communicatie met één of twee personen is voor de cliënten belangrijk. Iemand die een kijkje achter de deuren neemt, ambulant werk. Een besparing kan zijn: een aanspreekpunt door middel van een algemeen loket waar cliënten vragen bij kunnen stellen. Organisatie 10 is bezig met het organiseren van een achterwacht, zodat een cliënt niet geen hulpverlening krijgt als de begeleider niet aanwezig kan zijn.

Bezuinigingen die de ambulant hulpverlener en de dienstverlenende coördinator van het ambulante team aangeven zijn: de gekantelde manier van denken, presentie methode: er zijn wanneer het nodig is door digitaal

te communiceren, samenwerking, digitaal communiceren, vroegtijdig signaleren en de kilometervergoeding intrekken en de cliënt zelf een oplossing laten bedenken voor het vervoer.

Participatie samenleving (De Kanteling)

Het participatiegericht werken heeft een andere insteek, het richt zich op de eigen kracht van de cliënt.

Er zal meer samen gewerkt moeten worden. Organisatie 10 heeft hier al een vertaalslag in gemaakt. Sinds 1,5 tot 1 jaar is Organisatie 10 bezig met het leggen van korte lijntjes met andere organisaties. Er is ook voor de cliënt een meerwaarde om elkaar te kunnen vinden. Hulpverleners moeten niet op hun eigen eilandje blijven zitten. Organisatie 10 geeft aan nauw contact te hebben met de GGZ, Radius, GGD, Mooiland, Novadic Kentron, Wijkagent, Reclassering en het algemeen maatschappelijk werk.

Door kortere lijntjes te leggen met ketenpartners probeert Organisatie 10 preventief te werken en te voorkomen dat cliënten via de achterdeur opnieuw binnen komen. Zij proberen de last van de gemeente preventief te verhelpen door bijvoorbeeld crisisopvang te voorkomen.

Een van de ideeën is Rogie, een dagbesteding van Organisatie 10. Dit is overdag een dagbesteding en cliënten kunnen er 's avonds komen eten. Hierdoor komen cliënten met elkaar in contact en kunnen zij hun netwerk onderhouden. Ze hebben een bezigheid en er is controle vanuit het ambulant team organisatie 10.

Indicatie

De indicatie die de cliënten van organisatie 10 hebben, wordt gesteld vanuit het CIZ. Deze indicatie is in klassen. Bij klasse 1 heeft de cliënt recht op minder uur begeleiding dan bij klasse 2. Het minimaal aantal uur begeleiding per week is 1, 25 uur en het maximaal aantal uur begeleiding per week is 12,9 uur. Het CIZ stelt deze indicatie op basis van het IQ. De cliënten van organisatie 10 hebben allemaal een IQ onder de 80. De indicatie komt niet altijd overeen met de wensen van de cliënt.

(Niek)"Wat zijn uw werkzaamheden binnen de organisatie waar u werkt?" "Uh, in principe kom ik op signalen uh, wordt ik gebeld of gevraagd om naar mensen toe te gaan, met name ouderen," (Niek)"Uhu" "uh en uhm, dan ga ik kijken in het, uh ja, signalen kunnen komen van een huisarts, van uh maatschappelijk werk, van collega's van mij, van klanten uh gewoon ouderen dus, of kinderen die zich zorgen maken om hun ouders. Maar het gaat er dus om van, ze weten de weg even niet meer hè. Mijn ouders worden ouder en wat moeten we nu gaan doen, of we hebben dit probleem, ik moet een andere woning hebben, wat moet ik nu gaan doen. Dan ga ik op huisbezoek, ik maak gebruik van een uh, ik heb dus ook een speciaal model van vragen, ik kan het even voor.. ik, moet ik het even erbij halen zodat we het als voorbeeld uh.." **(Niek)"Nou als het relevant is, dan..."** "Nou het is in ieder geval een manier van vragen van uh, bij mensen, dan ga ik alle levensgebieden af, dus het gesprek wat ik meestal heb, het eerste gesprek, de intake, is duurt ook wat langer hè, dat is het uh, keukentafelgesprek," (Niek)"Ja," "en uhm, dan ga ik dus uh, met de mensen bespreken van uh, of er dus zingeving of zin hebben in hun leven hoe het er staat, en uh ik, ik ook kort even lichamenlijk uh, wat over hoe het lichamenlijk gesteld is, geestelijk, maar ook sociale contacten, huis, uh het huis, alle levensgebieden ga ik af. En op ieder levensgebeid stel ik in feite vijf vragen, en dat is dus van uh, wat is jouw oordeel over de situatie, op dit moment. Hoe kijkt de persoon er zelf tegen aan, uh, heb je een probleem of een vraag, en uh, wat wil je daarmee, heb je een doel, uh daarmee? En uh, hoe wil je dat doel bereiken? Binnen welke tijd, en uh wie moet jou daar bij helpen, of wat kun je zelf? En wie moet jou daarbij helpen? En dan ben ik op dat moment heel duidelijk het leven van die mensen aan het structureren. En daar hebben heel veel mensen behoefte aan, van uh, ze weten zelf even niet meer waar ze staan, en door die vijf vragen bij alle levensgebieden bij alle levensgebieden te stellen, kom je erachter van oh, hier heb ik helemaal geen problemen mee, en daar wel.

Uh ik kom dus allerlei mensen tegen . mensen die heel goed zijn, heel oud, bijvoorbeeld 94 en nog alles doen, uh, maar ook mensen van 60 die niks meer kunnen. Uhm, veelal komen mensen door hun lichamenlijke, problematiek uh, kunnen ze een aantal dingen niet meer en uh, ook de sociale contacten nemen af, omdat ze niet meer mobiel zijn. Of uh, mensen de, waarvan een partner overleden is, die problemen hebben en dus even de samenleving weer in moeten komen. Mensen die met een woning uh, die niet meer aangepast is, of waar ze uit.., of uh eenzaam zijn, of hij is te groot, of ze uh, moeten toch uhm, een andere woning hebben, dus.. Ik kom eigenlijk alles tegen. En allerlei mensen." (Niek)"Uhu" "en vaak ook mensen die door hun uh, ziektebeeld, en dan heb ik het niet alleen over dementie, maar ook alles hè, dus uh, parkinson uh, suikerziekte, uhm, problemen krijg.. lichamenlijk problemen krijgen. Maar ook gedragsproblematiek." (Niek)"Ja." "Dan kom ik even naar jullie toe, want.." (Niek)"Ja, precies" "wat versta jij onder psychiatrische mensen? Wat mensen dus door een ziektebeeld, kun jij dus ook een gedragsproblematiek krijgen, waardoor mensen ook met de GGZ in aanraking komen." (Niek)"Dat valt er in ieder geval logischerwijs onder." "En dat uh, en dan ga ik dus proberen contact tussen de partners, ga ik even kijken van uh, wat is er nodig dat die partners met elkaar, of de mantelzorgers goed met elkaar om kunnen gaan, en probeer ik daar de juiste hulpverlening op te zetten. Ik ga die hulpverlening niet doen, ik verwijs ze door. Ik ben dus echt gewoon een bemiddelaar. Een bruggenbouwer. Een uhm," (Niek)"Een spin in het web." "Ik ben echt spin in het web, en ik kijk van wat is er nodig, en uh, ik laat mensen als ze, zodra we inderdaad, want ik verwijs ze dus door naar mijn collega ouderen werkers, waar allerlei activiteiten, tafeltje dekje, activiteiten, weet ik veel wat allemaal georganiseerd wordt. Of er moet een vrijwilliger komen bij iemand, dan komt er een ouderenwerker, een collega van mij, die gaat dan op bezoek, specifiek op dat punt van uh, u hebt een uh, aanwezigheids uh, hulp nodig. Nou wat, wat voor persoon moet dat zijn, hoe die goed klikt met die ma... , nou dan gaan ze dus iemand zoeken, een vrijwilliger, die wij bij ons in het bestand hebben zitten, die wordt daar dan opgezet. Maar dat doe ik dus niet, ik geef alleen maar aan van, oh dit zijn de problemen, die dus ook hulp krijgen vanuit die vragen, en daar gaan we dat op in zetten. En ik, bij sommige mensen, uh, ko m ik maar één keer, die kunnen het zelf heel goed oppakken, en uh die bij hun maak

ik ook een verslag van, dit hebben we besproken" (Lisette)"Uhu." "u mag er zelf mee doen wat u wilt, het is uw verhaal, en bij anderen mensen, die vinden het fijn als ik er toch bij kom zitten, dus gewoon meekijk, en kijk of de hul.. alles goed verloopt, wat ingezet is. Dat is in het kort wat ik doe. (Niek)"Klinkt heel interessant" Ja, dat is het ook, het is gewoon kei leuk. Ja ik heb echt een hele leuke baan. Dus uh, ... (Niek)"Ik kan me voorstellen."

(Niek)"Het is dus een hele brede doelgroep?" "Ja" (Niek)"Uhm maar daarin zit dus ook een aandeel psychiatrische hulpvragers, of cliënt" "Ja. Uh, meestal gaan die naar de sociaal psychiatrische verpleegkundige, die wordt vanuit de huisarts, wordt die sociaal psychiatrische verpleegkundige ingeschakeld, uhm, en die doen bijna hetzelfde als wat ik doe, dus in feite, moeten zij ook die, die ondersteuning en begeleiding geven. Maar ze, je merkt gewoon, de laatste tijd, zij zitten heel erg op het medisch vlak. (Niek)"Uhu" "En ik doe het welzijn. Dus echt uh, past de persoon, in de omgeving, kan het erbij, en uh, hoe moet die nou in contact komen met anderen. Daar, dan, kom ik om de hoek kijken, en dus ik werk vaak, naast een SPV-er, met dezelfde persoon. En uhm, dan is het dus zoeken van uh, wat voor contact... of uh, hoe kan deze persoon het beste participeren in deze maatschappij? In deze omgeving, en wat heeft ie nodig. Nou ik kan wel het volgende voorbeeld noemen, waarbij ik gisteren ben geweest, daar loop ik al langere tijd mee. Dat is een mevrouw, die is uh, nog wat jonger. Dat wil zeggen, ze is in de 40, of nee, volgens mij ook al in de 50, maar goed. Mijn leeftijdsgroep begint eigenlijk boven de 55. Maar ik neem voortaan alles mee." (Niek)"Uhu, uhu." "En die mevrouw uh, die woont in uh, een woning uh, hier in Cuijk. He, dat is een vrij, ik vind het een kleine woning. En zij zit in een rolstoel, en uhm, nog een vrij grote rolstoel, en moet dan uh, in die woning kunnen handelen. Nou, daar ben ik op een gegeven moment achter gekomen, met haar, want dat was de eerste keer dat dit, ze vroeg of ik bij haar wilde zitten, en toen kwam de Wmo om te kijken of haar huis aangepast moest worden. Terwijl ze al een aangepaste woning heeft hè, in feite." (Niek)"Ja" "Maar uh, zij kon dus de draag met de deur, uh niet maken. Nou dan hebben we dus hele gesprekken, die, daar komt dan de Wmo-consulent bij, en die kan van nou uh, de woningaanpassing is terecht, de aanvraag, dat gaan wij betalen, of we gaan het niet betalen," (Niek)"Uhu" "zij zitten natuurlijk met hun geld van uh, ja wij hebben hier gewoon niet te veel geld, en uh, de woning is eigenlijk al geschikt. Uhm, dus dat was een moeilijk gesprek, bij voorbaat al hè, dat weet je. Nou, dan uh, de, in principe moet de persoon, de klant het zelf voeren. Nou, zij heeft dus gevraagd of ik het er bij kom zitten en dan is dat gewoon puur om die, ik zit er dan bij, om die klant in de gaten te houden. Dus dat wat zij zegt, dat dat ook over komt." (Niek)"Ja." "En dat zij niet wegzakt, want één van haar problematieken is, van uh, ja ik krijg toch niks, dus het zal wel niet lukken. Nou, dan, dan hou ik dat even mee in the picture. In principe zeg ik niks, maar ik stp.. stuur haar wel aan van, want ik weet wat haar zwakke plekken zijn." (Niek)"Ja." "En dan zie je dus het eerste probleem al he, mensen met een psychiatrische uh, achtergrond zie je vaak niks aan he, zij is dan wel gehandicapt maar uhm, daar heb je heel snel de neiging bij van zit toch niet zo te eikelen. Doe toch normaal. Nou, en uh, uh, mensen weten dus niet wat het probleem precies is van die psychiatrische patiënt, " (Lisette)"Uhu." "uhm, hoeven het ook niet te weten, maar houden er ook geen rekening mee. Snappen het ook heel vaak niet. En dat is dus iets waar, uh, waar, ja op dit moment loop ik daar dan bij. Maar in feite zou dus de GGZ-er of de, uh ambulante dinge.. daar ook bij moeten zitten, om goed uit te kunnen leggen, van he, dit kan zij niet en dit kan zij wel. Dus op dit moment is het even, want ik heb dus gister of samen met de GGZ-er, haar ambulant begeleider, erbij gezeten en ik weet dan wel, het welzijnsaspect hè, van waar aan voldoen moet worden, en hij echt heel, heel duidelijk van haar uit. En zo hebben we gister een gesprek gehad, want ze moeten, wij vinden dus dat zij naar een andere woning moet, want waar zij woont is te donker, uh, voor haar geen, is geen levensvreugde, en daardoor zakt zij alleen maar verder in haar problematiek. Nou en uh, we hebben dus een, een woonconsulente erbij gehaald, die me nota bene, dat is een maatschappelijk werker, en die moet dan kijken van in hoeverre zij, kan zij op een urgentielijst gezet worden dat ze inderdaad een woning krijgt die geschikt is voor die persoon. Nou, en dan merk je al hoe moeilijk het gesprek wordt, want die woonconsulent zit gewoon te kijken van, waarom wil je verhuizen, want je zit in een goed huis. Je zit in een aangepaste woning, en ze wordt, ja geven dus aan uh, veiligheid, ik geef dus aan vooral die, uh rolstoel dat die uh, nergens doorheen, door kan en dat hulpverleners - de thuiszorg ook niet kan helpen. Uhm, ik denk dat ik wat uitgebreid aan het

praten ben, maar ik hoor het wel als het niet mag.." (Niek)"Geeft niet" "Maar uhm, dus ik zit erbij om te zeggen van, wat werkelijk het, het, het uh, materiële is. Uh, dus zij, de woonconsulente geeft dan aan van oh, maar mevrouw vindt het, het is gewoon luxe eigenlijk hè. Want het is gewoon fijn voor haar om te verhuizen naar een ander huis. Dus eigenlijk kan zij in de reguliere uh, sector. Alleen die woning waar zij in moet komen wonen, is, is een beschermde woonvorm eigenlijk, een, een soort stukje, die staan nooit in de reguliere uh, dinge, uhm, in de reguliere uh, het internet, dus die komen nooit, dan moet je dus een indicatie voor hebben wil je daar in komen, dus ik wil die indicatie krijgen. Dat is voor mij het belangrijkste, dat die indicatie er komt. Nou, dan wordt in feite, uh, een beetje belachelijk weggezet, nou ik was heel blij dat die, die GGZ uh, erbij zat" (Niek)"Ja" "en die geeft dan aan van ja ho, uh, het is wel een problematiek en die begint met wat moeilijke woorden te strooien en dan is die woonconsulent onder de indruk, volgens mij snapt ze niet eens wat er gezegd wordt, maar goed. Van oh, oh, ja, nou ok, dan is het.. en dan nog op het eind van het verhaal hoor je weer van, ja maar eigenlijk is het gewoon dat ze liever een andere woning heeft. Nee, dat is het dus niet, het is dus echt een probleem." (Niek)"Uhu."

"Nou, dat is dus eigenlijk in het kort denk ik uh, neergezet waar de problematieken gaan liggen, straks als die AWBZ naar de Wmo gaat. Die woonconsulenten, of die consulent van de Wmo die moeten maar snappen van uh, hoe zit het met een persoon in uh, hoe is het met die persoon, wat is er aan de hand. Ze hoeven niet alles uh, volledig uh, te horen te krijgen, dat is het recht van de persoon denk ik wel he, maar hoe gaan ze er mee om en zij, de Wmo krijgt dan ook een druk, want er is gewoon weinig geld." (Niek)"Ja." "Die moeten dus echt heel streng zijn, hè. Ik zie dus dingen gebeuren nu al, met normale mensen, met ouderen, uhm, die krijgen minder huishoudelijke hulp, en dan heb ik het echt over mensen boven de 90 jaar, uh, die bijvoorbeeld geen huishoudelijke hulp krijgen, omdat meneer kan nog alles. Ja kun je zeggen van, inderdaad, het is goed, ik zeg dan ook hoor, want ik praat ook, ik kijk ook wat kan iemand nog en wat kan iemand niet meer." (Niek)"Uhu." "Maar meneer kan alles nog, is heel goed te been dus die kan rustig zelf zijn huis schoonmaken, daar hoeft geen huishoudelijk hulp op te komen. En uh, een ander zegt van hallo, maar die mensen zijn al zo oud, ja we moeten heel goed gaan kijken van waar gaan we het geld neerleggen. En wie heeft het werkelijk nodig. En wat zien wij, als werkelijk probleem. Nou en dan zitten dus, uh, bij die oudere meneer en die oudere vrouw, die meneer is 92 en zijn vrouw is 86, die vrouw is niet in staat om het huishouden te doen, ja en dan kijk ik met meneer wat kun je werkelijk zelf doen in hoeverre ben je in staat om zelf eventueel een huishoudelijke hulp in te schakelen voor die dingen die je niet zelf kunt doen. Dus bijvoorbeeld ramen wassen en zo. Dus hebben we het maar op die manier opgelost." (Niek)"Uhu." "Maar de Wmo geeft al geen dingen meer van, nou zodra, als iemand bijvoorbeeld zijn vensterbank nog zelf kan afstoffen, wordt er een kwartier van de, uh, huishoudelijke hulp uren afgehaald, want dat kan mevrouw zelf. Huishoudelijke hulpen mogen geen kopje koffie meer drinken, wat soms heel belangrijk is voor mensen. Nou, dus er wordt echt ontzettend gekort, nou, dan heb je nog, dan zit je over normale mensen nog te praten, ja, dus met die psychiatrische patiënten die vaak niet voor zichzelf op kunnen komen, wordt het dus dubbel zo moeilijk." (Niek)"Ja." "Ja, want daar wordt dus heel snel tegen aan gekeken van, nou een beetje flauw vind ik dit wel..

(Niek)"Uhu. Er wordt voorbij gegaan aan het psychiatrische aspect?." "Ja. En om nou van iedere psychiatrische patiënt al een heel dos, dossier bij het Wmo loket neer te gaan leggen, ik weet niet of daar iedereen op zit te wachten. Dus moet je daar wel inderdaad, of, of die SPV-er of uh, eventueel een uh, iemand die ja, ik dus of mijn collega's, daarbij gaan zitten om goed die mensen te verdedigen dat ze inderdaad datgene krijgen wat ze nodig hebben. Dus dat vind ik gewoon een heel groot probleem." "Ja." "Hoe wordt er naar mensen geluisterd, ja en mensen uh, we zijn allemaal mensen die met mensen werken en ik heb ook mijn eerste indruk als ik bij mensen binnen kom, en uh, ik kijk ook vanuit mijn zienswijze, ja en dat hebben de Wmo-consulenten ook. En sommige mensen hebben gewoon geen inzicht, omdat ze daar, ja, gewoon niet goed voor opgeleid zijn, denk ik dan, en anderen hebben dat wel. Dus ik zeg niet dat iedereen slecht is of zo, maar het uh, gaat, hangt er wel om dat er gewoon mensen zitten die heel goed in the picture hebben van, wat gebeurd, wat, wat heeft het

voor consequenties voor de persoon die voor mijn neus zit. En wat is goed voor die persoon, en wat is niet goed. Dat komt dus bij die Wmo-consulenten te liggen, die maken beslissingen van hier komt wel hulp of hier komt niet uh,.. Dus dat is een hele zware taak, dus ik vind sowieso dat die Wmo-consulenten goed opgeleid moeten zijn, heel veel mensen kennis moeten hebben, maar ook heel objectief naar iemand moeten kijken en kunnen luisteren. En dan kunnen heel veel mensen niet. En dat is dus een, een uh, ja uh, ja dat is echt een kwaliteit die je moet leren. Gewoon van ergens binnen komen en uh, honderden mensen hebben er al iets over gezegd en dat jij dan toch nog rustig naar die persoon kan gaan zitten luisteren." (Niek)"Uhu." "Wat is er nou werkelijk aan de hand." (Lisette)"Ja." "Dus uh.."

(Niek)"Zeg maar er van uitgaande dat er dan, dat, dat dus niet altijd gebeurt, stel dat er bij een cliënt aan het feit uh, dat iemand een psychiatrische aandoening heeft, stel dat daaraan voorbij wordt gegaan." "Ja" "wat dan?" "Ja, dan blijft die persoon in een bepaald situatie zitten, waardoor die alleen maar slechter wordt en het ook in zijn omgeving slechter wordt en uh, sommige mensen uiten vervelend gedrag naar buiten, anderen naar binnen en die vereenzamen echt, en uh, verwaarlozen gewoon, ik ben van de week, of ben ook bij iemand geweest, die man, ja, of die nou echt een, het is geen psychiatrische patiënt, of hij uh, helemaal adequaat is, dat wil zeggen dus dat ie geen verstandelijke beperking heeft, vraag ik me af. Het is een man uit uh, die uit uh, Indonesië komt, die tot zijn 21e jaar in Indonesië heeft gewoond vroeger." (Niek)"Uhu." "En daar hebben ze een bepaalde mentaliteit van leven. Nou, die man woont hier, zijn moeder is overleden en uhm, die, die woont hier al jaren die is, ja hij is wel getrouwd geweest maar hij woont nog steeds in het zelfde huis, en er is op een gegeven moment een renovatie heeft er plaats gevonden, en daar zijn gewoon dingen gebeurd die niet hadden mogen gebeuren. Die renovatie. En, maar hij heeft zich daar nooit iets van aangetrokken, en uh, die heeft uh, die woont nu, die heeft sinds 2008 al geen warm water meer in huis. Dus die leeft, ja het is gewoon, als je het hoort dan denk je van huh?, dit kan gewoon niet, maar die man kookt dus iedere keer als hij gaat douchen, kookt hij een pannetje met water en dat neemt hij mee naar boven de douche in en dan doucht hij zich zo. En dat vind hij helemaal niet erg, daar heeft hij helemaal geen problemen mee, nou en uh, daar loopt hulpverlening al jaren binnen en niemand heeft het in de gaten. Zelfs thuiszorg loopt daar binnen en die heeft het niet in de gaten. Zijn huis is ook verwaarloosd, het is ook een man die gewoon op zijn manier, in zijn huis woont en iedereen heeft recht op zijn manier uh, om in zijn huis te wonen, zolang het maar geen overlast aan anderen of voor burens is, dan laten we dat gewoon gebeuren het is zijn, maar ja dan kom ik daar binnen op een gegeven moment en door de buurman, want zijn gas zou afgesloten worden, en die buurman heeft dat tegengehouden, die is dus op hoge poten naar de gemeente gegaan, naar het Wmo-consulent opgeroepen en toen hebben ze gevraagd of ik mee wilde gaan. Ik denk, nou ik moest toevallig toch naar die man, ook vanuit de huisarts was ik gevraagd of ik het sociale netwerk van die man eens een beetje uit wilde gaan breiden, nou in ieder geval eens gaan kijken hoe dat zat, want die man was aan het vereenzamen. Nou ik kom daar binnen en ik schrok me kapot. Ik had echt zoiets van: nou wat is dit? Ja en dan denk je ook, tig hulpverlening binnen en niemand ziet het. Want iedereen houdt, hij heeft gewoon recht van leven op die manier, maar niemand gaat ook dieper er op in kijken.

Nou en uh, ja nu heb ik dus de woningbouw maar ingeschakeld en uh, ik heb, ik belde gewoon op, ik zeg: nou, ik zit hier met een man die heeft dus vanaf 2008 al geen warm water, dat kan niet weet ik veel, allemaal ontkent en dit en dat, ik zeg of het nou wel kan of niet, ik zeg het is zo, ik zeg daar komt nu een oplossing voor. Dus dat gaan ze nu allemaal aanpakken. Ja mensen leven gewoon in hun dingen voort. En dan kom je dus situaties tegen dat mensen dood gevonden worden in huis, of zich helemaal uh.. dat soort situaties gaan krijgen. Eenzaamheid, denk ik dat alleen maar op zal gaan lopen en dan heb ik het over, want wat is eenzaamheid hè, iedereen loopt al jaren te roepen van, oh maar mensen voelen zich wel eens eenzaam. Ja ik voel me ook wel eens eenzaam, maar wat we nu aan eenzaamheid zie.. wat ik tegen ga komen is dat doordat ouderen, ook gewone ouderen, uh die uh, door uh, die aan huis gekluisterd zijn en geen dagbesteding, dat gaat trouwens ook allemaal afvallen nu hè, niet en naar dagbesteding kunnen en ook niet meer mobiel zijn, dus die zelf niet een uh, naar buiten kunnen uh, waarvan de huishoudelijke hulp uh zelfs al uren verminderen, dat, dat

worden eenzame mensen, dus die gaan en die blijven echt in hun huis zitten." (Niek)"Ja." "Die komen nergens meer, die verzorgingshuizen waar we dan toch nog een beetje mensen in de gaten kunnen houden, gaan eruit, ja ik hoop dat ze nu weer blijven maargoed, die gaan er op dit moment uit, mensen blijven langer zelfstandig thuis wonen, willen we ook allemaal, is ook hartstikke goed, maar die personen moeten wel contacten hebben." (Niek)"Uhu." "Maar dat wordt steeds minder. En dat wordt.. wie valt dan nog op." (Lisette)"Uhu." (Niek)"Ja, als het er ook niet is, dan valt het ook niet te signaleren." "En als de personen niet zelf naar een huisarts gaan, want die signaleert het vaak het eerste, en uh of uh burens hebben ofzo ja dan uh, dat soort problemen komen dan er echt aan en dan heb ik het nog niet eens over de psychiatrische patiënten. Die weer hun eigen problemen hebben."

(Niek)"Kijkend naar de rol van, van, van die omgeving zeg maar, wat zou de omgeving, wanneer die er nog wel is, daar in kunnen betekenen?" "Ja, uhm, als je het over omgeving hebt over mantelzorg, dus dat wil zeggen familie of vrienden en dergelijke, wat ik ook uh, probeer te doen is zoveel mogelijk is de mensen zelfredzaam maken, dus ik maak, ik bespreek met mensen wat hun problemen zijn, en daar, ik vraag ook aan mensen wat kunt u zelf aan het probleem doen en uh, wie moet u daarbij helpen. Ik vraag aan mensen: wie wil jij dat jou daar bij helpt? En dan geven ze vaak ook aan mantelzorgers, of uh dingen, nou en dan gaan we kijken en het beste is dan zo'n uh, eek, krachtenconferentie, ik weet niet of jullie daar wel eens van gehoord hebben?" "Nee." "Nou, probeer die mantelzorgers bij elkaar te krijgen of zijn netwerk, en uhm, bespreek met die mensen samen van uh, wat is het probleem nu hè, we hebben dit probleem, uhm, meneer wil graag dat, dat jullie dat samen oplossen met hem, nou wie kan wat voor elkaar gaan betekenen? En uhm, dat, dat mensen daar hun afspraken maken." "Ja." "Nou gebeurt dat nog niet vaak hoor. Ik heb pas 1 persoon gehad waarvan die, waarvan de dochters echt zeiden van: wij gaan met elkaar in conferentie. En we hebben jou in feite niet meer nodig hè, dus ik had even aangekaart van ok, dit zijn de problemen, nou, ik hoef er niet meer bij te komen, zij gaan samen bespreken van, want die man moest leren koken, die kon niet koken, van nou, wij, dat kunnen we ook zelf. We kunnen hem ook naar een kookles sturen, maar we kunnen het toch ook zelf, wij kunnen het wel, weet je wel, van, nou dan gaan we dus bekijken van, hoe kan het al, maar dat is zijn probleem. Dus daar waar zij kunnen inschakelen en het over kunnen nemen uhm, stap ik eruit."

Het kan ook zijn dat je er bij blijft zitten, dus dat je die uh, eigen krachtconferentie begeleidt om te sturen van, wie dat wat en om afspraken vast te leggen en zo van.. want je moet je wel beseffen van, als jij eenmaal toezegt ik help die uh, me vader of mijn moeder, dan moet je daar ook altijd kunnen helpen, want als je dat niet kunt, dan zit die persoon zonder zorg." (Niek)"Ja precies. Dus niet toezeggen wat niet mogelijk is." "Nee. En dat is dus vaak wat mantelzorgers en zeker dochters zeggen: van oh, huishouden kan ik wel doen hè, en ook vaak zo'n op Pgb-basis, maar ja wat gebeurt er als je kind ziek wordt. Dan ben je eerder bij je kind en de eerste week is dat niet erg, maar twee weken.. wordt het wel erg. Dus, je moet, en dat, dat bespreek ik ook met de mantelzorgers, van wees bewust van wat je zegt. En uh, van wat je toezegt, want ja, je kan het wel of je kan het niet. En je moet je grenzen wel stellen, maar ja, dat is gewoon heel moeilijk voor mensen. Want je wilt gewoon graag helpen." (Lisette)"Ja." "Natuurlijk. Maar wij hebben heel veel over, overbelaste mantelzorgers. En daar moeten we dan weer uh, nou dat is gewoon het slechtste wat je kunt hebben. Want die moet je dan weer gaan ondersteunen. Dus ja, om met de mensen zelf goed te bespreken van wat kan wel en wat kan niet, ja, dat is uh, gewoon heel belangrijk. En ze hebben het nu over uh, dat was gister dan, ja, dat is vandaag dan besloten, die uh, keukentafelgesprekken dat dan de wijkverpleegkundige dat mag gaan doen, en dan denk je van ja, die kijkt dan meteen naar de zorg en welzijn. Ik denk dan, ja welk welzijn bekijk jij dan, jij bekijkt alleen de medische welzijn, en niet, het uh, de contacten in de buurt of uh, met je familie en hoe je dat moet opbouwen, want daar zijn zij niet voor opgeleid. En dat is een taak van ons. En dat is in feite wat ik op dit moment doe als Wwz-coördinator." (Niek)"Ja." "Dus uh, eigenlijk pleit ik er gewoon voor om iedereen in het welzijnswerk moet gewoon dit werk gaan doen. Nee maar ik bedoel dit is, dit is gewoon eigenlijk een hele belangrijke taak, die er wel moet blijven, maar die waarschijnlijk weggeschoffeld gaat worden. Tenminste als we niet uit kijken."

(Niek)"Want ik hoor inderdaad, ik hoor manieren waarop het op zich wat, wat, wat effectiever zou kunnen hè, dus, dus voor die mantelzorgers, beter kijken van hoe moet dat georganiseerd, en stukjes samenwerking, maar ook dingen die minder goed zullen gaan, zoals nu dan zo'n keukentafelgesprek waar misschien niet meer de expertise zal zijn die nodig is." "Ja." **(Niek)"Zijn er nog andere manieren om de zorg effectiever te maken eigenlijk?"** "Want je hebt het over zorg he, en ik ben welzijn, ja ik uh, uh dit is, is" **(Niek)"Ja."** "een heel hekel punt hè" **(Niek)"Ja, precies"** "want de zorg.." **(Niek)"Ik zei het al voordat ik er echt over nagedacht had"** "Nee, nee, maar dit is wel dus het, het discussiepunt waar we dus heel goed over na moeten denken, want welzijn wordt gewoon weggeschoven, mijn vorige baan in Deurne is gewoon weg ge uh, bezuinigd, ja. Terwijl die hartstikke hard nodig is. Daar is nou dus geen ouderenwerk meer. En dan op deze manier he, dus inderdaad uh, uh die steun, en uhm, dus op dit moment wordt dat opgevangen door de wijkverpleegkundige, ouderenverpleegkundige, geroeatieverpleegkundige(?), maar dat zijn allemaal mensen die op medisch gebied kijken." **(Niek)"Ja."** "Die met medicijnen komen. En uh, kijken van oh, dat, dat kan uh.. Nou gaat dus bij, binnen de zorg de dagbesteding eruit vallen, dat wordt hier gewoon helemaal weggemove, dat moeten we dus ook, wie gaat dat opvangen, hoe moet dat opgevangen worden. En dus ik uh, pleit ervoor dat het welzijn het uh, dus de omgeving waarin de persoon in zit, dus niet het uh, het uh, sociale aspect, dat dat heel goed in de gaten gehouden wordt. Want we zitten alleen maar over zorg, zorg, zorg, want dat is het belangrijkste. Nee, welzijn is het belangrijkste. En dat is niet omdat ik een welzijnswerker ben, maar als het uh, welzijn van een persoon goed is, krijgt ie, heeft ie minder zorg nodig. Zo moet je gaan kijken." **(Niek)"Ja."** "En, want als jij je kracht, als jij je familie bij je hebt hè, als je door je omgeving geholpen wordt, dan heb jij niet zo snel medicijnen nodig omdat je bloeddruk omhoog gaat of omdat je eenzaam bent of om weet ik veel wat uh, of omdat je hoofdpijn omdat je niemand ziet ofzo. Dus, het één heeft met het ander te maken hè. We moeten heel goed naast elkaar werken, maar ook weten wat we aan het doen zijn, en op dit moment gebeurt dat hier in Cuijk gelukkig wel.

Daar ben ik echt ook heel blij om. Ik heb een heel hechte band met de ouderenverpleegkundige, huisarts en uh, geroeatieverpleegkundige(?), uh, en woningbouw en alles. Hele korte lijntjes, waardoor als ik iets zie, dan mail ik naar mijn collega, of zo'n ouderverpleegkundige, dat heb ik nou toevallig net ook gedaan, net nog, een uh man, uh, die woont nog zelfstandig in een seniorenwoning, maar die kinderen maken zich ernstig zorgen omdat hij het vuur laat aanstaan, uhm, ze vergeten, als hij naar buiten gaat zijn deur uh, zijn sleutel vergeet zodat hij zich buiten sluit en zo. Dus ik denk dat er een geheugenproblematiek aan de hand is, dus dan schakel ik ouderverpleegkundige in, nou dan gaan we even kijken, kun jij een indicatie doen voor een uh, geheugenprobleem, dan heb ik sneller een zorgwoning. Maar als ik dus zonder een indicatie zeg, meneer wil naar een andere woning, ja dan moet je maar wachten, snap je." **(Lisette)"Uhu."** "Dus uh, we hebben elkaar gewoon heel hard nodig, want ik kan geen indicaties doen, tenminste op dit moment nog niet, maar we moeten wel samen werken, dus ik zet mijn, mijn ding is echt, wijkverpleegkundige en de social worker met de huisarts, dan denk ik dat je een hele goede driehoek hebt. Om in een wijk, mensen goed in de gaten, en dan ook echt in die wijk zitten, dus niet hier op kantoor, maar in die wijk. En weten wat er in die wijk gebeurt en mensen kennen en uh, hé, uh Jantje z'n tuin uh, wordt maar niet schoongemaakt, en uh Pietje vindt het hartstikke leuk om tuinen te doen, nou dan Jantje en Pietje bij elkaar." **(Niek)"Ja."** "En dan kun je toch, die samenwerking in de wijk bevorderen, maar dat wil dus wel zeggen dat je de wijk moet kennen. En weten wat er zit en wat er in omgaat." **(Niek)"Maatwerk."** "Ja."

(Niek)"Die indicatiestelling, dat vind ik nog wel een interessant punt, dus die zou eigenlijk dus ook gewoon door datzelfde uh, samenwerkingsverband, gesteld kunnen worden?" "Dat zou een hele mooie zijn."

(Niek)"Want dan.." "Dan zou het dus echt in de driehoek bekeken kunnen worden. De huisarts weet wat voor persoon het is, de wijkverpleegkundige kan eventueel kijken van uh, wat dieper op zaken ingaan hè, dan je noemt ze wijkverpleegkundige, ja dus, die oude wijkverpleegkundige van vroeger waar we het over hebben, want daar praten we over, die fietste door de wijk heen en die kende heel de wijk. Ja. Een opbouwwerker, zoals ik opgeleid ben, ik ben dus van origine een opbouwwerker, uh, kent de wijk, die weet wie er waar woont,

die fie.. loopt ook door de wijk, die zit niet inderdaad op zijn kantoor, maar die loopt gewoon door de wijk, en die spreekt mensen aan en uh, weet dat Jantje een probleem heeft, en Pietje en uh.. en die kunnen dat gewoon uitzetten, en zorgen dat daar oplossingen voor komen. Dus het uh, uh het interesseert me niet welke naam de mensen hebben, maar het is in ieder geval een sociaal werker, een wijkverpleegkundige of het is in ieder geval een medische en die dan met de huisarts werken. De huisarts heeft gewoon te weinig tijd om die gesprekken te voeren." (Niek)"Ja." "Nou dat kunnen wij mooi doen, of dat kunnen die personen mooi doen. En als je, kijk, ik ben uh, opgeleid en ik ben in uh, in Eindhoven heb ik stage gelopen en dat, dat vond ik een goede manier en dat is een manier waar we nu weer naar terug willen. Wij zaten daar met een team, daar zat een opbouwwerker, jongerenwerk, uhm, maatschappelijk werker, uhm, even kijken peuterspeelzaal, ja, dat is een team dat zat gewoon in een woonhuis midden in de wijk, nou en uh, wij moesten eigenlijk de straat gewoon de hele tijd op. En wij kenden de bew.. mensen in de straat en we spraken ze aan en uh, we waren gewoon bewoners in feite van die wijk. En hoorden dus van al die mensen omdat ze ons goed kenden, het waren mensen die gewoon goed vertrouwd waren met ons, hoorden we gewoon meteen als er weer een ruzie was tussen uh familie die en familie die, maar ook uh, uh als er stank in de straat was, van uh hé, het stinkt daar wel heel erg, en dat de maatschappelijk werker vaak, ik, ik krijg hoofdpijn van die stank dan gaf ze dat door aan de opbouwwerker van hé, ga eens kijken. En die ging die straat in." (Niek)"Uhu." "Dus dat teamwork was gewoon heel erg goed en, maar omdat we de mensen kenden wisten we gewoon waar wat zat en konden we vaak al preventief, zo van oh dat gaat moeilijkheden geven, dingen oplossen. Dan hoefde er helemaal geen indicatie te komen, dan wisten we al van te voren van dit gaat niet goed met Jantje, we moeten daar nu op in gaan zetten. En dat is het oude werk waar ze nu weer naar toe willen.

(Niek)"Ik wou zeggen, want uh, bij de GGZ hebben we ook gesproken over die uh, over wijkteams.." "Ja."

(Niek)"die er zijn, komen.. "Ja, dat zijn ze dus nu mee bezig, maar wat je dus merkt en dan denk ik van: we zijn weer bezig hoor, er wordt, er zijn hier in het, in Cuijk Noord een gesprek gehad met een wijkteam en uh, eerste bijeenkomst was, iedereen stelde zich voor, alle hulpverleners die er waren in de wijk, die stelden zich voor. Daar zijn ze drie uur mee bezig geweest. Alleen voorstellen. Nou dan zie je dus, dit werkt voor geen meter. Dat werkt dus echt niet. Tenminste dat vind ik hoor. Dat is mijn mening. Je moet gewoon echt een klein team hebben van uh, van, van, van mensen, ik zeg al, die, die driehoek, en eventueel maatschappelijk werk of uh, ja opbouwwerk erbij maar die moeten dus wel uit kunnen zetten naar andere organisaties van he, die hulp hebben we nodig dat, dat ingezet wordt, dus het moet echt een klein team zijn. (Niek)"Dus een soort kleine cirkel en daar een grotere cirkel omheen?" "Juist." (Niek)"Ik vraag me dan toch af, hoe kan het dan dat ze zo'n team van mensen bij elkaar komt, het zijn dan veel mensen, dus het is dan logisch..." "Ja maar, je moet het, je wil, ja, het is gewoon, er loopt gewoon veel rond aan hulpverlening en ik denk ook dat er best wel veel te veel. Want we praten en we praten en we praten. Wat ik doe, in principe moet ik eigenlijk uh, heb ik gewoon geen tijd. Ik heb ook haast geen tijd om hier te zitten, uhm, uh, ik moet naar mensen toe, ik ga vaak op huisbezoek. Ik ben nooit op kantoor. En uh, dat zul je bij Dini, ik weet niet of je Dini toevallig ook spreekt of Carolien, die doen dat nog veel meer als ik, want ik zit dan nog vrij veel hier." (Lisette)"Uhu." "Maar zij lopen echt helemaal op straat en uh, tussen, zij kennen die mensen ook allemaal dat is gewoon het ideale en die kunnen dus op het moment supreme van ok, er is nu een probleem huppakee dat wordt nu opgelost. (Niek)"Snel handelen." "Heel snel en korte lijntjes hebben. (Niek)"En zodoende preventeren dat het allemaal ... "Juist. Dat dingen uit de hand lopen. En daardoor valt het niet meer op, dat er problemen zijn. Want alles wordt opgelost, snap je. En het wordt in de kiem al uh... (Niek)"Ja." "gesmoord dus uh. En dat is goed, dat is gewoon eigenlijk het goede werk. Tenminste zo moeten we eigenlijk werken. Maar ja dan heb je weer van je, hoe werk je en welke vrijheid heb je, want je moet natuurlijk overal verslagen van maken. Alles wat ik doe, zet ik bij, bij klanten in, van ik heb dat gedaan en ik heb dat gedaan, als stel dat ik even uitval mijn collega zo kan zien van dit en dat is er allemaal al gebeurd en uh, we kunnen het zo overnemen. Nou dat neemt gewoon gigantisch veel tijd in beslag. (Lisette)"Ja." (Niek)"Ja, dat weten we." "Ja, en dan de helft van de tijd ben ik gewoon bezig met het verslag. Dus ik zit soms wel eens thuis te werken en dan krijg ik van mijn man al commentaar.

Maar uh, ja uh, het is gewoon tijd tekort. Maar ja dan is het dus gewoon zo, je bent betrokken en daarom is het goed om in kleine wijken en kleine teams te hebben, dat is mijn ideaal. Want in verschillende wijken wordt iedere wijk een klein team, wat tussen in de wijk zit waar mensen gewoon naar toe kunnen van he, ik heb dat en dat. Wat ik nu met die meneer heb die waar dat huis helemaal verwaarloosd is, daar heb ik nu dus met die buurman contact. En uh, ja die man heeft geen geld. Er komt nou een hele verbouwing aan en uh, hij krijgt dus verwarming in zijn huis en uh, er moet geleverd worden en wat al dan niet meer. Uh ja, dat kan hij niet en dat kan hij niet betalen, want die meneer die, die uh heeft alles laten verlopen, dus die zit nu ook onder bewindvoering staat ie al hè. Ja hoe gaan we dat oplossen. Hij heeft gewoon geen geld. Nou, dan gaan we burens inschakelen. En dan zitten er in zo'n wijkteam gelukkig ook een klusdienst. Nou, mensen die elkaar willen helpen, nou daar moeten we het gewoon van gaan hebben. En als jij in de wijk zit, dan weet je dat, dan schakel je meteen in. Terwijl ik hier nu een mailtje aan het doen ben naar die wijkbeheerder van, heb jij even tijd om mij te praten en uh, als ik daar zit dan loop ik daar naar binnen.. " (Niek)"Ja." "want je bent er nou, snap je. Dan heb je veel sneller iets geregeld. (Niek)"Ja, ik moet ook wel zeggen dat we vaker signalen hebben opgevangen van dat, dat, dat de lijntjes gewoon niet kort genoeg zijn, waardoor er veel tijd ook over zaken heen gaat, wat gewoon weer geld kost." "Ja." (Niek)"Duidelijk."

(Niek)"Ik ga even spieken op mijn lijstje, eens kijken of daar nog zaken opstaan die niet aan bod gekomen zijn.." "Ik wil even opmerken, want over die psychiatrische patiënten hè, als uh, die mensen in een wijk wonen, dan worden ze vaak uh, ja uh, ze.. niemand begrijpt ze en ik denk dat als jij zo'n, zo'n wijkteam hebt, en regelmatig die mensen, bij jou op kantoor kan laten komen, kantoor dan ja, dan in dat huis, want dat was toen ook hè, waar dat huis waar wij toen werkten, daar lopen mensen binnen en gewoon om een praatje te maken en dan uh, weet je van oh die is daar goed in, dat we dus zijn kwaliteiten omhoog kunnen halen en dat inbrengen in de wijk neerzetten, zodat die persoon ook weer gewaardeerd wordt. En zo kun je de sociale contacten, uh op gaan bouwen hè, met mensen dus, dus als je kijkt naar wat wel de positieve kanten zijn en die weer in gaan zetten he, dat op het moment dat het minder goed gaat dat anderen die persoon dan kunnen helpen. Snap je, dus.. (Niek)"Ja." "dus echt het uh, het samen leven, het samen zijn, dat, dat, dat moet gewoon iemand voor komen die dat gaat bevorderen, dat bemiddelen, en mensen met elkaar in contact brengt, van goh, die kan dat heel goed en nou dat..

(Niek)"Empoweren" "Ja, inderdaad. Die kracht brengen. Dat is, dat is gewoon heel belangrijk. Maar dat wil dus wel zeggen dat je gewoon tussen de mensen moet zitten en dat dat er is gewoon een steunpunt voor nodig. Iemand, een ondersteuner, die dat doet. Uhm, ik heb ook in uh, uh woningen uh, even kijken, in uh, een wooncomplex uh, gehad in, dat was in Deurne dan toevallig. En daar woonden een hele hoop ouderen bij elkaar. Dat was geen zorgwoning maar dat was gewoon een complex waar ouderen bij elkaar wonen, daar hadden ze ook een activiteitenruimte, dus waar je bij elkaar komt om koffie te drinken of eventueel een eetpunt of weet ik veel te doen. En in het begin liep dat goed he, en op een gegeven moment viel mij op, uh, de meest eenzame mensen, mensen die het meest eenzaam waren, die woonden in dat complex. Hoe kan dat nou? Wonen ze bij elkaar, kunnen ze gezellig samen dingen doen, en daar was de grootste eenzaamheid, daar hadden we de meeste klachten over eenzaamheid. En toen ben ik eens gaan nadenken en gaan kijken maar wat bleek, er zat dus geen beheerder op dat, ja er zat wel een beheerder maar die maakte alleen maar schoon en die.. Maar niemand die activiteiten organiseerde. Ja er was een woon uh, een groep, uh, mensen van die bewoners die dat zelf deden." (Niek)"Uhu." "Maar die mensen waren niet capabel. En, of tenminste niet capabel, ze, dat waren mensen van: ik vind jou leuk en ik vind jou niet leuk. Nou daar paste je dan niet in. Nou en sommige mensen werden gewoon niet leuk gevonden en die werden opzij geschoven en die hoefden nergens aan mee te doen. Nou en dan krijg je dus een conflict onderling en dan denk ik van: je moet altijd een buitenstaander, ondersteuner hebben, die dit soort dingen organiseert. Net zoals van dat, je hoeft alleen maar een praatje te maken, vaak kunnen ze het dan wel zelf, maar je moet wel in de gaten houden, dat mensen met elkaar om kunnen blijven gaan. En die organisatie, en dat is gewoon heel belangrijk. Dat, dat ondersteund

wordt." "(Niek)"Er is dus eigenlijk maar één persoon nodig," "Ja." (Niek)"om een hele grote problematiek aan te pakken?" "Ja. Die kan, die ook kan luisteren en ook als problemen, maar ook inderdaad meteen in de kiem smoren. Want op het moment dat ze beginnen, dan al erbij zijn en niet op laten lopen tot daar en dan een heel probleem krijgen wat door maatschappelijk werk en die en die en die en de politie en buurtbemiddeling en alles wordt er ingeschakeld, nee snel erbij zijn. In de gaten hebben van hé, hier gaat het mis, opletten. Dus je loopt gewoon in feite als een schooljuf door de wijk. Zo, gewoon even, alleen, je hoeft , en dan voorkom je al een hele hoop problemen, denk ik." (Lisette)"Ja."

(Niek)"Op zich is die transitie van de AWBZ naar de Wmo in, in dat opzicht dan ook meer, uh je zou zeggen meer gericht moet zijn op maatwerk, omdat het bij de gemeente komt te liggen, ook wel een positieve verandering .." "Ja, ja" **(Niek)"want de focus komt daar wel meer op te liggen."** "Ja. Alleen, je moet dus adequate mensen inzetten. En op dit moment uh, dan wil ik niet kwaad spreken over die consultants want ik werk daar heel goed mee samen, maar de kwali.. je moet verdorisch goed weten wat voor mensen daar in uh, als je die consultants dat laat bepalen, uh, wat dat, dat voor mensen zijn. Maar ik zou dat niet bij de consultants van de Wmo neer willen leggen. Uh, die moeten inderdaad gaan kijken van: is er geld voor, kunnen we dat doen, laat ze die taak houden die ze nu hebben. Maar zet er dan mensen naast die hun kunnen adviseren. En dat, op dit moment adviseer ik ook. Als zij een probleem tegen komen dan zeggen ze, Corrie ga eens even kijken, want volgens mij zit daar een probleem. Nou dan ga ik kijken en dan ga ik meer, dieper op de zaak in hè, dus van wat is er precies aan de hand. En dat kan ik dan terug leveren aan de consultant van nou, zus en zo, en ik denk dat dat wel nodig is, terwijl dat juist helemaal niet nodig is wat jullie misschien wel geïnitieerd, of gezien hadden." (Niek)"Ja, ja." "Dus je moet gewoon, ja ik zeg al, het blijft en op zich die ideeën die op dit moment binnen de regering liggen, om mensen samen in een wijk uh, dingen te laten doen, of voor elkaar op te laten komen zijn helemaal niet verkeerd, alleen het wordt veel te snel doorgevoerd. En mensen weten, die zitten echt, iedereen zit met de handen in het haar, van moeten we doen hoe moet het allemaal gebeuren. En uh, ja ik vind sommige uh, organisaties niet competent genoeg om dat te kunnen doen. Dus daar moet gewoon heel goed, kritisch op gekeken worden. Wat voor mensen zetten we daar neer. Wat komt er in zo'n team. Want het kan allemaal wel, maar daar moet je de tijd voor nemen." (Niek)"Uhu."

"En dat geklets moet gewoon weg. Dat is echt hoor, dan denk ik van je moet gewoon aanpakken. Ja, want daar zit ik dus nu ook over te denken. Ja, het is heel gemeen, van uh, dat ze dat teamoverleg is in, of dat wijkoverleg is in No.. uh, Cuijk Noord geweest, en dan zit ik dus met die man met zo'n problemen met dat huis, zeg weet je wat, we gaan gewoon een puin van maken, ik ga niet ieder, ik ga niet oh.. plannen schrijven, nee ik maak een plan de campagne, wat moet er gebeuren, meneer bepaalt, he. Dus uh, en we gaan gewoon inzetten. We gaan laten zien, wat er gebeuren kan. Hoe, hoe we het kunnen oplossen. Dus zonder uh, ja dan moet ik natuurlijk wel toestemming hebben van mijn baas, dat heb ik ook gevraagd, die zei ook van: ja, wat ga je nou doen. Ik zeg: ik weet het niet, we zien wel, nou we gaan nu, datgene doen wat iedereen wil wat we doen. Dat bedoel ik. Dus we gaan de buurt inzetten. En hoe het gaat lopen weet ik niet maar.. Ik verwacht dat het gaat lopen. Dus uh, (Niek)"Ja, heel goed." "Ja. Dat, dat denk ik, dus uh, ik denk dat we het op die manier moeten laten zien van het kan, op deze manier kan het. Maar daar moeten we wel voor inzetten. En ook vertrouwen hebben in elkaar, want op dit moment zie je dus, omdat er op de zorg ontzettend bezuinigd wordt, die gaan onze taken overnemen, dan stoten ze ze in eens weer af he, want die zeggen wij kunnen het welzijnswerk wel doen, dus niet, want zij kijken op een hele andere manier naar het welzijn. Met echt als het gevolg dat welzijn opzij geschoven wordt. Ja, en in sommige gemeenten loopt dat gewoon helemaal gigantisch fout. Dat uh, ja is gewoon zonde, denk ik dan." (Lisette) "Uhu." (Niek)"Ok, duidelijk."

"Had jij nog iets gevonden ondertussen?" **(Niek)"Volgens mij is alles aan bod gekomen."** "Ja?" **(Niek)"Ja. Of jij moet nog vragen hebben (richting Lisette)?"** (Lisette)"Nee, ik heb verder ook geen vragen." "Ja, ik ben gewoon enthousiast." (Niek)"Dat is heel goed." "Ja, ik heb dus opleiding ouderenadviseur gedaan in uh, Nijmegen, post-

hbo. Toen moest ik een beleidsadvies schrijven, toen heb ik dus dit advies geschreven aan de Webers(?) voor cliëntenondersteuning, dus uh, en dat heb ik in de, de mee in Deurne ingebracht, ik mocht het niet officieel van naar buiten brengen van mijn baas toen uh, die directeur van welzijnswerk, ik heb dus onderhands en wat zie je gebeuren, ze hebben daar echt stukken uit genomen. En daar staat dus inderdaad in dat idee van wijkverpleegkundige, artst, of uh sociaal werker en uh, huisarts, samenwerking maar ook zorgteams en dergelijke, dat je gewoon doet. Dat zie je nu dus allemaal heel mooi naar boven komen." (Niek)"Kijk." "Dus misschien is het toch wel op de een of andere manier goed gevonden." (Niek)"Heel goed."

(Niek & Lisette)"Hartstikke bedankt."

Bijlage 14: Labels in raamwerken

Organisatie 1

Categorie:	Label:
Doelgroep	Ouderen met psychiatrische achtergrond Zelfstandig initiatief doelgroep met Pgb
Extramurale begeleiding	Meerdere doelstellingen mogelijk 'Welzijn' is een ondergeschoven kindje. Men moet de weg naar loketten kunnen vinden Bezuinigingen dagbesteding Overbelaste mantelzorger
Transitie	'Behoeftclub' (innovatief idee) Laagdrempelig activiteitencentrum (innovatief idee)
Participatiesamenleving	Zelfredzaamheid stimuleren Mantelzorg moet maatwerk worden
Indicatie	Betrekken hulpvrager & mantelzorg/familielid
Samenwerking	-
Efficiëntie	Combineren van hulpvragers onder één dak 24-uurs loket Buddy voor psychiatrische hulpvrager

Organisatie 2

Categorie:	Label:
Doelgroep	Netwerk cliënt Stimuleren van cliënt tot opbouwen eigen netwerk
Extramurale begeleiding	Innovatieve ideeën FACT-Team
Transitie	Financiën/ Bezuinigingen Waarborging kwaliteit zorg
Participatiesamenleving	Lokale zorg/ Lokaal zorg organiseren (dicht bij huis) Eigen kracht cliënt Mantelzorgers
Indicatie	Pgb (Persoonsgebonden budget) (-Misbruik) AWBZ-indicatie Indicatie door CIZ Indicatie door andere instantie Indicatie samen met mantelzorgers
Samenwerking	Samenwerking/ Ketenzorg Snellere communicatie Netwerk hulpverleners Wijkteams (met alle expertises bij elkaar) Onderlinge concurrentie
Efficiëntie	Facilitaire kosten Meerdere gemeenten (Brabant Noord-Oost) Verschillende hulp in verschillende gemeenten (-punt) Geen wachtlijsten (dankzij wijkteams) Elektronisch cliëntsysteem/ digitaal systeem Makkelijker overdracht cliëntdossier

Organisatie 3

Categorie:	Label:
Doelgroep	Vrijwillige of gedwongen hulpverlening Netwerk cliënt
Extramurale begeleiding	Ambulant team Ondersteuning/begeleiding
Transitie	Andere manier van denken/ kanteling Financiën/bezuinigingen Innovatieve ideeën Waarborgen kwaliteit zorg
Participatiesamenleving	Mantelzorg Eigen kracht cliënt Ambulante hulpverlening/ lokale zorg
Indicatie	AWBZ-indicatie CIZ- indicatie Indicatie in klassen
Samenwerking	Snellere / efficiënte communicatie Kortere lijntjes/ netwerk organisatie Ketenzorg Cocurrentie
Efficiëntie	Digitaal cliëntensysteem Communicatie met één hulpverlener/ algemeen loket Gemakkelijkere overdracht cliëntendossiers

Organisatie 4

Categorie:	Label:
Doelgroep	Wensen van de cliënt Netwerk cliënt Vrijwillige en gedwongen hulpverlening
Extramurale begeleiding	Ettiketering Maatwerk leveren Factteam Lokale zorg/ ambulante zorg
Transitie	Innovatieve ideeën Financiën/bezuinigingen Waarborgen kwaliteit zorg
Participatiesamenleving	Mantelzorgers inschakelen Mantelzorgers betrekken bij de hulpverlening en informeren Mantelzorgers hebben een eigen verhaal/ worden overbelast
Indicatie	Indicaties duren te lang
Samenwerking	Kortere lijntjes/ betere communicatie
Efficiëntie	Één aanspreekpunt/ algemeen loket

Organisatie 5

Categorie:	Label:
Doelgroep	Netwerk cliënt Stimuleren van cliënt tot opbouwen eigen netwerk
Extramurale begeleiding	Ambulante zorg/ outreachend
Transitie	Andere denkwijze/ kanteling Neuzen één kant op/ organisaties moeten op elkaar aansluiten

	Onzekerheid /Geen duidelijke wetgeving Innovatieve ideeën
Participatiesamenleving	Hospitalisatie Mensen met elkaar verbinden
Indicatie	Pgb AWBZ-indicatie CIZ-indicatie Toekomst perspectief indicatiestelling
Samenwerking	Kortere lijntjes Netwerk organisatie
Efficiëntie	Digitaal systeem Cliëntendossier waar de cliënt en andere organisaties ook in kunnen

Organisatie 6

Categorie:	Label:
Doelgroep	Mensen met psychiatrische klachten vanaf 12 jaar Cliënt betrokken bij zorgplan
Extramurale begeleiding	De juiste hulp per specifieke cliënt - maatwerk Einde van het jaar controle behaalde doelen
Transitie	Klein dus flexibel Niet gehinderd door meerdere managementlagen Profileren op basis van offerte van gemeente Vooral kijken naar de lange termijn, niet korte termijn (aandacht voor cliëntensysteem) Organisatie meten op dat wat van belang is; resultaat per cliënt Vrijheid in verbondenheid creëren zou goed zijn - Kaders aangeven waarbinnen je organisaties laat experimenteren Niet op de stoel van de zorgaanbieder gaan zitten (korte termijn besluiten - fout) AWBZ was een recht - Bij Wmo; geld op is geld op
Participatiesamenleving	De cliënt moet kunnen meedraaien in de samenleving; hier halen zij zelfrespect uit Versterken van het cliëntensysteem (wat ook kan betekenen: taken uit handen nemen)(valkuil) Duidelijk krijgen (ook voor de cliënt) welke hulp hij/zij nodig heeft en hier op inzetten. Zodoende toekomstbestendige, hoge zelfregie
Indicatie	Moet een orgaan tussen blijven zitten (gemeente twee petten) CIZ is zeer onder de maat
Samenwerking	Goede samenwerkingsverbanden opzetten en onderhouden (zeer belangrijk) Ontschotting is nodig Meer overleg - Kortere lijntjes - Geen dubbel werk
Efficiëntie	Goed functionerende medewerkers en de juiste omstandigheden daarvoor Evenwicht tussen wat er in en wat er uit gaat Zorgplansystematiek (waarbij twee keer per jaar een beoordeling plaats vindt) Bijhouden van maatschappelijke ontwikkelingen en beleidsmatige zaken Middels functioneringsgesprekken medewerkers mogelijk bijscholen (wanneer nodig) Meten van hulpverlening gemeente Nijmegen: zelfredzaamheidmatrix (meten op deze manier brengt gevaren met zich mee) Gerichter werken kan efficiëntie creëren (dat zou op korte termijn kunnen) Innovatiebudget vrijmaken (om onder andere een correct meetsysteem te ontwikkelen i.p.v. zelfredzaamheidmatrix) Op voorhand inkoopmodel vormgeven (meten op lange termijn) Normering aangeven

Organisatie 7

Categorie:	Label:
Doelgroep	Mantelzorgers Diverse groepen Fysieke en Mentale klachten mantelzorger zelf Draagkracht mantelzorg (meer of minder)
Extramurale begeleiding	Steunpunt Mantelzorg spin in het web Eerder hulp vragen door mantelzorgers Overbelasting mantelzorgers Rol van de huisarts
Transitie	Betere dagbesteding zeer belangrijk (ontlasten van systeem/ mantelzorgers) Maatje voor psychiatrische hulpvragers Vriendendienst
Participatiesamenleving	Onbegrip van situatie vanuit omgeving Omslag in denken; Niet zorg geven, maar zorgen dat... Systeemgericht werken Professional terugtrekken; mantelzorg meer laten doen
Indicatie	Indicatie door mantelzorgers Mantelzorg vraagt pas indicatie op laatste moment
Samenwerking	Slechte communicatie van behandelende professionals richting mantelzorgers (Triade)
Efficiëntie	Dagbesteding door vrijwilligers Preventief werken

Organisatie 8

Categorie:	Label:
Doelgroep	Hulpverlener is spin in het web Psychiatrische aandoening is aan de buitenkant onzichtbaar Psychiatrische hulpvrager kan moeilijk voor zichzelf opkomen Stimuleren empowerment Bevordering samenleven en samenzijn
Extramurale begeleiding	Eigen kracht (conferentie)
Transitie	Oplopende eenzaamheid Overbelasting mantelzorger Houd sociale welzijn aspect in de gaten
Participatiesamenleving	
Indicatie	Indicatie door wijkteam
Samenwerking	Korte lijntjes Elkaar op de hoogte houden Klein wijkteam
Efficiëntie	Preventief werken (door wijkteam)

Organisatie 9

Categorie:	Label:
Doelgroep	Tot en met ZZP 4 Stimulatie eigen kracht
Extramurale begeleiding	Verzorgingshuizen & zorgboerderijen
Transitie	Individuele initiatieven dagbesteding opzetten Dagbesteding gericht op kwetsbare burgers Mantelzorgers ontlasten

	Toenemend tekort aan mantelzorgers
Participatiesamenleving	
Indicatie	
Samenwerking	
Efficiëntie	Dagbesteding Nieuwe Stijl Laagdrempelige begeleiding in de wijk Preventief werken (door wijkteams)

Organisatie 10

Categorie:	Label:
Doelgroep	Mensen in hun kracht zetten Maatwerk Hulpverlening moeilijk meetbaar!
Extramurale begeleiding	Laagdrempelige ondersteuning Dicht bij de cliënt/ burger Preventief handelen Onafhankelijke onderneming Huisbezoek en preventie
Transitie	Sociale wijkteams Expertiseteams Ontschotting
Participatiesamenleving	Versterking sociale netwerk
Indicatie	Objectieve indicatie door indicatieorgaan Correcte indicaties Randgevallen bespreken en oplossen Eindbesluit indicatie bij gemeente (kans tot overleg op het laatst) Wanneer mogelijk zonder verdere professionele hulp
Samenwerking	Integraal werken Wijkteams in verband met brede expertiseteams Krachten bundelen
Efficiëntie	Snel kunnen handelen (korte lijntjes) Huisbezoek en preventie Digitale ontwikkelingen

Bijlage 15: Definitieve labels

Categorie:	Label:
Doelgroep	Wensen van de cliënt Maatwerk
Extramurale begeleiding	Overbelaste mantelzorger ontlasten Ambulante zorg Welzijn is een ondergeschoven kindje
Transitie	Bezuinigingen & financiën Waarborgen kwaliteit zorg Andere denkwijze Kijken naar lange termijn, niet naar korte termijn Kaders aangeven waarbij organisaties kunnen experimenteren(?)
Participatiesamenleving	Stimuleren van eigen kracht Versterken van netwerk cliënt Bevorderen van samenleven en samenzijn Cliënt en omgeving betrekken bij zorg(plan)
Indicatie	Pgb AWBZ CIZ Indicaties door derden (toekomst)
Samenwerking	Ketenzorg Snellere communicatie Kortere lijntjes Wijkteams Concurrentie
Efficiëntie	Innovatieve ideeën Preventieve zorg Lokale zorg Elektronisch cliëntensysteem Eén aanspreekpunt Algemeen zorgloket Goed geschoolde medewerkers

Waar ... in de toekomst naar toe wil is een dienst ondersteunend centrum. Dit is een woning voor 30 tot 40 psychiatrische hulpvragers waarbij alle voorzieningen in het centrum aanwezig zijn, eetgelegenheid, fitnesscentrum etc. Dit centrum is gericht op preventie en het samen oplossen. Voornamelijk gericht op de afname van de totale lasten van de gemeente. Dit is een investering van jaren en zal AWBZ en Wmo diensten bevatten.

Momenteel zijn er bepaalde zorgpaadjes, DBC (diagnose beschrijving combinatie) die gefinancierd worden door de zorg verzekeringswet.(?)

Momenteel bestaat er binnen het Land van Cuijk de 'Vriendendienst', een samenwerking van de GGZ en het Rode Kruis. De Vriendendienst zoekt een maatje voor een psychiatrische hulpvrager, zodat er activiteiten ondernomen kunnen worden die de hulpvrager niet goed zelfstandig kan. De Vriendendienst wordt vanaf volgend jaar echter niet meer gesubsidieerd. ... is voorstander van de Vriendendienst. Echter zou wel een aantal aanpassingen willen zien: alle mantelzorgers die een naaste hebben met een psychiatrische aandoening zouden een beroep moeten kunnen doen op de Vriendendienst, er zou meer hulp (dus meer uren) moeten zijn, de vrijwilligers zouden flexibeler moeten zijn in de omvang van activiteiten die ondernomen worden en vrijwilligers zouden bijvoorbeeld HBO-studenten kunnen zijn, met een sociale studie als achtergrond (die zodoende ook wat van de doelgroep weten).

... zou het een goed idee vinden om in een wijk dagbesteding te laten draaien door vrijwilligers voor diverse doelgroepen.

Een van de ideeën is Rogie, een dagbesteding van Dichterbij Land van Cuijk. Dit is overdag een dagbesteding en cliënten kunnen er 's avonds komen eten. Hierdoor komen cliënten met elkaar in contact en kunnen zij hun netwerk onderhouden. Ze hebben een bezigheid en er is controle vanuit het ambulant team Dichterbij Land van Cuijk.

Een traject met kookcursussen. Hierbij worden er kookcursussen gegeven aan de cliënten van Deze cliënten koken tijdens deze cursussen voor ouderen met dementie. Zo werkt iedereen voor elkaar en helpt iedereen elkaar.

Familie als bondgenoot. Een aantal organisaties uit Nederland hebben deze organisatie opgezet. Het is een organisatie die les geeft aan professionals over het benaderen van de mantelzorgers van hulpvragers.

Binnen het Land van Cuijk heeft een grote groep welzijnswerkers de afgelopen maand ontslag gekregen. ... merkt dat er onder hen al velen zijn die zelfstandig bezig zijn om initiatieven op te zetten voor de dagbesteding die nu nog binnen de verzorgingshuizen en zorgboerderijen plaatsvindt, maar met de transitie komt te vervallen.

Dagbesteding 'Nieuwe Stijl' draait al in verschillende gemeenten. Vormen van dagbesteding met vrijwilligers, met professionals als achterwacht/coördinator. Er kan binnen deze dagbesteding gekozen worden voor verschillende activiteiten, afhankelijk van aanwezige interesses. Beschikbaar voor meerdere doelgroepen.

... denkt er aan om in haar wijk een zelfstandig initiatief op te gaan zetten, aangezien daar veel zorgvragen liggen. Zij wil specifiek gaan inspringen op de doelgroep met een Pgb. Hiermee wil ze zowel zorg, als welzijn aan gaan bieden met daarbij vervoer.

Een 'Behoeftclub' voor het welzijn waarin mensen worden geplaatst die allemaal hun eigen interesses en capaciteiten hebben. Men wordt gebundeld op basis van dezelfde eigenschappen, waarna hieruit subgroepen ontstaan waarin mensen met het werk bezig zijn waar ze goed in zijn. Een dergelijke club moet plaatsvinden in de gemeenschap.

Moet contributie aan vast hangen, dit kan niet meer anders met de grote groep vergrijzende mensen. Daarnaast zijn er volgens haar ook voldoende dingen mogelijk die niets kosten, zodat ook de armere mensen deel kunnen nemen aan een dergelijke behoefteclub.

Een laagdrempelig activiteitscentrum gedragen door vrijwilligers om de mantelzorgers te ontlasten. Hier kan men bijvoorbeeld koffie drinken en kunnen gesprekken ontstaan waarin men kan ventileren, of kunnen zij mensen ontmoeten die hen iets aan kunnen bieden.

Het bij elkaar plaatsen van verschillende hulpvragers, bijvoorbeeld het combineren van een crèche met ouderenzorg. Zij heeft zelf bijvoorbeeld binnen ... peuters meegenomen naar de dagbesteding voor ouderen, waaruit een mooie interactie ontstond. Er moet dus onder één dak meer worden samengewerkt. Uiteindelijk zorgt dit voor kostenbesparing, omdat er maar één bestuur nodig is, één keer de huur, enzovoorts.

Buddyzorg voor de psychiatrische hulpvragers, waarbij bijvoorbeeld iemand die in de WW zit of een bijstandsuitkering ontvangt, leuke dingen gaat doen met een hulpvrager. Deze buddy's hebben vaak een bepaalde werkervaring opgedaan waarbij ze een hulpvrager bijvoorbeeld kunnen ondersteunen met goede gesprekken, de administratie, de tuin, enzovoorts. Doel hiervan is het vergroten van de zelfredzaamheid, preventie voor wat betreft verdere achteruitgang en waar mogelijk integratie binnen de samenleving. Er hoeft minder hulpverlening op, wat leidt tot kostenbesparing. Wel is er een vrijwilligerscoördinator nodig, als een back-up van professionals achter de vrijwilligers.

In zekere zin zorgt een meetinstrument voor efficiëntere hulpverlening omdat, als je er consequenties aan verbindt, je organisaties dwingt om te veranderen. Er vanuit gaande dat dit een besparing te weeg brengt. Organisaties veranderen niet vanzelf.

Wij hebben als kleine organisatie een voorsprong omdat we de flexibiliteit ook hebben om een nieuwe werkwijze te bedenken en deze ook vrij vlot door te voeren. We zijn daarin niet gehinderd door tal van managementlagen die van alles controleren.

Je kunt de hulpverlening efficiënter vorm gaan geven, door gericht te gaan werken. Dat is een ontwikkelingsgerichte benadering. Ontschotten is nodig. Potjes moeten niet bij Wmo, UWV etc. apart horen. Dat veroorzaakt heel veel dubbel werk en afschuiven van cliënten naar elkaar waardoor ze minder goed gaan functioneren.

Als ik de gemeente was zou ik organisaties uitdagen om bijvoorbeeld van zo'n zelfredzaamheidsmatrix een zo goed mogelijk instrument te maken. Ik zou organisaties de ruimte geven om daar het komende jaar mee te experimenteren en daarna te gaan kijken of de gemeente het ook zou kunnen gebruiken als een instrument waar je als organisatie op afgerekend kan worden.

Stel daar dan een innovatiebudget voor beschikbaar. Dan kunnen organisaties die daar actief in zijn zich profileren op die manier. En dan heb je dus een organisatieverandering omdat die organisatie daar zelf voor kiest. Dat bedoel ik eigenlijk met ruimte scheppen, als je dingen allemaal wilt beheersen dan krijg je weerstand vanuit die organisaties en die gaan ten koste van de cliënt proberen zo goed mogelijk te scoren, en dat is gewoon niet wat je wilt bereiken.

Door de samenwerking te stimuleren bespaar je geld omdat er niet door twee instellingen op één cliënt gefactureerd wordt als er in één uur twee zorgverleners betrokken zijn. En daar staat tegenover dat wij geen van beide het wiel hoeven uit te vinden, maar dat we juist kunnen profiteren van elkaars deskundigheid.

Waardoor de zorg uiteindelijk een stuk efficiënter is.

Ik denk dat je organisaties op de volgende vragen moet beoordelen; Hoe zorg jij dan dat mensen hun vaardigheden gaan beheersen, hoe werk je aan het versterken van het cliëntsysteem, hoe werk jij aan zelfkennis bij je cliënt en hoe werk jij aan participatie, wat is jouw visie daarop. Daar kun je een organisatie op beoordelen. En doordat je dat van tevoren in je inkoopmodel aangeeft, help je organisaties al om een verandering door te maken want die moeten daarover gaan nadenken en als ze dat niet goed doen, dan moeten ze hun product aanpassen. Dus dat is een sturingsinstrument. Dingen vooraf in een inkoopmodel aangeven. En hoe je dat achteraf gaat meten, ja daar loop je dus tegen dat probleem op van kun je daar organisaties op gaan af rekenen en hoe doe je dat dan op een verantwoorde manier? Dat ze niet cliënten naar elkaar toe gaan schuiven die niemand hebben wil bijvoorbeeld omdat je daar weinig resultaat mee haalt. Je kunt ook op meer manieren organisaties daar in sturen. Je kunt ook gewoon op cijfers, je productiviteit van je organisatie moet minimaal 65% zijn bijvoorbeeld. Dus iedere euro die we erin zitten gaat 65 cent rechtstreeks naar de cliënt. Je kunt daar een norm op leggen. Dan help je organisaties om zo weinig mogelijk management te hebben. Allerlei ondersteunende diensten en om de zoveel jaar een volledig nieuw logo met nieuw briefpapier, dat filter je er op deze manier ook uit maar het kan er ook helemaal los van staan.

Wij zouden enige onafhankelijkheid kunnen behouden als de gemeente, regionaal een soort van basis expertise team gaat financieren. Daar zien wij onszelf, Radius, het AMW en misschien de GGZ wel in thuis. Een team met expertise waar je kunt vragen, waar je enige deskundigheid kunt halen, je kan natuurlijk niet alles weten. Daarnaast moet de gemeente de expertise ergens kunnen halen. Je hebt zowel generalisten als specialisten nodig. We hebben nog niet duidelijk welke invloed de gemeente precies gaat hebben maar we hebben wel duidelijk dat ... een rol gaat krijgen met betrekking tot de sociale wijkteams, maar hoe en wat precies weten we niet.

We zijn het anders aan het organiseren, managementlagen zijn opgebouwd al daarin, we merken dat ons personeelsbestand wat aan het krimpen is omdat je hetzelfde anders moet organiseren met minder mensen en in samenwerking met andere crisispartners. Dus dat is wel de lijn die je ziet. Dus het heeft al wel impact. Er zijn al wel veel gedachten maar het is nog niet concreet. Dat komt ook omdat de gemeenten zich zorgen maken van, kunnen we die hele lastige doelgroep ook bedienen met wijkteams? Moeten we niet nog ergens regionaal wat meer expertise borgen?

Het expertise team zit niet tussen het sociale wijkteam en de cliënt. De mensen uit de wijkteams zitten natuurlijk ook in dat expertise team. De ene collega heeft bijvoorbeeld expertise op het gebied van NAH-problematiek en ik heb dat op het gebied van licht verstandelijk gehandicapten. Het is dan fijn dat ik te raden kan gaan bij een collega die ik ken. Dan kun je de krachten bundelen in dat team. Ik kan terugvallen op dat team om mijn expertise daar te halen. Je kunt gebruik maken van elkaars kennis en kunde, zo optimaal mogelijk. Het is dus niet een laag die er tussen zit maar het zijn dezelfde mensen die eigenlijk ook in die wijkteams zitten. Het is maar net hoe organiseer je dat? Wil je zo'n team specifiek voor één plaats of voor een aantal plaatsen, dat mensen in meerdere plaatsen werkzaam kunnen zijn, afhankelijk van waar ze op dat moment nodig zijn. Het gaat er dus om dat je die uitwisseling kunt maken. Het is dus niet een extra laag er tussen. Dan zit je bureaucratie in de hand te werken en daar moeten we juist vanaf. Integraal, dichtbij de burger, ontschotting.

Door zorg dichtbij de cliënt te leveren, kun je zelf per dag ook meer cliënten bezoeken. In het verleden konden we soms maar 2 cliënten per dag bezoeken vanwege de afstanden tussen de woonplaatsen. Als ik alleen voor de gemeente Sint Anthonis ga werken, en ik kan niet meer sparren met mijn collega's of in mindere mate, dan verwatert dat contact vanzelf. Er is nu een kennis-app gemaakt voor Daar kunnen collega's op zien van waar jij als collega goed in bent. Er staat bijvoorbeeld ik ben goed in de psychosociale ondersteuning en ONO. Dan heb je dat zelf als 5 gekwalificeerd, dat je daar heel goed in thuis bent. Dan kan een collega kijken wie hij

daarin kan consulteren, welke mensen hebben daar een 4 of 5 voor staan, en dan komt er een rijtje mensen op de kennis-app. Je kunt daar een selectie uit halen. Om die casus bijvoorbeeld telefonisch te bespreken.

Pgb

Wegens veelvoudig misbruik en financiële onzekerheid geeft één organisatie aan de Pgb's te willen afschaffen en volledig over wil gaan tot een algemene indicatie. Twee van de vijf organisaties die iets over het Pgb zeggen, geven aan dat het afschaffen van het Pgb er volgens hun voor zal zorgen dat de cliënt minder keuzenvrijheid heeft.

Indicatie door derden (toekomst)

Wanneer een indicatie gesteld wordt door een mantelzorger, zal de mantelzorger er eerst alles aan gedaan hebben om de situatie zelf op te lossen. Bij het ClZ wordt momenteel eerst gevraagd naar wat de omgeving van de cliënt zelf kan oplossen. Dit zorgt bij mantelzorgers voor irritatie.

In de interviews zijn meerdere voorstellen gedaan voor de indicatiestelling in de toekomst.

- Twee organisaties geven aan dat zij het graag zouden zien dat indicaties worden gesteld door een wijkteam of in samenwerkingsverband met de betrokken hulpverleners. Een aangegeven voordeel hieraan is dat de indicatie sneller gaat en de indicatie goed aansluit bij de hulpverlening.
- Drie organisaties geven aan dat zij graag de indicatie over willen laten aan een externe organisatie of graag een klein indicatiebureau zien ontstaan binnen de gemeente, waar onafhankelijke adviseurs bij betrokken zijn.
- Eén organisatie geeft aan dat er in de toekomst op een gekantelde manier geïndiceerd moet worden. Er moet eerst gekeken worden naar wat de omgeving van de cliënt kan oplossen en de vraag van de cliënt moet duidelijk in beeld gebracht worden. Er moet gemeten worden wat nodig is voor een goede hulpverlening en hier moet een eerlijke aanvraag voor gedaan worden. Bij afkeuring moet er een gesprek mogelijk zijn met de gemeente.

Versterken van het netwerk

Er wordt door twee van de tien ondervraagden aangegeven dat het belangrijk is om het systeem te betrekken bij de hulpverlening: zij hechten waarde aan het systeemgericht werken en het versterken van het systeem.

Omslag in de hulpverlening

E: Organisaties moeten meer buiten hun eigen hokje gaan denken. Ze moeten veel meer bereid zijn om de samenwerking te zoeken met alle partners in de keten. En niet alleen in woord maar ook daadwerkelijk. *M:* En minder aanbodgericht maar juist naar het vraaggerichte toe.

Wijkteams

E: Er zijn wel voornemens om zo'n speciaal wijkteam hier ook te gaan organiseren. Dat staat echter wel nog wat in de kinderschoenen. Juist om die verbreding te maken en ergens ook om die samenwerking intensiever te maken.

Eén-loket-gedachte

E: En zodat de klant uiteindelijk één aanspreekpunt heeft. En wie daar dan in feite zit, van welke organisatie die daar zit, dat zou voor de klant niet uit moeten makken. En die manier van denken moeten organisaties een keer tussen de oren krijgen. Als ze dat niet kunnen hebben ze recht tot ongerustheid. Maar ze hebben allemaal natuurlijk hun eigen tokootje, allemaal een eigen belang want ze willen wel blijven voortbestaan

Tegenstrijdigheid in samenwerken en eigen belang, fusies

N: Er zit een bepaalde tegenstrijdigheid misschien wel in, dat je dus heel erg moet gaan samenwerken en samen dingen moet gaan oppakken terwijl anderzijds dat soms kan betekenen dat er minder cliënten binnen je eigen organisatie terecht zullen komen wat minder goed is voor de organisatie. *M:* Daarom gaan organisaties ook fuseren. Dat ze zeggen van eigenlijk hebben wij een heleboel overlappingen in ons aanbod en als we straks die vraag goed willen beantwoorden moet het niet uitmaken, als iemand maar ondersteund wordt. Je ziet het ook, samenwerkingsverbanden ontstaan maar ook bijvoorbeeld fusies ontstaan tussen welzijns- en zorginstellingen. *E:* Heel goed, op dat vlak vind ik dat heel goed. Voor elke doelgroep is er weer een aparte organisatie opgetuigd en daar gaat een hoop poen naartoe.

Aanbodgericht versus vraaggericht (m.b.t. dagbesteding)

M: Het is altijd heel normaal geweest in Nederland dat je voor iedere groep een bepaalde vorm van dagbesteding had. Maar dat is allemaal aanbodgericht gedacht vanuit de beperking die iemand heeft. En ga je dat omdraaien, ga je dan denken vanuit de ondersteuningsvraag die iemand heeft, dan kunnen groepen best mixen. Waar je het ook veel dichter bij huis weet te brengen.

E: Je zit niet in je eigen hokje, voor klanten misschien ook wel eens handig. Dat is denk ik de grootste winst die, vind ik persoonlijk hoor, van dat hele gedoe waar we mee bezig zijn eigenlijk, die **schotten** is een keer ertussen uit halen en gewoon normaal boerenverstand gebruiken en zeggen wat heeft een klant nu eigenlijk nodig. Maar dat is ook de schuld van Den Haag. Van onze regelmakers hoor, want die hebben het ook allemaal zo gewild destijds. De bedoeling was destijds goed maar we zijn er helemaal in doorgeschoten.

Veranderingen verleden versus veranderingen nu

B: Naar veranderingen die in het verleden zijn gedaan wordt nu vast niet meer gekeken. *E:* Nee klopt. Het moment nu, is het moment nu. We gaan niet kijken wat er vroeger allemaal gebeurd is.

Efficiëntie en omslag in denken organisaties

E: Nou niet alleen efficiënt. Ze moeten ook een andere denkwijze. Dat is het ook vooral. Want je kan het hartstikke efficiënt ingericht hebben maar zo efficiënt dat je bij wijze van spreken een pr-manager van je organisatie hebt die de klantjes wel binnen laat fietsen. Dan ben je wel efficiënt bezig maar dat is toch niet wat

we willen. Want er moet **geen concurrentiestrijd** gaan ontstaan, dat iedereen aan die klant loopt te trekken van ik haal hem binnen maar die andere zegt ik haal hem binnen.

Belang core-business en onderscheiden van andere organisaties

M: Wat is je core-business, waar ben jij als organisatie goed in? Welke ondersteuningsvraag ben jij goed in om die op te lossen en onderscheid je daar in. Want je ziet, je hebt door het jaar heen steeds meer organisaties die een heel breed aanbod hebben terwijl je eigenlijk moet terug gaan naar waar zijn wij in ontstaan, waar zijn wij goed in, wat is onze core-business? En dan weet je zeker dat de gemeente met je om de tafel gaat. Want niet iedereen kan alles doen. Daarin moet je juist die samenwerking zoeken. *N:* Want dat is natuurlijk waar jullie als gemeente ook naar zullen gaan kijken, een totaalpakket van zorgaanbieders die samen de gehele zorg kunnen gaan aanbieden. En daar zullen sommige organisaties buiten vallen. *M:* Zie het op persoonsniveau, iemand heeft een breed scala aan problemen, moet voorzieningen hebben, psychiatrische problemen, opvoedkundige problemen die moet straks ergens met die vraag terecht kunnen, dan moet het a. al niet uitmaken wie die vraag krijgt, welke organisatie dat het is, die moet de vraagverheldering kunnen doen. In de oude situatie zouden daar misschien 10 verschillende hulpverleners binnen komen en wij willen er naar toe dat degene, dat het hoofdprobleem wat je dan met zijn allen hebt, in een fact-team eigenlijk benoemd, diegene die gaat dat oppakken vanuit die organisatie met het vertrouwen in alle andere organisaties dat het stukje wat zij moeten gaan doen, dat dat ook wel gaat gebeuren maar dat die klant niet tien keer hetzelfde verhaal hoeft te doen. Die kan ervoor gaan zorgen dat alleen dat gebeurt wat noodzakelijk is.

Concurrentiestrijd

N: Hoe ga je die concurrentiestrijd tussen organisaties voorkomen? *E:* Door regie te voeren, door strak erop te zitten als gemeente. Daarom zeg ik ook, dit proces gaat niet zonder dat de gemeente de regierol vervult. Dus als wij een sociaal wijkteam zouden doen, dan moet er altijd, de gemeente moet daarin vertegenwoordigd zijn. En het liefst een sturende rol. Niet dat we alles doen hé.

Financiële aspect bij de concurrentiestrijd

B: En als je dan kijkt naar het financiële aspect, wordt daar streng naar gekeken of is het van als jullie deze maand zoveel klanten binnen halen en jullie veel minder, krijgen jullie dan minder budget als zij? *E:* Nee ik denk niet dat we dat op die manier afrekenen. Ik denk dat wij, dat is het bestuurlijk aanbesteden, dat is eigenlijk een nieuwe vorm, dat je het bestuurlijk aan gaat besteden, dan ga je niet meer zeggen van je hebt 50 mensen in behandeling gehad en voor die 50 mensen krijg je hier een factuur, betaal maar. Daar willen we eigenlijk vanaf. Wat we dus gaan doen is, we willen op resultaten, al is dat best lastig hoor, op resultaten gaan sturen. Wat is een resultaat hé? Maar goed dat moeten we dan definiëren. Dus je wilt op resultaten sturen maar dat betekent dat je wat langdurig contract aangaat met zo'n aanbieder en dat je zegt we geven jouw dat vertrouwen dat jij dat kan, en je krijgt gewoon een bepaald bedrag en daar ga jij die mensen voor bedienen.

Gevolgen transitie werkgelegenheid organisaties

E: Die jongens zijn allemaal bang dat hun voortbestaan in gevaar komt. *N:* gezien het feit dat er nu zoveel is, en dat dat minder moet worden eigenlijk, gaan er hoe dan ook banen en organisaties, er gaat werk verdwijnen. *E:* Ja, dat mag ik niet hardop zeggen maar dat is wel zo. *M:* Nou ik denk wel dat er straks wel banen blijven maar niet zoals ze nu gestructureerd zijn. Want laten we eerlijk wezen hé, grote groepen mensen blijven langer thuis wonen, die doen straks een beroep op de hulpverlening. *E:* De dubbele vergrijzing. *M:* Er is een dubbele vergrijzing inderdaad ja, dus hoe dan ook, in ons vakgebied, hoe breed dat ook is, daar blijft gewoon heel veel werk, alleen ik denk niet meer zo in de structuur zoals we die nu kennen.

Omslag in denken organisaties (kanteling) en rol sociale wijkteams hierin

E: De zorgvraag zal gaan toenemen. *M:* Ja. *E:* Alleen de manier waarop we daarmee omgaan, dat wordt een hele andere. En er wordt van mensen natuurlijk zelf ook meer verwacht, dus dat is ook de verwachting, dat het eigen netwerk, dat verhaal van die kanteling, daar wordt natuurlijk wel meer een beroep op gedaan, hé, dus daar zullen mensen het zelf moeten gaan organiseren. Maar daar zie ik ook een taak voor een sociaal wijkteam, namelijk, en dat is ook werk, mensen op het spoor zetten. Juist de mensen helpen in hun netwerkverbindingen, die ze misschien zelf niet eens zien. Dus ook verbindingen tot stand brengen. *M:* En hoe dan ook, er komt altijd op een gegeven moment een grens aan die zelfredzaamheid. *E:* Maar je krijgt een hele grote verschuiving, herschikking, van het soort werk, en dat is maar goed ook, dat vind ik echt. Want dit is om een beetje, ja wat ik zeg, het is allemaal een beetje vol geduwd, vol gepropt met allemaal goedwillende mensen maar die niet tot goede resultaten leidt.

Omslag in denken organisaties en mensen

E: Ik zeg het is en en. Want als organisatie, als jij als organisatie verandert bent, kun jij die klant, die dat misschien nog niet is, kun jij ook in jouw overleg, kun jij ook langzaam een beetje omturnen om het maar zo te zeggen. Maar als de klant nog niet gekanteld is, en de organisatie is niet gekanteld dan wordt het helemaal niets. Maar zo'n organisatie kan wel de zaak een beetje aanzwengelen. En dan komen de klanten vanzelf wel. En de mensen komen vanzelf wel. Maar dat heeft bij hun een beetje meer tijd nodig. En dat is ook wel logisch want het is hun directe belang. Die klant, die moet eraan wennen dat ie niet meer zo eventjes, net als een pakketje uit de muur kan plukken, van hier heb ik mijn scootmobieleetje. *M:* En dat duurt een paar jaar. *E:* Na een paar jaar zeiden ze, ja we snappen het eigenlijk wel. Maar heeft tijd nodig. En dat heb je 1 januari 2015 nog niet geregeld, althans niet helemaal.

Meetsystemen in de hulpverlening

N: Een ander punt waar wij over nadachten we hadden gesproken in Nijmegen met bureau Beckers, en daar hebben ze in Nijmegen met de gemeente al gesproken, en daar hadden ze het over een meetsysteem wat ze daar hanteren om de efficiëntie te gaan meten van de hulpverlening. Het ging dan over de participatieladder. *J:* En over de zelfredzaamheidsmatrix. *E:* Ja, die kennen wij ook wel. *N:* Wordt dat hier ook gehanteerd, één van die twee of een andere? *M:* Participatieladder wordt met name gehanteerd in het team werk en inkomen. Dat is eigenlijk een methodiek om te kijken van, hoe ver staat iemand van de arbeidsmarkt af, of van scholing af, in hoeverre is iemand in staat om zelf werk te vinden, te kunnen participeren, op die manier. Alleen maar werk gerelateerd of opleidings gerelateerd. *N:* Ik kan me zo voorstellen dat wanneer straks zorgaanbieders, wanneer er gekeken wordt van oké, het moet efficiënter hé, er moet een andere werkwijze gehanteerd worden, dat het, ja, dat bij veel aspecten daarvan het lastig is om het echt te meten, tenzij er dus een meetinstrument is. Zijn daar ontwikkelingen over? *M:* Daar zijn geen ontwikkelingen over, niet op ons gebied. *E:* Maar weet je, dat is in de zorg, is dat ook best lastig. *M:* Omdat wij zo individueel **maatwerk** moeten leveren en ieder mens uniek is, met zijn of haar eigen ondersteuningsvraag, problematiek, gezinsverband, welke wijk wonen ze? Ga maar verder, kan je dat bijna niet doen. Het is heel lastig om daar een goed instrument voor te ontwikkelen. Als het er is dan hoor ik het graag hoor.

Tegenstrijdigheden in meten en sturen op resultaten

E: Het is wel een interessante, want zoals ik toen straks al zei, we willen straks op resultaten gaan sturen, maar dat komt met name van de gemeente Oss en dan zei ik wel eens "ja, dat is prachtig, we gaan op de resultaten sturen, maar wat zijn dan de resultaten en hoe benoemen we die objectief dan?" Maar dat is een partij moeilijk hoor. *N:* Dat zijn die tegenstrijdigheden natuurlijk. Wel **maatwerk** willen leveren, wat natuurlijk ook nodig is, maar anderzijds ook willen meten. En ja, dan moet je eigenlijk bijna wel een overkoepelend systeem hebben hoe je dat dan kan zien. *E:* Want hoe bepaal je, op een gegeven moment, of iemand in voldoende mate participeert? *M:* En wat versta jij eronder? En wat versta jij eronder? En ik? Dat is ook zo iets van, spreken we wel dezelfde taal, hebben we er wel dezelfde beleving bij? *E:* Dat is lastig hoor.

Mening over deadline transitie AWBZ naar Wmo

M: Ja, ik vind het best spannend. Omdat, hé, er met nog zoveel gebeuren. En in januari staat wel die klant hier aan het Wmo-loket of hangt hier aan de telefoon. Nu al hé? Nu al willen ze eigenlijk weten hoe en wat, maar dat kunnen we nu nog niet zeggen. Maar dan moeten we een antwoord hebben. *E:* Het wordt vanzelf 2015 maar dan hebben we nog lang niet alles geregeld. Dat zal het verhaal zijn. Ja, misschien mooi op papier. We hebben een nette verordening waarschijnlijk wel en we hebben een mooi beleidsplan. En, dus op papier zal het allemaal mooi, we hebben zelfs waarschijnlijk nog een potje met geld. Maar wat ik dan noem, de praktische uitvoering en wat we dan met die klanten allemaal willen gaan doen.

Overtuiging gemeente verbetering dat AWBZ naar Wmo gaat

E: Maar dat we het uiteindelijk beter kunnen als bij de AWBZ, daar ben ik van overtuigd. *M:* Ja, daar ben ik ook van overtuigd. *E:* Dat is echt waar, dat heeft hulp bij het huishouden wel bewezen. Dat we dat wel aankunnen. *M:* Met de Pgb's.

Transitie gaat door

B: Want er was nu op het nieuws ook, dat ze het willen uitstellen, dat is nog niet helemaal hoor, maar dat ging dan over de transitie. Denk je dat uitstel, afstel is. *E:* Nee, nee dat wordt niet uitgesteld. Het gaat door, want hij (minister van Rijn) wil voor 1 juni de wet gepubliceerd hebben, en dan is die voor 1 juni gepubliceerd en dan gaat 1 januari het verhaal in. En dan moeten wij gauw nog even een verordening in elkaar drukken.

Scholing consulenten en nieuwe doelgroep

M: De groepen waarmee wij meer geconfronteerd zullen worden zijn de psychiatrie en de psychogeriatric. En daar hebben de consulenten, in maart hebben die daar al een scholing via de academie voor gehad. Hoe ga je met die groep cliënten om? Welke signalen pik je op? Hoe ga je het gesprek daarmee aan?

Indicatie en reservering opleidingsbudget

N: Is er al meer duidelijkheid voor wat betreft indiceren? *M:* Nee. *E:* Nee, daar hebben we morgen overleg over. *M:* Het enige wat ik al wel heb gedaan is opleidingsbudget gereserveerd. Met name gericht op straks, als die begeleiding naar ons toekomt. En we gaan naar het land van Cuijk hé, met de vijf gemeentes, onder andere op initiatief van Eric omdat wij hier, we willen handvatten. Waar gaan we straks naartoe? 2 januari willen we klaar zijn voor die groep met mensen die hier naar ons toekomt. Hoe krijg ik straks die consulenten op tijd geschoold? En klaar, om dat aan te kunnen. En daar heeft Eric eigenlijk het voortouw in genomen om op land van Cuijk-niveau, met teamleiders en beleidsmedewerkers van gedachten te wisselen. Hoe gaan wij straks die klant bedienen? *L:* Is het al duidelijk of de gemeente gaat indiceren, of kan het nog zijn dat het..? *E:* In principe ligt alles nog open. Er is eigenlijk nog geen besluitvorming over.

Voorkeur indicatie; gemeente zelf

M: Mijn nadrukkelijke voorkeur gaat daar wel naartoe want als vanuit het Rijk wordt gezegd de gemeente kent de klant, hé, en wij moeten vanuit de Wmo integraal bekijken welke ondersteuningsvragen dat er zijn, en wat door ons vergoed moet worden, dan lijkt mij het ook wel erg efficiënt en klantvriendelijk, dat dat meegenomen wordt.

Herindicatie hele doelgroep en op langere termijn indicatie eventueel door organisaties

E: Wat ik denk dat er gebeurt, tenminste zo ziet mijn scenario er ook wel een beetje uit, maar daar gaan we morgen nog over discussiëren, is dat wij in ieder geval die nieuwe doelgroep, omdat wij die nu voor het eerst krijgen, dat we die dan ook een keer vanuit de gemeente allemaal een keer gezien hebben. Dat we met al die mensen toch een soort van herindicatie doen. En daar hebben we heel 2015 voor, want 2015 is dat beroemde

overgangsjaar. Maar dan vind ik het belangrijk dat wij die mensen allemaal een keer gezien hebben. Als wij die hele operatie afgerond hebben, dan hebben we, dan hebben die mensen vanaf 2016, wat we dan even noem de Wmo-begeleiding, en dan hebben we alles naar de Wmo ook inhoudelijk omgeschakeld. En dan kan ik mij wel voorstellen, naar de wat langere toekomst, dat je dan eens met partijen, ketenpartners, gaat praten over een structureel verhaal rond mogelijke indicatiestellingen. En dat je dan bij wijze van spreken zegt, van nou iemand van een organisatie zou misschien ook kunnen indiceren. Maar dan hebben wij wel die eerste slag gemaakt. Die eerst slag moeten wij, vind ik, als gemeente maken.

Samenstelling zorgaanbieders, contracten en indicatievorming

N: Is er duidelijkheid over wanneer er precies besloten wordt met welke zorgaanbieders, hoe die samenstelling er uiteindelijk uit komt te zien? *E:* Nou nu, laat ik het zo zeggen, op dit moment is het zo dat voor het overgangsjaar 2015 de gemeente Oss als regio, als centrumgemeente, daar zijn afspraken nu over, met alle zorgaanbieders die op dit moment actief zijn binnen de begeleiding, in het hele gebied, wat er nu is, daar gaan ze dus met al die organisaties gaan ze contracten sluiten. Namens alle gemeenten. Dat is heel recentelijk, is dat duidelijk geworden. Dus als een soort centrumgemeente. Dus die gaan gewoon kijken, waar zijn er allemaal contracten mee, huppeta, contracten worden voor één jaar afgesloten. Allemaal 2015. En in de loop van 2015, dan gaan de gemeenten gezamenlijk weer eens kijken van, hé, hoe gaan we het in 2016, want dan wordt die indicatie van zo'n klant ook anders natuurlijk want die hebben we dan, in onze beleving allemaal in 2015 gezien en daar zal best wel wat veranderen in die begeleidingsindicatie en alles dus. Dan gaan we eens kijken van, hoe gaan we het vanaf 2016 echt inhoudelijk het beleid vormgeven?

Langdurige contracten zorgaanbieders toekomst

N: Er worden dus gesprekken gevoerd met alle partijen, contract wordt getekend voor een jaar, daarbij zal dan neem ik aan ook gepraat worden over de efficiëntie en wat er bekeken wordt. *E:* Ja. *N:* En na een jaar wordt er opnieuw gekeken en een nieuw pakket vormgegeven eigenlijk. *E:* Ja. En dan sluit ik niet uit, tenminste dat zou mijn voorkeur hebben, om dan vanaf 2016, dan hebben we al een beetje proef gedraaid ook, om dan, ook in het kader van het bestuurlijk aanbesteden, om dan wat langer durende contracten af te sluiten. Want je moet op een gegeven moment niet elk jaar een contract sluiten, dan wordt je helemaal gek. Dan moet je op een gegeven moment ook bereid zijn, om partijen waar je echt vertrouwen in hebt, dat je zegt van "nou, we gaan een contract voor 5, 6 jaar met jou afsluiten". *M:* Maar we gaan wel regelmatig om de tafel om te evalueren. *E:* en te monitoren, is heel belangrijk.

Rol van MEE en ondersteuningsbudget

E: Ik moet wel zeggen, als ik die zorgaanbieders noem, dan noem ik met name, de instellingen die de zorg ook leveren. En organisaties als MEE bijvoorbeeld daar worden aparte afspraken mee gemaakt. Want die beschouwen zich ook niet als, dat zij zorg leveren. Dus dat moet je wel even in de gaten houden. MEE, ik weet niet of dat ook voor dichterbij geldt, die hebben een wat andere... *M:* Dichterbij biedt ook zorg. *E:* Maar MEE bijvoorbeeld niet. En voor MEE gelden andere afspraken want die hebben het zo slim gedaan, die hebben bij van Rijn een voet tussen de deur gekregen. En die hebben van Rijn zo ver gebracht, dat wij verplicht zijn om voor 1 mei met hun al een contract te sluiten. En dat gaat ook gebeuren want met MEE wordt een contract gesloten dat zij al 85% van het budget dat we hebben voor ondersteuning van klanten, dat dat naar MEE toe doorgesluisd wordt. Dus dat hebben ze allemaal al geregeld gekregen. Dus daarom geef ik dat even aan, dus dat heeft een wat andere invalshoek als bijvoorbeeld de organisaties die ook feitelijk echt de begeleiding leveren, de echte leveranciers van zorg. En zo'n per saldo bijvoorbeeld die levert ook niets, ja ondersteuning kan je zeggen maar niet echte zorg. *N:* Dus het budget wordt eigenlijk ook opgedeeld tussen die twee. *E:* Ja, er is budget voor de uitvoerders van de begeleiding zelf en een budget voor ondersteuning. *B:* En hoe groot is dat percentage totaal van dat MEE-budget, laat maar zeggen. *E:* Oh, dat is relatief klein ten opzichte van het hele gebeuren. 95/5. Dus een relatief klein deel van het budget. Dat kun je natuurlijk wel nagaan want in die

dagbesteding zelf en in die begeleiding zelf daar gaat natuurlijk veel meer geld in om. En MEE die krijgt gewoon een budget en daar moeten die een aantal klanten gewoon van ondersteunen. Hé, maar het is goed om dat onderscheid een beetje te maken en te zien.

Scholing consulenten en de rol van vraagverheldering daarin

N: Het enige wat ik nog zat te denken, Hoe dadelijk, de consulenten hier binnen zo'n korte tijd geschoold moeten worden. Zijn er verder al ideeën over eigenlijk? *M:* Geschoold moeten worden, weet je ik snap wel wat je bedoelt maar weet je wat het is, wij hebben natuurlijk al een hele brede doelgroep. Wat ontzettend belangrijk is, is dat je vraagverhelderend kunt zijn, dat je goede vragen kunt stellen, dat je goed iemand hoort, iemand ondersteunt, niet meteen in oplossingen denken. Want ze zijn al geschoold nu op psychiatrische en psychogeriatrische problematiek. Wat ze vooral straks moeten weten is, de sociale kaart. Als er mensen komen die een indicatie nodig hebben, nee dat zeg ik verkeerd want straks gaat het woord indicatie een heel eind verdwijnen denk ik. Mensen die een ondersteuningsbehoefte hebben op het gebied van begeleiding, dan moeten zij in principe weten, zij moeten zo vragen kunnen stellen om daar die kern uit te halen en dan te kijken welke begeleiding daar het beste bij past. En dan krijg je nog weer terug, wat kan iemand zelf? Wat kan zijn directe omgeving? Wat kan de wijk betekenen? Wat kan de familie betekenen? Zijn er algemene voorzieningen die daar een rol in kunnen spelen? Zo gaan we verder tot het individuele. Dan moet je natuurlijk precies weten welke spelers dat er allemaal op de kaart zijn. En die weten ze grotendeels al, alleen misschien nog niet allemaal en niet zo specifiek.

Bijlage 19: Contactgegevens

Groepsleden

Niek van Hagen
466667
niekvanhagen@gmail.com
06-18801441

Britt Sjoerdsma
481898
lennox_bj@hotmail.com / B.Sjoerdsma@student.han.nl
06-83188838

Joyce Kwint
480402
joyciekwint@hotmail.com
06-47311269

Lisette Vermeer
465390
lisettevermeer@hotmail.com / L.Vermeer@student.han.nl
06-48431773

Opdrachtgever

Mariëlla Bastiaans
Teamleider Wmo, Zorg en minimabeleid
Gemeente Cuijk, Grave, Mill en Sint Hubert
Zwaanstraat 7, 5431 BP Cuijk

Mariella.bastiaans@cgm.nl
0485-336980
06-1258195

Mr. H.J. (Eric) van Maaren
Beleidsadviseur Sociaal Beleid Cuijk, Grave,
Mill en Sint Hubert
Kerkstraat 1, 5451 BM Mill

Eric.van.maaren@cgm.nl
0485-336972

Projectbegeleider

Roeland Harms
Docent Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
roeland.harms@han.nl
06-44710279