

Project Samenspel Formele en Informele Zorg rond mensen met Dementie, LVB en Niet-aangeboren hersenletsel

Verslag van een verdiepend gesprek met beleidsmakers van 5 gemeenten over grenssituaties in de zorg.

25 juni 2014

HU HOGESCHOOL
UTRECHT

W	M	O
werkplaatsen		

Inhoudsopgave

Inleiding	pagina 4
Projectdoelen	pagina 5
Casuïstiek NAH en vragen	pagina 6 – 9
Gesprek over situaties rond mensen met NAH	pagina 10 – 13
Casuïstiek LVB en vragen	pagina 14 – 16
Gesprek over situaties rond mensen met LVB	pagina 17 – 21
Casuïstiek dementie en vragen	pagina 22 – 24
Gesprek over situaties rond mensen met dementie	pagina 25 – 27
Afronding van het gesprek	pagina 28
Samenvatting	pagina 29
Conclusie	pagina 34

Gespreksdeelnemers:

Louise Krijnen, PGB ambassadeur en NAH consulent Gemeente Wijk bij Duurstede

Annemarie Hootsen, dementie consulent bij Mee UGV Amersfoort/ Hilversum

Jos van der Deure, coördinator Vitras CMD, Zeist regio

Margre Weeda, coördinator dagbesteding Boogh, Harmelen/ Utrecht regio

Josina Trompetter, stafmedewerker algemeen beleid Mee-UGV, Utrecht regio

Jos Verbeij, consulent en coördinator informele zorg, U-centraal, Utrecht

Gerard de Geus, gemeente Utrecht

Ineke Hooijschuur, gemeente Amersfoort (schriftelijke reactie)

Marcel van der Vaart, gemeente Zeist

Henke van der Heide, gemeente Bussum

Erik Bres, gemeente Hilversum

Dave Kuiper, docentonderzoeker en facilitator KSI ,Hogeschool Utrecht

Carla van Slagmaat, docentonderzoeker en facilitator KSI, Hogeschool Utrecht

Leo Admiraal, senioronderzoeker, Hogeschool Utrecht

Ellen Witteveen, projectleider, senioronderzoeker KSI, Hogeschool Utrecht

NB: De gesprekken zijn gevoerd met vertegenwoordigers van de verschillende gemeentes c.q. instanties. Dus waar hieronder in het verslag de gemeente, de organisatie of instantie genoemd wordt, wordt steeds bedoeld “de vertegenwoordiger van” De gebruikte formulering is gekozen vanwege het leesgemak.

Wat eraan vooraf ging

Op 18 maart 2014 is op een studiemiddag Hogeschool Utrecht, een gesprek gevoerd rondom de toekomstige zorg voor mensen met Nah, dementie en LVB en hun mantelzorgers/ netwerken. Het gesprek werd gevoerd met uitvoerende professionals, transitimanagers en beleidmakers uit diverse gemeenten in de provincie Utrecht. Transitimanagers en beleidmakers hielden een inleiding op basis waarvan het gesprek opgestart werd.

Een verdiepend gesprek

Op 25 juni 2014 heeft een vervolg gesprek plaatsgevonden met een kleinere delegatie om tot verdieping te komen nu de concrete beleidslijnen door de overheid zijn gepresenteerd.

De indicaties voor zorg zullen op termijn verdwijnen. De gemeente zal zich inzetten om arrangementen te maken om mensen (veilig) thuis te kunnen laten wonen. Daarbij wordt gekeken naar de mate van zelfredzaamheid mbt o.a. het onderhouden van de sociale contacten, het regelen van het huishouden en zinvolle dagbesteding. Als eerste wordt het netwerk gevraagd zich in te zetten. Pas wanneer dat niet lukt zal professionele inzet aan de orde zijn.

Grensgevallen

Er zijn geen eenduidige kenmerken te geven waar het gaat om mensen met Dementie , Nah en LVB. De gevolgen van de beperkingen kunnen enorm verschillen mede omdat het karakter, de omgeving en de historie van de aandoening meespelen. Maatwerk is noodzaak bij deze groepen mensen evenals bij de mantelzorgers die we als spilzorger kunnen aanduiden.

In de praktijk zullen er altijd twijfelgevallen zijn over de mate van zelfredzaamheid. In de transformatie en transitie zullen er zeker afbakeningsproblemen ontstaan in de Wmo, Wlz en Zvw. Mensen mogen niet de dupe van worden van eventuele afbakeningsproblemen en daarmee tussen wal en schip vallen. In het project Samenspel Formele en Informele zorg , een project dat valt onder de Wmo werkplaats Utrecht, worden mensen (cliënten, spilzorgers, informele zorgers) en professionals/professionele organisaties gevolgd. We zien dat er 'grensgevallen' ontstaan. Deze zijn verwerkt in de casuïstiek en gekoppeld aan enkele vragen voor de discussie.

Deze publicatie bevat een verslag van het verdiepend gesprek met tot slot een samenvatting.

Redactie: Ellen Witteveen, projectleider



Projectdoelen en casusbespreking

We wilden in dit gesprek zoveel mogelijk bij de vragen van het onderzoeksproject blijven. Hieronder de hoofd- en deelvragen. Het accent van dit gesprek ligt voornamelijk op deelvraag 4, hieronder **rood** aangegeven.

Hoofdvraag project Samenspel Formele en Informele Zorg:

Welke professionele ondersteuning van de informele zorg bij mensen met LVB, NAH en dementie is effectief¹ en aan welke voorwaarden moet voldaan worden om effectief te zijn?

De hoofdvraag wordt gedifferentieerd in de volgende **deelvragen**:

1. Wat is effectief bij professionele ondersteuning van informele zorg bij volwassenen met LVB, NAH en dementie?
 - 1.1 Wat is specifiek bij professionele ondersteuning van informele zorg bij volwassenen met LVB, Nah en dementie?
 - 1.2 Wat is overstijgend bij professionele ondersteuning van informele zorg bij volwassenen met LVB, NAH en dementie?
2. Wat heeft de professional nodig om effectieve ondersteuning² aan de informele zorg te geven?
3. Wat is in de organisatie nodig om effectieve ondersteuning aan de informele zorg te geven?
4. **Welke voorwaarden zijn vanuit de gemeente nodig om professionals in staat te stellen effectieve ondersteuning aan informele zorg te geven?**

¹ Onder effectief wordt hier bedoeld: het beoogde doel van het formeren en benutten en het gezond houden van een steunend sociaal netwerk.

² Onder effectieve ondersteuning aan informele zorg wordt hier verstaan: de steun die door professionals gegeven wordt aan de informele zorgers zodat zij de zorg voor de persoon met een cognitieve beperking langdurig vol kunnen en willen houden.

Casus 1 Mantelzorg voor een naaste met NAH

De situatie

Het is 10 jaar geleden dat mijnheer (46) een hersenletsel kreeg als gevolg van een auto-ongeluk veroorzaakt door een dronken jongeling. Hoewel het letsel in medische zin 'licht' wordt genoemd zijn de gevolgen enorm groot. Mijnheer kan zijn dagen niet goed invullen, taken niet afmaken en krijgt flinke woede-uitbarstingen als iets niet lukt naar zijn zin. Dat gebeurt meerdere malen per dag. Mijnheer heeft problemen met het switchen van situaties. Hij wil bijvoorbeeld s morgens niet opstaan of, als hij eenmaal bij de televisie zit, wil daar niet meer vandaan komen.

Het echtpaar heeft geen kinderen. Mevrouw zorgt voor haar man wat tot nu toe goed gelukt is en waardoor er een stabiele situatie is. Ze probeert zoveel mogelijk te werken en gelukkig geeft haar werkgever haar de kans om ook thuis te werken. Respijtzorg is georganiseerd via het PGB en vrienden en familie nemen elke week een dagje op zich. Mevrouw durft deze mensen gemakkelijk te vragen omdat zij het PGB kan inzetten en daarmee ook eisen kan stellen aan de zorg en ondersteuning. Ze zegt de vraag niet te willen stellen als er geen PGB tegenover staat omdat mensen er toch een dag voor vrij moeten plannen van hun werk of hun eigen gezin/ leven. Dat zou ze als een ongelijke situatie ervaren.

De kwestie

Mevrouw zegt:

'Vanochtend was het weer een diepe ellende met opstaan. Hij werd agressief en trok het dekbed strak over zich heen. Er ontstond een vechtpartij omdat het immers al 11 uur was en ik vond dat hij nu echt op moest staan. Uiteindelijk lukte het maar ik heb het douchen overgeslagen uit de angst dat die slechte bui alleen maar slechter kon worden. Toen zat hij ongeschoren en ongewassen aan het ontbijt. Hij wilde een kopje koffie naar zich toeschuiven, dat deed hij wild waardoor de koffie over de tafel en over zijn kleren knoeide. Ik werd woedend. Ik riep: kan je dan helemaal niets? Daar had ik meteen spijt van want ik weet toch dat hij dat niet expres doet. Vervolgens heb ik hem alle kleren uitgetrokken en weer naar boven gestuurd om schone kleren aan te trekken. Op de trap en op zijn sokken begon hij toen te piepen dat het zo'n zeer deed aan zijn voeten. Ik ergerde me met rot en gaf hem een duwtje om op te schieten. Ook dat leidde weer tot een aanvaring. Ik moest hartstikke huilen maar wilde hem dat niet laten zien. Boven probeerde ik hem met een washandje te wassen maar hij gilte dat het water te koud was. Even later stootte hij zijn teen en werd dat weer een scene. Ik ontplofte. Ik wil dit niet meer. Dit is geen leven. 24 uur per dag de kans dat het zo uit de hand loopt. Ik heb er geen energie meer voor. Maar als ik het niet meer doe dan is de enige optie een andere woonplek en ik weet zeker dat hij daar volkomen verpieterd. En dat wil ik ook niet. Ik weet het niet meer. Ik laat nergens meer op'.

De gevolgen/ de vragen

- a. Welke ondersteuning kan de gemeente bieden aan deze spilzorger om het een leven lang vol te houden zonder er zelf aan onderdoor te gaan? Mevrouw heeft met haar professional als diverse meetinstrumenten ingevuld. Daar is uitgekomen dat er de kans op overbelasting is. Ook heeft een EKC plaatsgevonden. Dat blijkt niet voldoende om het netwerk groter te maken en/of mensen te vinden die respijtzorg durven of willen geven.
- b. Wanneer de spilzorger zou wegvallen vanwege grote overbelasting, welke mogelijkheden zijn er om de zorg duurzaam over te nemen waardoor en ook kwaliteit van leven blijft bestaan? Welke financiering is daarvoor mogelijk?
- c. Het PGB is een instrument om zorg in te kopen, relatief goedkoop als je het afzet tegen intramurale zorg. Het PGB zou overgenomen moeten worden door de gemeente. Welke keuzes maken de gemeenten hierin waar het gaat om mensen zoals in deze casus?
- d. In deze casus is uiteindelijk voor een oplossing gekozen door dichterbij familie en vrienden te gaan wonen. Het echtpaar heeft hiervoor de eigen financiële middelen gebruikt juist om zeker te weten dat zij samen oud kunnen worden met de ondersteuning van hun netwerk. Welke mogelijkheden zien we in situaties waar mensen niet de mogelijkheid hebben om te verhuizen?



Casus 2 NAH vanuit het perspectief dagbesteding

De situatie

De dagbesteding is bedoeld voor mensen met NAH en mensen met een fysieke beperking en chronische ziekten. Incidenteel wordt er ook van deze voorziening gebruik gemaakt door mensen met een beginnende dementie. De opzet van de voorziening is structurerend en activerend. De begeleiding wordt geboden in groepsverband. Waar nodig kan behandeling in groepen worden aangeboden. De organisatie positioneert zich ook als een respijtzorginstelling om mantelzorgers (spilzorgers) even vrijaf te geven of de mogelijkheid om te werken. De groepen zijn klein gehouden vanwege de prikkelgevoeligheid van de deelnemers en om voldoende aandacht en stimulans te kunnen geven wanneer iemand 'even de weg kwijtraakt', geen inzicht heeft, oriëntatieproblemen heeft of door omstandigheden extreem gedrag heeft (agressie/ passiviteit).

De kwestie

De gemeente heeft aangekondigd dat

1. er wijkgericht gewerkt moet worden zodat meer mensen met een beperking gebruik kunnen maken van een dergelijke voorziening. (Algemene voorzieningen versus maatwerkvoorzieningen)
2. mensen geen indicatie meer krijgen voor vervoer naar de dagbesteding
3. er minder geld beschikbaar is voor professionals en men zal moeten gaan werken met vrijwilligers

De gevolgen van deze besluiten

Ad. 1 Mensen met Nah in de chronische fase hebben geen of nauwelijks inzicht in het eigen gedrag en in situaties. Zij kunnen tijd, ruimte en sociale contexten slecht overzien. Kenmerkend voor deze groep mensen is dat de poort tot initiatiefname is verstoord, zij taal/spraak problemen hebben, verwerkingsproblemen en nauwelijks emotieregulatie. Juist om die reden is een duidelijke dagindeling, veel structuur en gerichte op-maat begeleiding noodzakelijk. Mensen en/of hun mantelzorgers hebben voor deze dagbesteding gekozen omdat zij daardoor niet oververmoeid raken en het zien als werk en/of een zinvolle dagbesteding. Door meer mensen met een ander gedragsbeeld en met andere behoeften toe te laten, zal het minder geschikt zijn voor mensen met NAH. Is de interne motivatie weg dan komen zij thuis te zitten en dat heeft direct gevolgen voor de getroffen zelf en de mantelzorger/ spilzorger. Door dagstructuur van de dagbesteding, door samen werken met anderen ervaart men meer positieve gevoelens en leert men omgaan met gevoelens van machteloosheid, depressie, verlieservaringen.

Problemen waar professionals tegenaan lopen is het verschil in begeleiding; de omgeving is ook anders ingericht. Er is bv. nu iemand met een dementieel beeld die vaker wegloopt (het is geen gesloten afdeling) waardoor de professional minder beschikbaar is. Of wanneer een dementerende niet meer in tijd en plaats goed aan te spreken is. De activiteiten moeten daardoor anders ingericht worden.

Ad.2 Geen indicatie voor vervoer betekent dat mensen andere wegen moeten zoeken om bij de dagvoorziening te komen. . Zelf rijden is vaak geen optie doordat mensen geen rijbewijs meer hebben. Veelal hebben letselgetroffenen te maken met oriëntatie en planningsproblemen waardoor

zelfstandig reizen met openbaar vervoer niet mogelijk is . Er zijn inmiddels al veel initiatieven genomen bv de mantelzorger zorgt zelf voor het vervoer . Dat heeft grote gevolgen voor de mantelzorger qua extra druk (ook weer op tijd terug op locatie zijn), dagindeling (hoeveel tijd blijft er over om te werken?) en extra kosten. Ook zijn er experimenten met vrijwilligers. Enerzijds om samen met het OV te reizen en anderzijds om te brengen met een auto. Hier zien we kansen maar het blijkt dat er onvoldoende (gekwalficeerde) vrijwilligers zijn om deze taak op zich te nemen. , wat maakt dat de continuïteit van het vervoer niet gewaarborgd is. Bovenstaande maakt dat de bewegingsvrijheid van letselgetroffenen ernstig ingeperkt wordt.

Ad. 3 Er zijn al veel vrijwilligers werkzaam op de dagvoorziening. Die doen prachtig werk, werk dat niet de vervanging is van professionals maar werk dat aanvullend is omdat er (nu al) onvoldoende professionals zijn om het werk kwalitatief goed en op maat uit te voeren. Minder professionals betekent dat er meer productie gericht gewerkt wordt, meer mensen en meer algemene activiteiten. De vraag die we onszelf kunnen stellen: hoe leveren we nog maatwerk op deze specifieke begeleidingsvragen. Voor mensen met NAH betekent dit dat zij minder tot hun recht komen (zingeving) maar ook door de hoeveelheid mensen en onvoldoende focus, een grotere vermoeidheid ontwikkelen. Ook dat heeft gevolgen voor de thuissituatie. Uit onderzoek (KSI, Wmo werkplaatsUtrecht) blijkt dat er in de thuissituatie meer spanningen ontstaan. Ook zien we dan mensen van de dagvoorziening wegblijven zonder een goed alternatief.

De vragen

- a. Welke mogelijkheden ziet u om een vorm van dagbesteding voor mensen met NAH open te houden gezien de specifieke voorwaarden/ zorgvragen? Hoe biedt u ondersteuning in de continuïteit van zorg in de chronische fase bij letsel getroffen en? Welke verwachting heeft u van professionals?
- b. Hoe biedt de gemeente hulp bij chronische begeleiding, waar ligt de grens tussen een algemene voorziening / een maatwerk voorziening? Welke kaders worden gehanteerd? Heeft u voorbeelden.
- c. Is het ook mogelijk om een dergelijke voorziening regionaal te organiseren en vormen van vervoer toch te regelen?
- d. Stel u ziet geen kansen, wat denk u dat de gevolgen zijn voor degene met NAH en diens naasten?
- e. Op welke wijze ziet u kans om de spijzorgers van mensen met NAH te ondersteunen in hun langdurige en zware taak?
- f. Op welke manier kan geïnvesteerd worden in het vergroten van het netwerk van deze groep, juist omdat de problematiek onzichtbaar is en uiterst complex (en hierdoor de netwerken afgehaakt zijn)?

Gesprek over situaties rond mensen met NAH

Generalist of specialist

Het is belangrijk om de persoon met NAH te kennen. Als iemand hersenletsel oploopt is het belangrijk om de balans in het leven terug te vinden, voor de persoon zelf en voor het netwerk. Het letsel krijg je niet alleen als individu maar ook als systeem. De vraag is wat het netwerk kan en wat kan de professional? Het is bij iedereen anders. Waar kun je de hulp inzetten? De professional moet mensen met NAH eerst goed in beeld hebben, iemand van een sociaal team die generalist is, weet vaak niet zo goed wat er in dergelijke situaties gebeurt. Iemand die gespecialiseerd is in NAH, is hier veel beter voor toegerust, en kan beter inschatten en doen wat nodig is. Als dit niet gebeurt, dan valt het hele systeem om en dan ben je veel verder van huis.

Gemeente Zeist:

Het is inderdaad van belang om verstand te hebben van de specifieke gevolgen van NAH. BV agressie, hier moet je weet van hebben, hoe dit kan bestaan en wat je hiermee doet. Het letsel is er altijd, je kunt het niet scheiden, bij elke soort zorg.

Gemeente Utrecht:

Wij denken in systemen: professionele zorg en informele zorg. De antwoorden kunnen alleen uit de praktijk en van de mensen die er verstand van hebben komen. Dit is altijd maatwerk.

Gemeente Amersfoort

Generalistisch werken wil niet zeggen dat er geen maatwerk geleverd wordt. In tegendeel. Een generalist neemt samen met het systeem de hele situatie in ogenschouw en maakt samen met hen een plan.

Signalering van typische problematiek die samen hangt met NAH is in dit geval essentieel. Generalisten zullen dat niet per definitie kunnen. Daarvoor is bijscholing nodig of het consulteren van experts.

Bussum:

Straks komen deze mensen bij de gemeente. De gemeente consulenten zullen niet alle doelgroepen even goed kennen. Belangrijk dat die consulenten door hebben dat ze een aantal dingen echt moeten weten en dat ze er verder anderen bij moeten halen.

Boogh: Het is van belang om niet in hokjes te denken, Nah is niet te definiëren en bij uitstek geschikt voor maatwerk. Gemeenten zouden moeten focussen op die specifieke situatie en wat daar nodig is. Maatwerk maken: mensen die verstand hebben van Nah in laten vliegen om zowel die cliënt te ondersteunen als het netwerk te ondersteunen. In de eerste casus is er een disbalans, misschien moet deze meneer wel even worden opgenomen: wat gebeurt er nu met deze meneer, hoe kan het netwerk ondersteund worden? Het gaat erom goed te signaleren en te kijken wat toegerust moet worden.

Deskundigheidsbevordering

Zeist: Medewerkers zouden moeten worden geschoold. En bij de Inkoop daarvan de resultaatgebieden afspreken. Bijvoorbeeld bij ambulant begeleiden is 1 van de taken is ook mantenzorgondersteuning. Aanbieders moeten dat meenemen en zich niet alleen richten op begeleiding en dagbesteding. Wij gaan uit van bestaande aanbieders, nieuwe aanbieders kunnen toetreden. Er zullen een aantal aanbieders zijn die alleen dagbesteding doen.

Onderzoeker HU: Wat roep dit op? Wat kan de gemeente betekenen? Op welke wijze kan de gemeente faciliteren.

Utrecht: Behoeften van mensen met Nah zijn heel verschillend. Als gemeente moeten we een breed scala hebben zodat het aan zoveel mogelijk mantelzorgers kan voldoen: ondersteuning en respijt zorg. Hoe breder het pallet hoe meer mensen bediend kunnen worden. Het hangt van de vraag af, waar de ondersteunings- behoefte ligt. Elke prof. moet systeemgericht kunnen werken. Hoe zit die mantelzorger hierin en wat heeft die nodig. Hij moet kennis hebben van de infrastructuur die er rondom die mantelzorger is. Dan kom je tot maatwerk.

Gesprek: Lastige is dat iemand met een Nah een heel wisselend beeld geeft. Die generalisten moeten toegerust worden om te kijken wat hier nodig is. Mensen die nog niet zo bekend zijn met zorg, moeten ook worden gesignaleerd, in de ondersteuning van de mantelzorger en ook van de cliënt. Overstijgt het dit het generalistisch werken? Ja en nee. Ook een generalist, dus de mensen die in het front zitten, moet dit werk kunnen doen. En als gemeente moet je geregeld hebben dat deze mensen, waar nodig, bij een specialist komen.

Samenwerkende organisaties en/of wijkteams

De vraag is wie waar over gaat? De samenwerking met organisaties is heel belangrijk. Hoe regel je de toegang tot allerlei maatwerkvoorzieningen/consultatievoorzieningen.

Bussum: Wij werken niet met een wijkteam. Als er specialisme nodig is altijd een professional binnen halen. Dat moet niet iemand van de gemeente zijn. Je moet de samenwerking opzoeken.

Utrecht: je komt op het grensgebied van WMO en WLZ: hier hebben we nog een heleboel te doen. Laten we mensen zo lang mogelijk thuis laten wonen, dat wil iedereen ook, maar onder welke condities? Professionals willen dit ook maar hebben er geen tijd /uren voor de zorg en ondersteuning thuis. Het ingewikkelde is: de WLZ is een voorliggende voorziening voor de WMO. Als het niet onder de WMO valt gaat het naar de WLZ. 24 uren zorg gaat naar de WLZ.

Gesprek: Er is een parallel met de dementiezorg. Dat is een perverse prikkel want wij hebben daar als WMO geen last van. Je zou moeten kunnen opschalen. Die generalisten zouden (tijdelijk) moeten kunnen opschalen. We worden enorm belemmerd, want we krijgen de uren niet. Er wordt niet naar uren gearrangeerd, maar naar prestaties, je krijgt een ander systeem. Na 3 maanden kijk je: 'Heb ik dat goed gezien?'. Het systeem gaat veranderen, maar we hebben het nog niet uitgetoetst.

Bussum: De vraag van de cliënt is het uitgangspunt, het gaat niet om de goedkoopste zorg. We gaan ervan uit dat ondersteuning die echt is afgestemd op de behoefte van mensen uiteindelijk op lange termijn ook de meest efficiënte ondersteuning is.

PGB

Je kunt de dagbesteding zien als een respijtzorg mogelijkheid. Dagbesteding kan worden ingekocht via een PGB. Hoe kijken we aan tegen het PGB als instrument? Wat is het gemeentelijk beleid op het PGB?

Zeist is hier voorstander van, vanwege keuzevrijheid, maar ook omdat er geen alternatief is. Mensen kiezen voor PGB omdat ze het dan veel beter kunnen organiseren. Bij zorg in natura kan het vaak niet geleverd worden. Amersfoort is het hiermee eens.

Bussum is ook een voorstander van het PGB, een tussenvariant. Het persoonsvolgend budget: het geld gaat niet naar de klant maar naar de zorgaanbieder die de klant zelf heeft uitgezocht. Kleine zelfstandigen kunnen dat zijn. Er is dan sprake van een raamovereenkomst met de gemeente. Mensen hebben dan wel maximale keuzevrijheid en weinig regelwerk want dat doet de gemeente.

Zeist: Dan wordt het een soort zorg in natura.

Bussum: Er is een discussie gevoerd wat je met het PGB mag doen. Uitkomst in Bussum is voorlopig dat het PGB niet bedoeld is voor informele zorg maar voor zorg inkopen voor de cliënt. In bijzondere omstandigheden kan hiervan worden afgeweken. Er zijn kwaliteitseisen.

Amersfoort: Deze eisen moeten we nog nader formuleren. Dat gebeurt in de beleidsregels. Lijn als Utrecht.

Hilversum: Uitgangspunt is om zoveel mogelijk regie bij de cliënt: inhoudelijk moet dat de doorslag geven. In principe niet PGB betalen door informele zorg. Die manterzorger weet dondersgoed wat nodig is om de dagelijkse gang van zaken door te laten gaan. Het inzetten van een professional lukt vaak niet, omdat het structureel moet, met een vrijwilliger zijn ze vaak zo enorm geholpen: zo op maat kijken wat goede kwaliteit is. Mensen met NAH zeggen: met mij is niets aan de hand, dus ze zitten vaak niet te wachten op professionals. Politiek ligt het nogal lastig wat je informeel kan laten betalen. Regels gelden voor alle situaties. Maar hier zijn mogelijkheden om van af te wijken. Soms zijn er al hele fantastisch systemen opgezet, die kan je niet zo overboord zetten. Het netwerk van de cliënt is vaak ook het netwerk van de spilzorger.

Bussum: In de discussie rondom inzet van het PGB is gesproken om de inzet van PGB voor informele zorg te koppelen aan de resultaten die er mee bereikt worden. Als de resultaten goed zijn kun je het mogelijk maken. Hiervoor is uiteindelijk niet gekozen. De lijn is nu: in principe geen PGB voor informele zorg.

Utrecht: De regel is om Informele zorg niet te financieren tenzij. Als de zorg uit het netwerk komt dan zou dat via een PGB moeten kunnen. CIZ heeft daar hele rapporten over geschreven. Vanuit cliënten gezien is het PGB een fantastisch instrument. Het imago is veel slechter geworden, politiek is het hierdoor lastig. De dingen die er zouden kunnen gebeuren zou je beter kunnen dicht timmeren. Het gaat om de zorg op maat, maatwerkvoorzieningen.

In Zeist is het wel mogelijk om informele zorg met PGB te betalen. Bv als iemand kan aantonen dat hij of zij een dag of 2 dagen minder werkt. Niet standaard de mantelzorg laten verzilveren. Er moet sprake zijn van een bijzondere situatie.

Hilversum: Het sociale netwerk van de mantelzorger is zo aan het afkalven, wat kunnen we hiermee doen? Signalen uit de stad/buurt is een grote kans die benut kan worden. Vaak haken mensen ook af uit onwetendheid. Er is sprake van agressie. Samen kijken met professionals en kijken hoe je die tendens kan tegengaan.

Zo vroeg mogelijk inzetten van netwerkgericht werken

Het zou mooi zijn als in het revalidatiecentrum in de zorg voor mensen met Ndh, de professionals meer gefocust zijn op de naasten. Hoe kan je het netwerk faciliteren en deskundiger maken en dit doorvoeren naar de thuissituatie?

De aanbesteding moet niet alleen gericht zijn op de cliënt, maar ook op het systeem. Voor maatwerk kom je al snel bij de specialist: de zorgaanbieder is dan in beeld, die ook met netwerk aan de slag moet.

Het gaat erom dat het gezamenlijke gesprek wordt aangegaan: cliënt -netwerk en specialist om te voorkomen dat mensen afglijden. Het wijkteam en de dagbesteding kunnen daar een aandeel in hebben. Het risico vanuit de zorgaanbieder is dat ze zich te veel richten op de cliënten. Wij (Zeist) willen als gemeente juist dat ze ook iets doen voor mantelzorgers. Dit is echt een cultuuromslag (Vitras). Als je dagopvang wil, moet je ook echt iets doen voor mantelzorgers, bv mantelzorgers zitten bovenin het gebouw om hun problemen te bespreken. Wat is het aanbod? Boogh: er is wel iets voor mantelzorgers maar de focus ligt daar niet op. Onze focus ligt bij cliënt ondersteunen. Mee is meer gericht op het netwerk betrekken waarbij MEE ook het spijzorg -perspectief meeneemt. Mooi als de MEE dit intensief oppakt. Boogh en MEE moeten dan wel intensief samenwerken. Er liggen kansen om dit in de stad of dorp zelf te organiseren in ruimtes die vrij komen.

Casus 3 Meedoen met een Licht Verstandelijke Beperking

Gezamenlijk de onderstaande film bekijken.

<http://www.youtube.com/watch?v=vTOaAu57Xm0>

Gevolgen/ de vragen

- a. Net als bij deze mijnheer zijn er vaak geen mantelzorgers van mensen met een LVB. Dat betekent dat er niet of nauwelijks gesignaleerd wordt wanneer het niet goed gaat. Hoe komen deze mensen in beeld bij wijkteams? En wat kan er dan gedaan worden?
- b. Deze mijnheer heeft al een half leven achter de rug als hij begrijpt dat hij LVB heeft. Hoe kunnen we in de toekomst ervoor zorgen dat (niet te laat en pas wanneer naasten wegvallen) er vroegtijdig gesignaleerd wordt?
- c. Deze mijnheer heeft geen vrienden, voelt zich eenzaam. Gelukkig gaat hij hiermee naar de huisarts. Behandeling helpt logischerwijze niet. Het vergroten van het netwerk is niet zo eenvoudig als in beleidstukken wordt gesuggereerd. Het vraagt professioneel inzicht en daadkracht, ook op termijn. Hoe kijken we naar de toekomst vwb deze groepen mensen?
- d. Het bemiddelen alleen is niet voldoende. Op korte termijn zorgen dat men een netwerk heeft is wel te doen. Maar hoe blijft dat netwerk betrokken of hoe wordt er gewerkt aan 'nieuwe aanwas'? Het is bekend dat netwerken altijd in beweging zijn er dat er mensen afvallen. Helemaal bij kwetsbare burgers.



Casus 4 Mensen met LVB en wonen

De situatie

Renaldo woont sinds 7 jaar zelfstandig met begeleiding van een zorgorganisatie. Renaldo is op zijn 2^e jaar geadopteerd vanuit Brazilië. Van jongs af aan had Renaldo een onrustig gedrag en leek hij moeite te hebben met leren. In het gezin (nog 2 andere eigen kinderen) was het onrustig en soms stressvol maar men leek voldoende basis te hebben om het gezin in balans te houden.

Op de basisschool wisten ze echter geen raad met hem omdat hij de groep steeds verstoorde en de groepen te groot waren om hem goede begeleiding te geven. Het expertiseteam heeft hem getest en onderzoek gedaan naar cognitieve functies en geconcludeerd dat Renaldo een licht verstandelijke beperking heeft en informatieverwerkingsproblemen. Zijn adoptieouders hebben hem altijd gesteund in het zo veel mogelijk meedoen met het gezin en op een normale school. Toch is besloten dat Renaldo, inmiddels 13 jaar, het voorgezet speciaal onderwijs zou gaan volgen. Hoewel Renaldo het daar goed naar de zin kreeg, kwam hij al vrij snel terecht in een groepje jongens die kleine diefstalletjes plegen, pesterig gedrag hadden en af en toe drugs gebruikten. Renaldo liet zich gebruiken als loopjongen en werd in die rol altijd 'gepakt' door docenten of door de politie. Ondertussen kon Renaldo wel thuis blijven wonen maar het probleemgedrag verergerde. Op 16 jarige leeftijd stopt Renaldo met school, hij blijft gewoon thuis en is overdag met groepjes jongens op straat. Zijn ouders verliezen de grip op hem.

Een oom heeft een bouwbedrijf en vraagt of Renaldo daar af en toe kan inspringen. Daar gaat Renaldo wel op in zgn om het 'grote geld te verdienen'. In de groep bouwvakker wordt hij op sleeptouw genomen, hij werkt hard en met veel plezier. Juist door die groep mannen en het stevige werk, is Renaldo nu vaker op tijd uit bed om naar het werk te gaan. De oom besluit om hem een dienstbetrekking aan te bieden waar Renaldo op ingaat.

Thuis blijkt zijn meer volwassen houding nog minder vanzelfsprekend. Hij laat zijn kamer een stinkbende worden, hij geeft teveel geld uit aan merkkleding en hij neemt geen enkele verantwoordelijkheid in de dagelijkse gang van het gezin. De oudste kinderen gaan op kamers en dat wil Renaldo ook. De ouders krijgen begeleiding van een video hometrainer van een zorgorganisatie. Ze proberen Renaldo zicht te geven op zijn gedrag en toe te werken naar inzicht en meer zelfredzaam gedrag. Dat lukt maar met mate vanwege de cognitieve beperkingen. Toch is er de kans dat Renaldo begeleid zelfstandig kan gaan wonen.

De kwestie

Renaldo woont sinds 3 jaar op een kleine etage en wordt begeleid door een professional. In eerste instantie was de euforie groot en hield hij alles goed bij maar van lieverlede vervalt hij weer in zijn oude gedrag. Dat heeft de professionele ondersteuning goed opgepakt. Renaldo leert dat hij zelf verantwoordelijk is voor zijn huishouden en hoe hij dat het beste kan doen. Hij is dol op de begeleider die hij als zijn vriend beschouwt. Helaas is voor de professionele begeleiding de indicatie afgeschaft. Renaldo doet daar stoer over. Maar sinds kort verschijnt hij vaker niet op zijn werk. Hij maakt schulden door grote aankopen zoals een televisie en PC en neemt geen contact met zijn ouders meer op. Zijn ouders en zus/broer hebben er de handen vol aan, vooral 'brandjes blussen'. Steeds vaker accepteert Renaldo hun hulp niet.

Gevolgen en vragen

- a. Het lijkt niet onlogisch dat Renaldo gaat afzakken in destructief gedrag. Wat kan in samenspel met de ouders gedaan worden om dit te beperken en hem aan te sporen meer zelfredzaam te zijn? Welke mogelijkheden geeft de gemeente hiertoe?
- b. Enkele mensen (oom, broer, zus, ouders) voelen zich verantwoordelijk voor Renaldo. Wat kan gedaan worden om de steun van hen te verduurzamen ook gezien het feit dat Renaldo steeds minder van hen accepteert? Welke voorzieningen kunnen daarbij helpen?
- c. Zelfstandig wonen lijkt voor Renaldo zonder professionele ondersteuning net een brug te ver. Op welke manier kan ervoor gezorgd worden dat Renaldo een nieuw netwerk om zich heen krijgt dat steunend is en waar hij een beroep op kan en wil doen? Welke acties kan/wil de gemeente financieren?



Gesprek over situaties rond mensen met LVB

Casus 3 film

Signalering

Introductie: Mensen met LVB hebben vaak een zwak netwerk en professionals zijn hard nodig. Hoe blijven deze mensen zichtbaar zodat ze niet pas op hun 60^e in beeld komen (zoals in de film). Hoe kan voorkomen worden dat ze in een destructief netwerk terecht komen? En hoe kunnen professionals hun werk blijven doen. Wat is het beleid?

Zeist: In het geval van de film is moeilijk te zien wat de gevolgen van LVB zijn. LVB is moeilijk herkenbaar. Uiterlijk is er niets te zien. Mensen kunnen vaak goed praten.

Mee: welke signalen van LVB kunnen we opvangen? Het gaat dus om de problemen die in iemand in leven tegenkomt. Daar moet actie op komen. Er zijn trainingen/ projecten om jongeren met LVB te leren herkennen. We zien dat deze mensen bijdehand kunnen zijn en goed praten maar uitval geven waar het gaat om school of financiën en hun papieren niet open maken. Professionals moeten doorvragen en signaleren bv op situaties met lover boys of verslavingszorg. Ook gewone burgers helpen met het leren signaleren. Eerder waren LVB en verslavingszorg gescheiden werelden, maar nu werken ze meer samen. Wat kan de gemeente doen om mensen in deze kwetsbare situaties te signaleren?

Zeist: Zit LVB nu in de grondslag? Hoe kan je ernaar kijken? Alleen naar het IQ of ook naar de problemen kijken?

Bussum: Je hebt bij de gemeente mensen nodig die de doelgroep herkennen en de gesprekken kunnen voeren en je hebt goede signalering in het veld nodig. In Bussum werken we aan een signaleringsnetwerk. Het gemeentelijk personeel zou het spoor van ellende dat vaak te zien is bij LVG-ers moeten kunnen herkennen. Als ook kennis moeten krijgen: wat wordt er gevraagd van de 'nieuwe' professional in de Wmo? De nieuwe professional moet kennis hebben van alle groepen mensen, daarvoor zijn trainingen nodig.

Mee: bij de Universiteit van Leiden is een screening ontwikkeld met een aantal eenvoudige vragen : 'is hier een vermoeden van.....'. Dat is vrij simpel in gebruik en hierdoor krijgt de professional gerichte informatie. De vragen zijn gericht op onderwijs/ geschiedenis/ klok kijken/ wat kunnen mensen wel, etc.

Bussum: Er is een lijst van kenmerken, ook voor NAH.

(Bekende) specialist of generalist?

Introductie: LVBers zeggen: Ik kan het zelf wel, er is niets aan de hand. Professionals hebben lange tijd geïnvesteerd in het contact, dat kan je niet zomaar overboord gooien. LVBers gaan niet zomaar naar een generieke professional toe. Het gaat om vertrouwen (winnen). Hoe zorg je dat bestaande vertrouwensrelaties gecontinueerd kunnen worden?

Utrecht: Die garantie geven we niet. We gaan de zorg opnieuw organiseren met deze groepen. We gaan bij de mensen die al in beeld zijn, de zorg continueren maar niet automatisch zoals het was. Er blijven natuurlijk mensen die individuele zorg nodig hebben. Dit moet door wijkteam overgenomen

worden, als dat niet lukt dan door een specialist. Er is inderdaad sprake van discontinuïteit omdat je toch in verandering zit naar die teams met andere professionals. In Amersfoort is dit idem dito.

Maatwerk en budgettering

Betekent dit dat er problemen gaan ontstaan?

Utrecht: Dit zijn de groepen die extra aandacht vragen en dat brengt risico's met zich mee. We moeten wel uitkomen met minder geld. Bijvoorbeeld : Waarom zijn er 4 verschillende organisaties VG in Utrecht ? Hoe kunnen we meer via reguliere collectieve voorzieningen aanbieden?

Mee: Er zijn straks wel indicaties maar geen maatwerkvoorzieningen meer. Het is aan het buurtteam om te kijken wat de zwakke broeders zijn. Wat is een zwakke broeder dan? Hoe kan ik iemand aanspreken die verbaal agressief is?

Utrecht: De buurtteams zijn er ook voor hulpverlening. Het buurtteam kan een beroep doen op expertise elders. Bij eenzaamheidsproblematiek moet veel sterker op zoek gegaan worden naar een zinvolle sociale structuur. Dit geldt ook voor Amersfoort.

Mee: Bibliotheken en werkplaatsen zijn goede plekken waar mensen kunnen werken en die zinvolle sociale structuur ontmoeten.

Bussum: Wij hebben geen wijkteams met professionals die toegang geven tot individuele voorzieningen die de gemeente betaalt. Die toegang is losgekoppeld van de professionals die in de wijk wel samenwerken. Zij zijn het "voorveld" in de wijk waar veel wordt afgevangen en van waaruit mensen (indien nodig) naar individuele voorzieningen van de gemeente geleid kunnen worden. De professionals in de wijk beslissen niet wat mensen krijgen aan individuele voorzieningen. De mensen die nu al in beeld zijn, daarvan weten we wat nodig is. Maar hoe doen we het met nieuwe mensen, hoe krijgen we die in beeld?

Utrecht: En de vraag is hoe je dat dan budgetneutraal doet ?

Bussum: Het overgangsrecht is een probleem. Er wordt strenger geïndiceerd. We zullen zien hoe dat uitpakt.

Utrecht: Er is een efficiëncyslag te maken. Veel aanbieders bedienen de hele stad. Als je dieper in het systeem gaat zie je dat er efficiënter gewerkt kan worden.

Mee: Initiatieven mbt vrijwilligers organiseren zorgen ervoor dat het efficiënter is. Die signaleren ook.

Casus 4 Renaldo

Introductie: Hoe kan Renaldo zoveel mogelijk meedoen om mee te tellen? Wat kan de gemeente doen om dit te faciliteren? De gemeenten zijn immers geen professionals?

Ondersteuningsplan

Mee: Er dient een plan te komen waarin Renaldo zelf vertrouwen heeft. Dat de mensen om hem heen begrijpen hoe het werkt eventueel via psycho-educatie. Hoe kan hij zinvol bezig zijn via werk of creatieve activiteiten. De professional zou moeten stimuleren en ook signaleren welke ondersteuning nodig is? Bijvoorbeeld dagbesteding.

Er ontstaan problemen als jongeren 18 jaar worden omdat ze een ontwikkelingsleeftijd hebben van 12 jaar. Er ontstaan schulden en ze zijn beïnvloedbaar. Zou het een idee zijn om in het wijkteam iedere jongere te bezoeken? Het gaat om out-of-the-box denken.

Wijk bij Duurstede : Er zijn al straatcoaches. Jongeren met LVB komen in een verkeerd circuit terecht. De vraag is waar ze behoefte aan hebben? Ze willen dat er naar hen geluisterd wordt en dat ze gezien worden. Want ook thuis zijn er problemen.

Utrecht: Hoe zit het nu in deze situaties? Denk nou niet dat met de transitie alles anders wordt. We moeten nu niet verwachten dat problemen die er voor transitie al bestonden nu allemaal opgelost worden.

Wijk bij Duurstede: Professionals moeten in hun hoofd krijgen dat het anders gearrangeerd wordt.

LVB en de gevolgen van de transitie

Mee: Het speelt al van voor de transitie. Maar de transitie en participatie 'raakt' deze groep waardoor de kans groter is dat ze door het ijs zakken.

Bussum: Pilots in de gemeente wijzen uit dat er signaleren worden doorgegeven, bijvoorbeeld door het veld van welzijn/ school. Dan wordt wel eens direct met de gemeente gebeld. Maar je kunt ook in gesprek gaan om zelf te kijken wat de mogelijkheden zijn.

Mee: Er zijn twee kwesties:

1. Wie gaat die partijen dan toerusten?
2. Regelen dat de organisaties de handen ineen slaan.

Bussum: Het is verbijsterend wat organisaties doen: namelijk achterover hangen. Ze moeten ook zelf in beweging komen om de transitie vorm te geven. We merkten dat beter samenwerken en signaleren niet van de grond komt als je alleen met managers en beleidsmakers praat. Het moet op de werkvloer gebeuren. Zodra je op twee niveaus aan het werk gaat (werkvloer en management/beleid) gaat het werken. De praktijk laat zien wat wel en niet werkt en wat je binnen of tussen organisaties moet aanpassen.

Leerwerkplaatsen

Mee: De systematiek van leerwerkplaatsen zoals in het project Samenspel, zou kunnen helpen om samen op te gaan. Dan werk je aan teambuilding.

Bussum: Mensen krijgen dan een gezicht. Als je de mensen kent is het gemakkelijker elkaar in het veld te vinden.

HU: We hebben een studiedag georganiseerd in het project Samenspel met als thema Samenwerkende organisaties. Na enkele inleidingen van transitiecoaches van organisaties hebben we in twee rondes met elkaar gesproken. De eerste ronde ging over 'Wat verstaan we onder samenwerkende organisaties? Wat betekent samenwerken eigenlijk? Wat is voordelrijk voor samenwerken en wat kunnen belemmeringen zijn om te komen tot samenwerking?' De tweede ronde ging over de vraag: 'Wat kunnen we 'morgen' doen om deze samenwerking tussen organisaties en informele zorg concreet te maken?' In de eerste ronde waren mensen heel actief, zeer betrokken en bleek er voldoende kennis te zijn. In de tweede ronde vonden professionals het veel moeilijker om in gesprek te gaan en op ideeën te komen. Men was handelingsverlegen.

Boogh: De vraag is steeds: Kan het volgend jaar nog wel? Professionals hebben veel onzekerheid over de eigen baan en ondertussen moet er wel heel concreet met cliënten gewerkt worden. Er lijkt een impasse te ontstaan, een vacuüm welke nieuwe ideeën lijken te belemmeren. Professionals willen wel, maar HOE? En hoe moet dat NU?

Utrecht: De nieuwe rollen zijn nog niet gedefinieerd. Wat houdt mijn baan straks nog in? Welke betekenis heeft het? Professionals hebben die onzekerheid.

Bussum: Als er bij signalering iets aan de hand blijkt te zijn, moet je niet verwachten dat de gemeenten het nu allemaal oplossen. Het veld moet niet achterover gaan leunen en op de gemeente wachten.

Wijkteams en samenwerken

HU: Er is ondertussen al bezuinigd. We gaan gemakkelijker in gemeenschappen praten. Hoe houden we het concreet?

Hilversum: Er komen nieuwe doelgroepen. Ze waren nooit bij ons in beeld. De organisaties gaan defensief in de aanval. Als gemeente is het moeilijk om objectief te blijven. Pas in 2015 zullen we merken dat er iets anders is. We moeten zorgen dat in 2016 alles in orde is. Samenwerken helpt om de vorm te geven. Organisaties zijn concurrenten van elkaar. Het sleutelwoord is samenwerken.

HU: De uitvraag heeft die positie ook in de hand gewerkt.

Utrecht: 65% van de VG sector wordt 1op1 overgeheveld naar de buurtteams. We slaan daarmee de weg van de vernieuwing in. We draaien nu proef. Hoe zijn de ervaringen tot nu toe? Er zijn 15 ontwikkelopgaven. Wat gaat het betekenen? Een deel van de LVB ers is bij niemand in beeld. Buurtteams krijgen deze mensen mogelijk wel in beeld. Blijkbaar is er een hulpvraag die we nu wel in beeld krijgen door de nieuwe systematiek. Zo is dat ook in Amersfoort het geval.

HU: Sommige mensen willen hulp op afstand en niet in de buurt.

Utrecht: Het gaat om de basiszorg. Vraagstukken op sociaal gebied moeten niet ver van de buurt zijn, net als bij huisartsen.

Hilversum: Preventie: wanneer begint preventie en wanneer wordt het zorg? Het is een containerbegrip geworden. Het zou mooi zijn als er een meer werkbaar verhaal is.

Vitras: Het is van belang om educatie te geven aan mensen die informeel betrokken zijn bij situaties. Het gaat om het structureel investeren in het toerusten van een informeel netwerk. Hoe ga je dat organiseren? De gemeente heeft daar een regisserende rol in. Je moet er iets in gaan regelen: de groep niet-professionals gaan opvoeden.

Gesprek afronding LVB: Timmer niet alles dicht maar kijk wat nodig is. Wat vraagt het nou van een professional om samen te werken met een vrijwilliger? Is er iets wat wij in dit project Samenspel op zouden moeten pakken?

Hilversum: In zetten in op preventie. Hoe kunnen we dit concreet maken?

U-centraal : Informeel moet meer geschoold worden.

Mee : Wat vraagt het om samen te werken tussen prof en informeel . Welke competenties heeft formeel hiervoor nodig?

HU: we hebben een studentonderzoek laten doen naar dit onderwerp. De onderzoeksvraag was: Welke competenties hebben professionals in een dagbesteding voor dementerenden nodig om samen te werken met vrijwilligers?

Casus 5 Dementie en de gevolgen voor de partner

De situatie

Mijnheer (72) en mevrouw (71) wonen al lang in een dorp op het platteland. Zij hebben er hun kinderen opgevoed. De kinderen wonen inmiddels in de stad op plm. 55 km afstand. Mijnheer en mevrouw zijn beide hoogopgeleid en hebben allebei tot hun pensioengerechtigde leeftijd gewerkt. In het dorp werden ze als 'vreemd' beschouwd vanwege hun opvattingen over het milieu (o.a. geen auto en met fiets/ OV reizen) en omdat ze niet kerkelijk zijn. Men is wel vriendelijk maar niet persoonlijk met elkaar.

Sinds een jaar begint mevrouw vergeetachtig te worden. Mijnheer wijdt dat aan een flinke griep die ze in de winterperiode heeft gehad. Soms dwaalt ze door het dorp zonder de bestemming te weten. In het dorpswinkeltje koopt ze regelmatig steeds dezelfde artikelen en heeft een verwarde communicatie. Ze gaat regelmatig naar de huisarts met lichamelijke klachten. Mijnheer probeert haar te 'redden' en geeft verklaringen over haar gedrag. De kinderen maken zich zorgen om de ouders en trekken aan de bel. De ouders willen niet weten van een doorverwijzing. Uiteindelijk gaan ze akkoord met een consulent van het wijkteam. Een onderzoek volgt en daar komt uit dat er sprake is van een beginnend stadium van Alzheimer. Mevrouw ontkent alles en wil/kan niet praten over deze constatering. Ze ontwikkelt een boos gedrag wanneer de gesprekken over dementie gaan. Men besluit om het maar zo te laten en te proberen om

De mantelzorger en het netwerk

Mijnheer ziet zichzelf niet als mantelzorger maar als een bezorgde partner. Hij begrijpt wel dat er iets aan de hand is en is ook geschrokken van de diagnose. Er zijn veel spanningen thuis die soms hoog oplopen. Mijnheer gaat steeds minder vaak naar de clubjes waar hij zijn hobby's uitvoert: techniek in een oude molen, een koor en culturele lezingen. Als mensen onverwachts langskomen merken ze dat er iets aan de hand is maar het echtpaar wil en kan er niet over praten. Langzaam blijven kennissen en de burens weg tot alleen de kinderen nog komen. Wel wordt mijnheer vaak gebeld door de dochter die zich werkelijk zorgen om hem maakt. Zij neemt contact op met een dementieconsulent. Er volgen gesprekken die mevrouw niet aan kan. Vervolgens worden gesprekken gepland bij een welzijnsorganisatie waar alleen mijnheer en de dochter bij aanwezig is. Er wordt uitgebreid geïnventariseerd wat de vraag voor nu is en welke vragen er mogelijk kunnen ontstaan in de nabije toekomst. Afgesproken wordt dat de dochter goed contact houdt en wanneer zij merkt dat het niet goed gaat, de dementieconsulent wordt gebeld. De consulent is casemanager en heeft een goed overzicht welke (tijdelijke) mogelijkheden er zijn wanneer het uit de hand loopt.

De Kwestie

Op een dag, zo'n 3 maanden na de diagnose is er flinke hommeles ontstaan bij het echtpaar. Mevrouw heeft haar zuster gebeld en gevraagd om haar op te komen halen. Zij logeert daar nu al 2 dagen. Mijnheer heeft hartklachten waar hij nu meer last van krijgt. Mevrouw wil niet meer naar huis maar haar zus vindt het veel te zwaar om haar zo lang op te vangen.

Vragen ter bespreking

- a. Welke meerwaarde heeft het dat alle pijlen erop gericht zijn dat mevrouw thuis kan blijven wonen? Wat is er nodig als we dat zien vanuit het perspectief van mijnheer?
- b. Het begeleiden van de mantelzorger vraagt een specifieke deskundigheid die niet eenmalig maar langdurig moet worden ingezet. Ook het bij elkaar houden van het netwerk en zorg dragen voor een goed lopende ondersteuning door het netwerk vraagt expertise. Welke specifieke acties worden door de gemeente ondernomen om ervoor te zorgen dat deze expertise beschikbaar blijft?
- c. Welke specifieke voorwaarden zijn volgens de gemeenten nodig om deze effectieve ondersteuning te (blijven) geven?



Casus 6 Dementerenden die thuis wonen met hun partner en de vrijwillige inzet

De situatie

Fabian is jong dementerend (49 jaar). Hij is partner van zijn grote liefde Eric. Ze zijn al 28 jaar samen. De dementie is al in een gevorderd stadium dus niet meer 'het bedreigde ik' maar 'het verdwaalde ik' . Dat betekent voor Eric dat hij Fabian steeds bij moet staan. Hij heeft ervoor gekozen minder te werken en voor Fabian te zorgen. Via een vrijwilligersorganisaties heeft hij enkele vrijwilligers kunnen krijgen naast de zorg die vrienden hen geven. Er is een groot verloop bij de vrijwilligers, helemaal nu Fabian zich slechter kan oriënterende, vermaken en meer moeite heeft met communiceren.

De kwestie

Vrijwilliger: 'Ik heb een deskundigheidsbevordering gevolgd bij de organisatie. Ik wist toen zeker dat ik met een dementerenden zou willen werken. Toen ik bij Fabian en Eric kwam dacht ik helemaal mijn plek te hebben gevonden. Ik voelde me welkom en het was duidelijk wat ik zou gaan doen met Fabian. Meestal ging Eric even weg bijvoorbeeld om met een vriend te lunchen of voor een werkoverleg. Ik ging dan met Fabian wandelen, kletsen en soms muziek luisteren of auto rijden. Maar de laatste tijd lukt het niet meer om hem in beweging te krijgen. Vier weken geleden werd Fabian woedend op mij. Hij zei: Wat doe jij hier, wie ben je eigenlijk. Ik roep de politie!. Het leek net of hij me niet meer herkende. Ik heb natuurlijk wel begrepen dat dit bij het dementiebeeld hoort maar toch vind ik het niet prettig meer bij Fabian. Steeds vaker is hij verbaal agressief naar mij en soms duwt hij me weg. Dan bel ik met enige schroom Eric die dan thuiskomt. Meestal zwaait Fabian me hartelijk uit en dan denk ik: ach wat een schat eigenlijk. Maar de volgende keer is het weer een ellendige situatie. Ik vind het zo erg voor Eric. Maar eigenlijk wil ik niet meer. Ik ga het met de vrijwilligersorganisatie bespreken.'

Gevolgen/ de vragen

- a. Steeds wisselende vrijwilligers legt een grote druk, ook op de mantelzorger. Dementerenden moeten steeds langer thuis blijven wonen. Wat is volgens u realistisch , ook voor de mantelzorger?
- b. Is deze taak voor vrijwilligers eigenlijk te zwaar? Wie heeft hier baat bij? Wat is het effect op de vrijwilliger? Waar en wanneer zou professionele ondersteuning meer aangewend moeten worden bij het uitgangspunt van thuis blijven wonen?
- c. Hoe faciliteert de gemeente de zorgorganisaties om in dergelijke situaties de informele zorgers te ondersteunen?

Gesprek over situaties rond mensen met dementie

Introductie

- Preventie. Wanneer begint preventie? Welke preventieve methodieken kun je inzetten?
- Educatie voor mensen die informeel betrokken zijn. Hier zou je structureel op moeten investeren. Als de maatschappij dit moet oppakken, dan moet je dat ook faciliteren.
- Wat vraagt het nou van een professional om samen te werken met een vrijwilliger? Tools voor ontwikkelen.

Gesprek

Alle pijlen zijn erop gericht dat dementerenden zolang mogelijk thuis te blijven wonen. Er is vaak alleen aandacht voor cliënt en niet voor het informele circuit bv. burens. Als dat er wel is geweest dan kan de cliënt gemakkelijker thuis blijven wonen.

Hoe begeleid je nou zo'n spijlzorger (degene met de affectieve relatie die mantelzorgt) daarbij? En welke facilitering is daarin mogelijk? Er is bij dementerende een relatieve korte termijn waarbij mantelzorgondersteuning nodig is. Dit vergeleken de ondersteuning bij NAH die soms een veel langere termijn bestrijkt. We zien dat professionals een aangrijpingspunt bij maar één persoon in de thuissituatie hebben. En er is een groep mensen die de zorg niet over kunnen nemen, dat moet je accepteren. Bij sommigen zit het in de genen en bij sommigen niet. Er moet ook een binding tussen de mensen zijn.

Professionele kennis

Er zijn professionele vaardigheden en kennis nodig voor het begeleiden van mantelzorgers. Er is *specifieke* kennis nodig. Wat is die specifieke kennis dan en hoe kunnen we ervoor zorgen dat deze beschikbaar blijft?

Utrecht: Samenwerking moet plaatsvinden tussen enerzijds specialistische verpleegkundige steun en de inzet van informeel. Bij dit laatste is de gemeente vooral aan zet.

U-centraal: Elkaar zien en kennen is belangrijk om als consulent die juiste expertise in te kunnen zetten. Voorkom oogkleppen en vakblindheid.

Vitras: De professional moet systeem gericht werken. Daar moet de samenwerking plaatsvinden. Hoe zien we dat in de praktijk, dat mantelzorgondersteuners voldoende ondersteund worden in het omgaan met mensen met dementie?

U centraal: We zijn hulpverleners, maar kennen wel mensen die we in kunnen roepen. We laten ons zien in samenwerkingsverbanden, daar investeren we in.

Vrijwilligers ondersteunen

En vrijwilligers, hoe zien we dat? Vrijwilligers zijn hiermee aan het werk, maar dit is kwetsbaar: de doorstroom, mensen die bv. stoppen omdat ze werk vinden, hoe waarborg je de continuïteit. Hier moet goede professionele ondersteuning plaats vinden.

HU: Er is in het project Samenspel een onderzoek laten doen door studenten met de centrale vraag: 'op basis van welke factoren blijven vrijwilligers langere tijd betrokken bij mensen met Nah?'. Vrijwilligers haken namelijk snel af bij 'moeilijke' doelgroepen. Zoals in de beschreven casus. Dan zeggen mensen toch snel: ja, maar zo had ik het niet bedoeld, en dat wist ik niet. Om vervolgens af te haken.

U-centraal: Die spilzorger of mantelzorger kan het soms maar nauwelijks aan. Het is ook een ingewikkelde en zware klus. U centraal werkt ook samen met handje helpen. Wat helpt b.v. deskundigheid te bevorderen.

Bussum: Het maatjesproject in Bussum loopt goed. We hebben ook een project met een moeilijkere groep. Dit loopt ook goed, waarom? De vrijwilligers krijgen training, intervisie en begeleiding van professionals en van getrainde ervaringsdeskundigen. Voordeel van een maatje is dat mensen zich minder patiënt voelen dan wanneer er een professional bij is. De vrijwilligers zijn heel blij met deze aanpak. Wanneer je als vrijwilliger in de praktijk te maken krijgt met dementerende en moeilijk gedrag, wat doe je dan, hoe handel je? Dat (intervisie) werkt veel beter dan bv een cursus dementie.

Hu: Ook hier is een studentonderzoek naar geweest: 'Hoe kan je vrijwilligers nou beter faciliteren'. Op basis van dit onderzoek is een training ontwikkeld om vrijwilligers te faciliteren in het aanboren van meer activiteitenmogelijkheden. We zouden dit onderzoek graag volgend jaar willen herhalen. Het is goed ontvangen door vrijwilligers en door de cliënten. We willen nog duidelijker krijgen wat effectief is.

Hoe kijken jullie aan tegen vrijwilligers en wat is er nodig om actief te kunnen zijn en te blijven.

Vitras: Vaak is er een gebrek aan waardering en wederkerigheid. We zouden als professional moeten aansluiten op de kwaliteiten van vrijwilligers bv. Als iemand goed is in administratie of koken. Daardoor houden mensen het langer vol. Dit moet wel overgenomen worden door: bv. Vrijwilligers organisatie, de mantelzorger en/of de professional. Vrijwilligers willen serieus genomen worden en gewaardeerd worden. Dat betekent dat er goed gekeken moet worden naar wat iemand eigenlijk leuk vindt. En wat past dan bij jou?

MEE: Bij de werkwijze SNS ga je ook kijken wie wat kan doen om iemand te ondersteunen, wat vindt iemand leuk? De groep die via vrijwilligers organisatie actief is, is wel in beeld. Maar er is ook een ongeorganiseerde groep vrijwilligers die heel actief zijn. Daar zou je ook in moeten investeren. Welzijn zou hier iets in moeten doen. En burenhulp, daar heb je geen organisatorische bemoeienis mee. Hoe waarderen we die mensen die zoveel doen voor anderen?

Werken in de wijk

U-centraal: Je moet vanuit wijkteams matches maken tussen behoefte en mogelijkheden van mensen in wijk

HU: Er zijn allerlei ontwikkelingen om bijvoorbeeld een dementievriendelijke buurt te maken/zijn. Maar dat lijkt een heilloze weg want dat zie je alle doelgroepen er bovenop springen en ook een autisme/Nah/etc. vriendelijke buurt willen. Ben gewoon een vriendelijke buurt. Dat is een van de dilemma's in zo'n participatiesamenleving. Er is een grens in wat we voor elkaar kunnen doen.

Bussum: Het gaat om het realiseren van een inclusieve samenleving. Maar daar zijn grenzen aan. Het gaat erom het juiste evenwicht te vinden tussen wat de samenleving nog aan kan en wat dan apart voor mensen georganiseerd moet worden.

HU: Onderwijs leidt nieuwe professionals op voor deze rol

Afronding van het gesprek

Welke onderwerpen zijn nog niet aan de orde geweest?

Bussum: Informele zorg raakt aan zoveel beleidsterreinen, dat het lastig is om het integraal aan te pakken. Als je dat echt goed wil doen moet je er bewust actie op nemen als gemeente.

Wat heeft het gesprek opgeleverd/heeft het gescherpt?

Professionals: Het is goed om (meer dan gebruikelijk) inhoudelijk van gedachten te wisselen. De casuïstiek en met name de bijbehorende vragen zijn hiervoor een goede manier. We hebben een vervolgslag kunnen maken. Het is nuttig om een pas op de plaats te kunnen maken. Om een dwarsdoorsnede te krijgen hoe de dialoog op dit moment is, hoe ver we zijn, welke kant we op gaan.

Het is ook goed om het perspectief van de gemeente meer in het vizier te hebben, om begrip voor elkaar te krijgen

Gemeenten: Het helpt om met professionals om de tafel te zitten. We zien dat we soms 3 stappen vooruit en weer 2 stappen achteruit zetten. Het gaat erom om de neus dezelfde kant op krijgen.

Samenvattend

Algemeen

Het verdiepende gesprek getuigt van de zoektocht waar iedereen nu volop in zit. Er is een samenspel tussen gemeentes en uitvoerende instellingen maar dat samenspel is niet altijd eenvoudig, soms zelfs moeizaam te noemen. Het gesprek is een tussenstand.

1. Wat heeft deze cliënt nodig (c.q. wat heeft de naaste omgeving nodig)? Wat is de meest passende zorg/het meest passende ondersteuningsarrangement?

Signaleringsnetwerken bij LVB

Het herkennen van een Licht Verstandelijke Beperking blijkt lastig. Hoe zijn signalen op te vangen als de beperking (mede) leidt tot ernstige problemen? Het is vaak pas herkenbaar na een spoor van ellende op het gebied van verslaving, lover boys en verwaarlozing. Er is regelmatig sprake van een zwak netwerk. Trainingen en screeningslijsten kunnen helpen bij het herkennen van LVB. Ook wordt het belang van doorvragen genoemd. Vrijwilligers signaleren ook. Burgers zouden geholpen moeten worden bij het leren signaleren.

Er is de noodzaak tot preventief werken om zorgbehoeften te signaleren. Wanneer begint preventie en wanneer wordt het zorg? Preventie is een containerbegrip geworden. Preventie zou beter beschreven en concreet gemaakt moeten worden.

Vaststelling zorgbehoeftes en eigen kracht

Zorgbehoeftes hebben te maken met de ernst van de aandoening (NAH en dementie) en de samenhangende beperkingen. Het gaat om het type letsel en de intensiteit van de zorg die nodig is. In alle gevallen dient zowel naar het individu als het (steun)systeem gekeken te worden. Wat kunnen de persoon en het kernnetwerk zelf? Dementerenden blijven zolang mogelijk thuis wonen. Er is vaak aandacht voor de cliënt en nog onvoldoende voor de naasten of het informele netwerk.

Hoe complexer de problematiek, hoe meer kennis er nodig is. Hier doet ook de vraag zich voor hoe ver men monodisciplinair komt en wanneer multidisciplinair informatie verzameld moet worden. Dit hoort altijd in dialoog te gaan met alle naastbetrokkenen.

Mantelzorgondersteuning is noodzakelijk. Er dient goed in kaart gebracht te worden welke mantelzorgondersteuning nodig is. Bij dementerenden is, vergeleken met NAH en LVB, een relatief korte termijn van ondersteuning nodig.

Professionals en gemeentes dienen te begrijpen dat niet bij iedereen een informeel steunend netwerk aanwezig is.

Ook mensen met een LVB willen dat er naar hen geluisterd wordt en dat zij gezien worden. Juist omdat mensen te vaak buiten beeld blijven is er een noodzaak om een persoonlijk toekomstplan op te stellen bijvoorbeeld bij zinvolle activiteiten of werk. In zo'n toekomstplan kan ook worden opgenomen dat psycho educatie een kans biedt om de informelezorger meer over het gedrag te laten begrijpen.

Bij LVB kan sprake zijn van eenzaamheidsproblematiek. Het is belangrijk om op zoek te gaan naar de sociale structuur. Openbare voorzieningen en werkplaatsen zijn goede ontmoetingsplekken.

Zorg-op-maat: individuele en collectieve voorzieningen

Bij NAH, dementie en LVB ligt het accent op individueel systeemgericht maatwerk. Een breed scala aan voorzieningen is gewenst, die flexibel en op maat ingezet kunnen worden, bijv. respijtovereenkomsten. Bij NAH is het wenselijk om zo vroeg mogelijk (al in revalidatiecentrum) netwerkgericht te werken.

We zien dat er momenteel toegewerkt wordt naar meer reguliere collectieve voorzieningen. Er worden wel indicaties afgegeven maar er zijn straks geen of onvoldoende maatwerkvoorzieningen meer. Dat gaat problemen geven wanneer gemeenten daar niet op investeren.

De gemeente heeft een regisserende rol in het gaan faciliteren van de groep niet-professionals. Het structureel investeren in het toerusten van een informeel netwerk. De vraag is of dat voldoende opgepakt wordt?

2. Wat kan de inzet zijn van een generalist uit een wijk/buurtteam, en welke specialistische inzet is gewenst? Welke voorzieningen zijn nodig?

Samenwerken en wijkteams

Wanneer organisaties samen gaan werken is er de kans dat de zorg in 2016 toereikend is. Hoe blijven professionals betrokken als niet duidelijk is of hun baan volgend jaar nog bestaat? Er is nu een zoektocht naar het definiëren van de nieuwe rollen.

Professionals moeten zich bewust worden dat de zorg anders gearrangeerd wordt. Hoe kunnen professionals van verschillende organisaties elkaar vinden? Leerwerkplaatsen blijken een goede systematiek om de samenwerking vorm te geven. Mensen krijgen een gezicht en men weet elkaar gemakkelijker te vinden. Elkaar zien en kennen is belangrijk bij het inzetten van de juiste expertise. Dus aandacht voor investeren in samenwerkingsverbanden.

Er is een dilemma: je wilt als organisatie en gemeente dat mensen in buurten elkaar begrijpen met alle beperkingen van dementie; Nah en LVB. Er ontstaan vervolgens allerlei doelgroep specifieke activiteiten zoals een dementievriendelijk café.

Beter is te investeren in een vriendelijke buurt waar iedereen tot zijn recht komt.

Generalist-specialist

De samenwerking tussen een Wmo-consulent van de gemeente, een basiswerker uit een wijkteam en een NAH of dementiespecialist is essentieel.

De nieuwe professional moet kennis hebben van alle groepen mensen die voor ondersteuning in beeld komen. Er zijn trainingen voor die professionals nodig. Daar waar mensen individuele zorg nodig hebben wordt dit, waar het in een wijkteam niet voldoende is, door een specialist opgenomen.

Bij LVB is de (bestaande) vertrouwensrelatie met de professional belangrijk. De zorg wordt niet automatisch gecontinueerd. Wijkteams nemen de zorg over. Dit kan leiden tot discontinuïteit en problemen. Een deel van de LVB ers is nu bij niemand in beeld maar hopelijk wel als de wijkteams op orde zijn.

Continuïteit bij vrijwilligers

Hoe wordt de continuïteit van vrijwilligers gewaarborgd? Professionele ondersteuning kan ervoor zorgen dat vrijwilligers niet afhaken bij deze moeilijke doelgroepen. Vrijwilligers zijn er ook voor de overbelaste mantelzorger. Er zijn goede ervaringen in het werken met intervisie naast training en begeleiding. Dit wordt zowel door professionals als door getrainde ervaringsdeskundigen gegeven.

Vrijwilligers vragen wederkerigheid en waardering van professionals. Professionals kunnen daarop aansluiten door te kijken waar iemand goed in is. Daardoor houden vrijwilligers het langer vol.

Er is ook een ongeorganiseerde groep vrijwilligers die heel actief zijn. Hier liggen kansen voor welzijn om deze groep in beeld te krijgen, erin te investeren en waarderen.

Competenties professional

Kennis van Dementie, Nah en LVB inclusief de mantelzorger is belangrijk. Niet alleen de kenmerken maar ook de gevolgen ervan. De vraag is of deze kennis in ieder eerstelijns team aanwezig moet zijn of dat deze in coproductie met een specialist uit de tweede lijn beschikbaar gemaakt wordt. Er zijn algemene basisvaardigheden nodig bij alle professionals.

De professionals dienen systeemgericht te werken, samen met informele zorgers.

3. Wat is de rol van de gemeente? Welk -faciliterend- beleid is er t.a.v. deze cliënt/doelgroep? Hoe wordt de inzet gefinancierd?

Grensgebied Wmo-Wlz

Onder welke condities kun je mensen thuis laten wonen? Wanneer is het niet meer te doen?

Flexibiliteit is belangrijk: als het nodig is moet de zorg tijdelijk opgeschaald kunnen worden. De ondersteuning van de informele zorg verloopt ook via de gemeente.

Er zijn grenzen aan de inclusieve samenleving. Inclusie is niet hetzelfde als alles en iedereen samen. Mensen hebben ook recht op hun eigen niches. Zoeken naar het juiste evenwicht tussen wat in de samenleving nog (aan) kan en wat er apart voor mensen georganiseerd moet worden.

De gevolgen van de transitie raakt de groep mensen met LVB. De kans is groter dat zij door het ijs zakken, omdat zij niet in beeld komen, uit beeld raken of geen maatwerkvoorziening hebben.

Wie gaat de partijen toerusten? Hoe gaan de organisaties de handen ineen slaan? Niet alleen het management maar ook de werkvloer moet in beweging komen om de transitie vorm te geven.

Financieringsvormen

Mensen kiezen voor een PGB omdat het grotere keuzevrijheid geeft en mensen de zorg veel beter kunnen organiseren. Bij zorg in natura kan vaak niet geleverd worden wat mensen (moeilijke doelgroepen) wensen. Dagbesteding kan worden ingekocht via PGB. Alternatief is Persoonsvolgend Budget. Er is een discussie over het gebruik van het PGB. De meeste gemeentes menen dat PGB niet bedoeld is voor informele zorg. Zeist echter vindt het wel mogelijk, maar alleen als duidelijk is dat mantelzorg andere betaalde inkomsten derft.

Welke consequenties heeft het overgangsrecht en de strengere indicatiestelling? Welke gevolgen heeft dit voor de groep LVB?

Gemeenten moeten uitkomen met minder geld. Er kan efficiënter gewerkt worden als aanbieders samenwerken. Het gaat om de basiszorg. Vraagstukken op sociaal gebied moeten niet ver van de buurt zijn net als bij huisartsen.

Concluderend

Welke fricties zitten er (momenteel of in 2015) in bovenstaande drie punten? Er komt een aantal (herkenbare) kwesties naar voren:

- Het verschil in denken: beleid en financiering versus inhoud van de zorg. Het is lastig om deze perspectieven bij elkaar te krijgen.
- Er zijn grote lokale verschillen tussen gemeentes en uitvoerende organisaties.

Het gesprek heeft vooral een aantal vragen en aandachtspunten opgeleverd. Het is belangrijk om de komende tijd deze aandachtspunten in de gaten te houden en antwoorden te vinden op de vragen.

Wat vraagt om verder onderzoek, beleid, oplossingen? Na dit gesprek kunnen we een nieuwe kennisagenda opstellen via de volgende vragen:

1. Wijkteams zouden meer mensen in beeld moeten krijgen. Welke acties worden concreet ondernomen om te signaleren? Spreken we dan over zorg of over preventie?
2. Maken specialisten Nah/ dementie/ LVB deel uit van wijkteams of zitten zij in de tweede lijn? Hoe groot zijn de verschillen in de diverse gemeenten, en wat voor effect heeft dit op de vindbaarheid van de zorg?
3. Welke kansen pakken organisaties en gemeenten om leerwerkplaatsen in te richten zodat professionals en managers elkaar beter leren kennen/leren vinden en gebruik van elkaar kunnen maken.
4. We zien dat er momenteel toegewerkt wordt naar meer reguliere collectieve voorzieningen. Er worden wel indicatie afgegeven maar wanneer er niet geïnvesteerd wordt in maatwerkvoorzieningen, dan zal dat straks problemen gaan geven bij groepen mensen met specifieke zorgvragen zoals bij dementie, LVB en Nah en hun mantelzorgers.
5. Welke initiatieven nemen gemeenten om ondersteuning aan informele zorgers te geven? Hoe sluiten die aan bij bestaande vormen van mantelzorgondersteuning door organisaties en belangenverenigingen? En hoe werkt dat bij bredere steunende netwerken?
6. Is het PGB te gebruiken om naasten in te huren voor passende zorg? En kan dat alleen als naasten daarvoor hun betaalde werk opzeggen?
7. Waar liggen de grenzen van de inclusieve samenleving? We dienen te zoeken naar het juiste evenwicht tussen wat in de samenleving nog (aan) kan en wat er apart voor kwetsbare mensen georganiseerd moet worden.
8. Vrijwilligers blijven actief bij kwetsbare en moeilijke doelgroepen als zij samen optrekken met professionals. Zij willen graag waardering en wederkerigheid. Welke competenties heeft de professional nodig om samen te werken met vrijwilligers?
9. Moet de basiszorg altijd dicht bij huis, in de buurt geleverd worden?
10. Efficiënter werken door aanbieders meer met elkaar te laten samenwerken. Hoe kan de kwaliteit van zorg bewaard blijven (geen versnippering); de kennis behouden en de organisaties vindbaar blijven?