

ZORG

op het platteland



VOORWOORD

Ook bewoners van dorpen en kleine kernen op het platteland hebben recht om in hun eigen omgeving te blijven wonen als zij behoefte hebben aan zorg en ondersteuning. In de zorg wordt het accent steeds meer gelegd op het bieden van zorg in de leefomgeving van de mensen. Dit vergt woningen waarin mensen die zeer intensieve zorg nodig hebben, thuis geholpen kunnen worden. Maar er is meer nodig dan wonen en zorg alleen. Wil extramuralisering van zorg verantwoord zijn en willen we de mensen niet laten verpieteren achter de geraniums, dan moeten er hoge eisen worden gesteld aan de sociale kwaliteit en vitaliteit van de omgeving. Dus niet enkel woningen en zorg, maar ook alle voorzieningen in de sfeer van welzijn, ontspanning, cultuur en vervoer. Hoe beter deze welzijnsvoorzieningen zijn afgestemd op de behoefte van deze mensen, des te groter het welbevinden en des te geringer is de feitelijke zorgconsumptie. Extramuralisering vereist een investeren in de kwaliteit van het samenleven en is identiek aan dorpsvernieuwing.

Gevolg van de vermaatschappelijking en de extramuralisering van de zorg is dat gemeenten, woningverenigingen, zorg- en welzijnsinstellingen de handen ineen moeten slaan. Samen zullen zij moeten investeren in de prikkelende ambitie om woon-, welzijn- en zorgarrangementen te realiseren.

In Limburg ondersteunen wij als provincie deze partijen daarbij door het faciliteren en mede financieren van het opstellen van regionale visies Wonen-welzijn-zorg en concrete uitvoeringsplannen.

Samen met de Zorgkantoren hebben wij ingezet op de realisering van een systeem van onplanbare zorg aan huis, waarbij de deelnemers de zekerheid hebben dat zij in geval van een noodoproep binnen maximaal 20 minuten een zorgverlener in huis hebben: 7 dagen per week, 24 uur per dag.

Met het Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ) hebben wij een samenwerkingsovereenkomst, waardoor de kennis van dit expertisecentrum kan worden ingezet voor initiatiefnemers op het terrein van wonen-welzijn-zorg in Limburg. In het kader van deze samenwerking hebben wij in februari 2003 gezamenlijk een studiemiddag extramuralisering op het platteland georganiseerd in het Gouvernement te Maastricht. De resultaten van deze studiedag zijn verwerkt in voorliggend rapport, waarin naast Limburgse ervaringen ook de ervaringen van projecten elders in het land zijn verwerkt.

Interessant is dat uit deze publicatie nog eens blijkt hoe weerbarstig de praktijk vaak is, maar dat tevens blijkt dat met goede plannen, ondersteund door enthousiaste en overtuigde initiatiefnemers, veel bereikt kan worden.

Ik verwacht dat de lezer uit dit rapport veel inspiratie zal kunnen halen betreffende extramuralisering van zorg op het platteland en dat vooral de zorgbehoevende plattelandsbewoner daarvan uiteindelijk de vruchten zal plukken.

Martin Eurlings,

Deputé wonen-welzijn-zorg provincie Limburg

Inleiding	9
1 Het platteland en leefbaarheid	11
1.1 Stimuleringsregelingen plattelandontwikkeling	12
1.2 Plattelandstendensen	14
1.3 Leefbaarheid volgens ouderen	16
2 Extramuralisering: ervaringen op het platteland	19
2.1 ... Hoe loopt zo iets?	19
2.2 ... Waar loop je tegenaan?	21
3 Extramuralisering op het platteland: fasen, belemmeringen en oplossingen	25
3.1 Fasen in het proces van extramuralisering op het platteland	25
3.2 Belemmeringen en mogelijke oplossingen tijdens het proces van extramuralisering	27
4 Logistieke en inhoudelijke organisatie van de zorg	29
4.1 Plattelandsscenario	29
4.2 Schaalgrootte	31
4.3 Personenalarmering	32
4.4 Geplande versus onplanbare zorg	33
4.5 Financiering	34
4.5.1 Personenalarmering: het alarmeringsapparaat	34
4.5.2 Onplanbare zorg	35
4.5.3 Extramurale dienstverlening	36
4.6 Keuzevrijheid en kwaliteit	36
5 Zorgsteunpunten, zorgwoningen en groepswoningen	39
5.1 Vormgeving zorgsteunpunten	39
5.2 Zorgwoningen en groepswoningen	41
5.3 Financiering	43
6 Regie en samenwerking	45
6.1 Vormgeving	46
6.2 Integrale teams	48
7 Gevolgen voor beroepskrachten	51
7.1 Takenpakket	52
7.2 Samenwerking	52
7.3 Omgeving	53
Tenslotte	55
Literatuur	57
Bijlagen	59
1. Zorgboerderijen	59
2. Voorbeelden van integrale teams	61

Studies, artikelen, congressen en beleidsmaatregelen over de leefbaarheid op het platteland benaderen dit vraagstuk meestal vanuit de economie en de ruimtelijke ordening. Het gaat dan om draagvlak voor commerciële voorzieningen, terugloop van werkgelegenheid, rode en groene contouren en het ontbreken van mogelijkheden tot nieuwbouw in kleine kernen. Een andere mogelijkheid is de sociale benadering. Dan hebben we het bijvoorbeeld over het verdwijnen van zorg- en andere voorzieningen, eenzaamheid en het wegtrekken van jongeren waardoor een sterke vergrijzing ontstaat.

Ook op het platteland moeten mensen die zorg nodig hebben de gelegenheid krijgen om daar te blijven wonen. Het wordt ongewenst gevonden dat mensen vanwege hun graad van zorgbehoefte zouden moeten verhuizen naar een stad met intramurale voorzieningen. Naarmate het zorgconcept opschuift in de richting van vraagsturing en zorg op maat, zullen meer zorgbehoevenden zoals ouderen, gehandicapten en mensen met psychiatrische problemen de zorg op de plek van hun keuze willen ontvangen. Die plaats zal in meer gevallen dan tot nu toe het dorp of een kleine kern zijn. Extramuralisering van zorg is daarom een ontwikkeling waar ook dorpen en kleine kernen steeds meer mee te maken krijgen. De efficiency-overwegingen die vroeger zorg op een bepaalde plek concentreerden en vervolgens de cliënt daarheen brachten, zijn veranderd, hebben hun geldigheid verloren of leggen het af tegen kwaliteitsoverwegingen.

Duidelijk is dat het organiseren en verlenen van zorg in plattelandssituaties een eigen aanpak vergt en specifieke vragen oproept. In sommige dorpen en kernen zijn daarvoor eigen oplossingen gevonden. Echter, studies, inventarisaties van knelpunten en suggesties voor oplossingen die zich specifiek op de zorg richten, ontbreken vooralsnog.

Dit rapport gaat over zorg op het platteland. Na een korte schets in hoofdstuk 1 van ontwikkelingen op het platteland die van belang zijn voor de zorg, volgt in hoofdstuk 2 een verslag van ervaringen met extramuralisering op het platteland. In hoofdstuk 3 worden de fasen beschreven volgens welke een extramuraliseringsproces zich kan voltrekken. Daarbij wordt tevens een overzicht gegeven van belemmeringen en bijbehorende oplossingen. Bij eerste verkenningen in het veld is gebleken dat de specifieke vragen bij zorg op het platteland zich concentreren op de thema's: "Logistieke en inhoudelijke organisatie van de zorg", "Zorgsteunpunten, zorgwoningen en groepswoningen", "Regie en samenwerking" en "Gevolgen voor beroepskrachten". Niet alle thema's zijn exclusief van toepassing op de plattelandssituatie. Er is soms overlap met de stedelijke context. Het verschil zit met name in de ruimtelijke kenmerken die eigen oplossingen vragen voor het organiseren van de zorg. De aandachtspunten bij zorg op het platteland worden achtereenvolgens behandeld in hoofdstuk 4 (Logistieke en inhoudelijke organisatie van de zorg), 5 (Zorgsteunpunten, zorgwoningen en groepswoningen), 6 (Regie en samenwerking) en 7 (Gevolgen voor beroepskrachten). Het rapport wordt afgesloten met een nabeschuiving van de onderwerpen die in het rapport aan de orde komen. Met name in hoofdstuk 4 en 5 komen ook financiële regelingen aan de orde. Deze zijn tot juni 2003 geactualiseerd. De lezer moet zich realiseren dat de regelingen met betrekking tot financiering van wonen, zorg en welzijn aan veranderingen onderhevig kunnen zijn.

HET PLATTEL

HET PLATTELAND EN LEEFBAARHEID

In Nederland leven ongeveer 6 miljoen mensen op het platteland. Met name voor mensen die in plattelandsgebieden wonen en een intensieve zorgvraag hebben, is de leefbaarheid in de buitestedelijke gebieden van groot belang. Tot het gebied van leefbaarheid behoren de terreinen wonen, zorg en welzijn.

De eerste twee paragrafen van dit hoofdstuk gaan over verschillende regelingen en ontwikkelingen die de leefbaarheid op het platteland kunnen beïnvloeden. Allereerst komt een tweetal “Stimuleringsregelingen plattelandsontwikkeling” aan de orde: in paragraaf 1.1 worden achtereenvolgens het Plattelandsontwikkelingsplan (POP) en het Bestuursakkoord-nieuwe-stijl (BANS) behandeld. Maatschappelijke tendensen op het platteland die van invloed kunnen zijn op de leefbaarheid staan in paragraaf 1.2. Het hoofdstuk wordt afgesloten met wensen op het gebied van wonen, zorg en welzijn van een belangrijk deel van de plattelandsbewoners met een intensieve zorgvraag: de ouderen.



1.1 STIMULERINGSREGELINGEN PLATTELANDSONTWIKKELING

Het Plattelandsontwikkelingsplan (POP) [1]* is in samenwerking tussen het ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij en de provincies tot stand gekomen en dient ter invulling van de EG Kaderverordening Plattelandsontwikkeling van 1999. Het geeft de ambitie aan van Nederland voor de ontwikkeling van het platteland voor zeven jaar en omvat maatregelen waarmee deze ambitie wordt ingevuld. Het plan is gebaseerd op twee uitgangspunten:

- De herstructurering van de agrarische sector met als doel deze sector gereed te maken voor de toekomst;
- Het creëren van nieuwe impulsen op het platteland, mede om het aantrekkelijker te maken voor stedelijke en rurale bewoners.

In het kader van het tweede uitgangspunt is een van de nagestreefde doelen het bevorderen van de leefbaarheid op het platteland. De gewenste situatie wat leefbaarheid betreft is driedig:

- Er is een leefbaar platteland ontstaan met voldoende sociale cohesie, een adequaat voorzieningenniveau en een goede bereikbaarheid;
- Het platteland heeft haar culturele identiteit behouden;
- De verkeersveiligheid is vergroot.

Concreet gaat het wat leefbaarheid betreft om maatschappelijke participatie, sociale contacten, betrokkenheid bij de eigen leefomgeving, sociale samenhang, bereikbaarheid van onder andere maatschappelijke voorzieningen, woonklimaat en het voorzieningenniveau. Op het gebied van voorzieningen wordt geconstateerd dat kleine kernen vooral behoefte hebben aan een basisschool, een gemeenschapsgebouw, een huisarts, een sportruimte, een bibliotheek, een winkel voor dagelijkse behoeften, een postkantoor en een bank. In het kader van het Plattelandsontwikkelingsplan wordt om de positie van het platteland te versterken voor de toekomst nagestreefd om tenminste het huidige voorzieningenniveau van onderwijs, gezondheidszorg en ouderenzorg te handhaven. In gebieden waar sprake is van een lage of te verwachten lage bevolkingsdichtheid en waar veel ouderen wonen, worden de voorzieningen versterkt. Zorg op maat in de vorm van aangepaste woningen wordt hierbij als optie genoemd. Het clusteren van voorzieningen voor welzijn en zorg en het gezamenlijk huisvesten van deze in de grotere dorpen wordt ook als mogelijkheid aangegeven met als voorbeelden combinaties van kinderopvang, peuterspeelzalen, buitenschoolse opvang, bibliotheek, dorpshuis en thuis- en ouderenzorg.

De plattelandsontwikkelingen worden gefinancierd door de Europese Unie, particuliere en maatschappelijke organisaties en door gezamenlijke overheden.

Het Bestuursakkoord-nieuwe-stijl (BANS) [2-4] werd in 1999 ondertekend door het kabinet, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Interprovinciaal Overleg (IPO). Met het akkoord willen de verschillende overheden samen een aantal belangrijke maatschappelijke vraagstukken aanpakken. Het BANS-kernteam bestaat uit vertegenwoordigers van de ministeries van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en Volksgezondheid, Welzijn en Sport, alsmede uit vertegenwoordigers van de VNG en het IPO. Een van de aandachtsvelden is de vitalisering van het platteland. Die vitalisering vindt zijn concretisering in sterke regionale economieën, een doordachte ruimtelijke ordening en sociale infrastructuur. Met behulp van 13 pilots die in september 2000 van start zijn gegaan, is gezocht naar manieren om het platteland op genoemde gebieden te vitaliseren.

De pilots dienen drie nauw met elkaar verbonden doelen:

- 1 Op maat inhoud geven aan de economische én sociale vitalisering van de betreffende regio;
- 2 Inhoud geven aan bestuurlijke vernieuwing;
- 3 Zicht krijgen op factoren die gewenste verbeteringsprocessen frustreren.

Bij het uitwerken van de economische, fysieke en sociale vitalisering van de eigen streek zijn de pilots op verschillende knelpunten gestoten. Deze knelpunten kunnen worden ingedeeld in:

* Deze [nummering] verwijst naar het literatuuroverzicht op pagina 57

a) Belemmerende wet- en regelgeving

Wet- en regelgeving lijken een vitaal platteland soms in de weg te staan, vooral bij een breder ingezet beleid dat verschillende terreinen (sectoren) omvat. Het streven naar een vitaal landelijk gebied wordt dan beperkt door (sector)specifieke wetten en regels. Een aantal voorbeelden:

- **De Huisvestingswet [5]**

Voor een groot aantal plattelandsgemeenten geldt dat ze nauwelijks mogelijkheden hebben om woonruimte te bieden aan starters op de woningmarkt en doorstromers met middeninkomens. Het gevolg is dat nieuwe dorpsbewoners in voorzieningengebruik mobiel en minder georiënteerd op de dorpsse winkeelvoorraad zijn. Daardoor is de vrees ontstaan dat het draagvlak onder de voorzieningen verdwijnt.

- **Het restrictieve bouwbeleid [5]**

Niet alleen het bouwen van woningen maar ook het bouwen en verplaatsen van bedrijven en voorzieningen vormt binnen het huidige restrictieve bouwbeleid een probleem. Daardoor komt het behoud van de leefbaarheid in het gebied in het gedrang.

- **De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)**

Een ander probleem doet zich voor bij de extramuraliseringstendens. Binnen de AWBZ worden tarieven gehanteerd zonder onderscheid naar stad en platteland. Omdat landelijke gebieden veel dunner bevolkt zijn dan stedelijke gebieden kan het voor zorgaanbieders op het platteland moeilijk zijn op basis van de generieke AWBZ-vergoedingen extramuraal zorg op maat aan te bieden. Door de grotere afstanden die op het platteland voor het leveren van de zorg moeten worden afgelegd, kan het leveren van zorg aan huis voor zorgaanbieders daar duurder uitvallen.

- **De Welzijnswet**

De Welzijnswet levert in de praktijk onduidelijkheden op. In de wet staat weliswaar dat het rijk verantwoordelijk is voor innovatie, gemeenten voor de uitvoering en provincies voor ondersteuning, maar bij sommige onderwerpen blijkt in de praktijk onduidelijkheid over de categorie waaronder het onderwerp valt (bijvoorbeeld: is bevordering van deskundigheid van vrijwilligers ondersteuning of uitvoering?). Daarnaast ontstaat verwarring doordat in de wet niet wordt aangegeven uit welke voorzieningen het welzijnswerk bestaat, wat bereikt moet worden en wat de basiskwaliteit moet zijn. Deze onduidelijkheid leidt tot een zwakke en ondergeschoven positie van de sociale component bij vitalisering van het platteland.

b) Versnippering van financiële en andere regelingen

Gemeenten en provincies verliezen het zicht op beleid en subsidies van verschillende departementen en Europa om het platteland te vitaliseren. De beleidsprogramma's en subsidies kennen alle verschillende financierings- en verantwoordingssystematieken. Dit geldt bijvoorbeeld voor het Europese plattelandssubsidieprogramma Leader en het Plattelandsontwikkelingsplan (POP; zie boven). Provincies en gemeenten zien door de bomen het bos niet meer; ze worden overspoeld met ingewikkelde criteria, voorwaarden, procedures en termijnen.

c) Verkokering

Zodra zich lastige vraagstukken voordoen, blijkt de samenwerking tussen rijk, provincie en gemeente stroef te verlopen. Ook tussen verschillende sectoren binnen overheidsorganisaties, tussen lokale overheden onderling en tussen lokale overheid en bewonersorganisaties, verloopt de samenwerking niet altijd even soepel. Daarnaast zijn departementale indelingen en verantwoordelijkheden voor ambtenaren van provincies en gemeenten niet altijd helder.

d) Lokaal initiatief onvoldoende benut

Bij het vitaliseren van het platteland wordt de inbreng van het particulier initiatief, doorgaans georganiseerd in lokale groepen, als essentieel beschouwd. De lokale initiatiefgroepen worstelen echter vaak met de overheidsdiensten doordat er een andere taal wordt gesproken, de overheid voor initiatiefgroepen een heel andere wereld vormt, er onduidelijkheid heerst over procedures voor subsidies en vergunningen, herhaaldelijk aandringen nodig is bij de overheid na toegezegde actie, er sprake is van onduidelijke regels en voorwaarden en tenslotte ook van ondoorgrondelijke beleid. Door dit alles wordt de meerwaarde van het bundelen van praktijkkennis, ervaringskennis en expertkennis onvoldoende geëxploiteerd en benut. De initiatiefgroepen zetten zich vaak in voor de sociale problemen in de regio. Door de slechte relatie tussen overheid en initiatiefgroepen ligt de nadruk vooral op economische en ruimtelijke ontwikkeling van het landelijk gebied en is er weinig aandacht voor de sociale ontwikkeling.

Om de hierboven beschreven knelpunten op te lossen zijn in het kader van het BANS de volgende stappen geformuleerd: 1. Een nieuwe agenda voor het platteland opstellen; 2. De lokale daadkracht van burgers en

lokale initiatiefgroepen versterken; 3. Het ontwikkelen van multifunctionele dienstencentra om de verschrapping van het voorzieningenniveau op het platteland te bestrijden; 4. Een instrument voor kennisverzameling ('quick scan') voor leefbaarheid in kernen ontwikkelen voor actieve dorpsraden; 5. Versterking van de bestuurlijke samenwerking tussen gemeenten; 6. Het bevorderen van bestuurlijke samenwerking tussen provincies en gemeenten; 7. Het ontwikkelen van een rijksregeling voor gebiedsgerichte ontwikkeling van het landelijk gebied (door regelingen voor gebiedsgerichte inrichting van het landelijk gebied te integreren en uit te breiden met een sociale component); 8. Het bundelen van juridische expertise en subsidie-expertise binnen gemeenten en provincies; 9. Aanpassing en bevordering van afstemming tussen bestaande wetgeving zoals de Huisvestingswet, wetgeving met betrekking tot het restrictieve bouwbeleid, de Wet basisvoorziening kinderopvang, de AWBZ en de Welzijnswet.

1.2 PLATTELANDSTENDENSEN

Nederland verandert in snel tempo en het platteland verandert even snel mee. De landbouw stagneert en de intensieve veehouderij wordt afgebouwd. Plattelanders trekken voor werk naar de steden of proberen ander werk te vinden, bijvoorbeeld in de recreatie. Rijke stedelingen kopen op het platteland een huis of recreatiewoning. Dure huizen en weinig nieuwbouw maken het voor jongeren bijna onmogelijk om op het platteland te blijven. Het draagvlak onder de voorzieningen verdwijnt en diensten nemen in aantal af. De bevolking vergrijsst en dat brengt weer eigen problemen met zich mee, zoals de roep om extra zorg aan huis. De gevolgen voor de leefbaarheid zijn vaak niet zichtbaar maar wel ingrijpend.

Veranderingen in de agrarische sector

Veranderingen in de agrarische sector hebben veel invloed op de inrichting van het platteland. Agrariërs worden geconfronteerd met afnemende financiële opbrengsten. Veel boeren stoppen. In 2000 stopten elke dag 11 boeren met hun agrarische activiteiten en de afgelopen 20 jaar is in totaal de helft van alle boeren gestopt met hun bedrijf [3]. De afname van agrarische activiteiten heeft een verschrapping van de voorzieningen op het platteland tot gevolg, vooral in het noorden van Nederland. De toename van andere activiteiten kan dit onvoldoende opvangen [1].

De vraag is wat er met de boeren gebeurt en met de boerderijen. Een van de mogelijkheden is het combineren van productie met collectieve functies. Een voorbeeld hiervan zijn boeren die hun bedrijf combineren met het leveren van een aanbod op het gebied van zorg. Hierdoor ontstaan zorgboerderijen (zie bijlage 1). Op zorgboerderijen worden de werkzaamheden op de boerderij creatief gecombineerd met zorginhoude-



lijke vragen van de 'deelnemers', 'hulpboeren', 'cliënten' of 'medewerkers' die in aantal kunnen variëren van 3 tot 20 of meer [6]. Zorgboerderijen kunnen heel verschillende doelgroepen hebben zoals mensen met een verstandelijke handicap, mensen met een lichamelijke handicap, verslaafden en ex-verslaafden, ex-delinquenten en mensen met psychogeriatrische, psychische of psychiatrische problemen. Een boerderij kun je echter niet zomaar een andere bestemming geven. Het ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij heeft regels opgesteld over wat er in de buurt van een boerderij mag gebeuren. Zorgtaken worden in nog geen 0,5% van de bedrijven aangetroffen [3].

Huisvesting

Een belangrijk kenmerk van het Nederlandse platteland is dat daar overwegend oudere koopwoningen staan. Het zijn de steden, hoofddorpen en forenzenplaatsen waar vooral huurwoningen staan. In de buitendorpen beperkt de huursector zich vaak tot een enkele straat met rijtjeswoningen uit de jaren zestig en zeventig. De laatste jaren zijn de woningprijzen sterk gestegen, eerst in de steden, daarna in de forenzenplaatsen, de hoofddorpen en tenslotte ook in de meest veraf gelegen buitendorpen. Een belangrijk deel van de autochtone plattelandsbevolking en haar nakomelingen verliest de slag op de markt van koopwoningen en wordt economisch gedwongen om een woning te huren in de hoofddorpen en forenzenplaatsen [2]. Het op het platteland sterk aanwezige particuliere woningbezit staat een systematisch opplusprogramma in de weg [7].

Uit een inventarisatie-onderzoek dat de provinciale welzijnsorganisaties in Drenthe in opdracht van de provincie Drenthe hebben gedaan, blijkt dat ouderen op het platteland intensiever gebruik maken van zorg- en welzijnsvoorzieningen dan hun leeftijdgenoten in stedelijke gebieden. Het zijn ook vooral de plattelandsgemeenten waar grote behoefte is aan aangepaste woningen voor ouderen [8].

Afname in voorzieningen en eenzaamheid

Voorzieningen als winkels, postkantoren en bibliotheken zijn plaatsen om elkaar tegen te komen. Als dit soort voorzieningen verdwijnt, is de kans op een praatje ook kleiner. Eenzaamheid speelt vaak een grote rol op het platteland.

In de meeste buitendorpen met minder dan 3000 inwoners zijn de winkels verdwenen. Zelfs de rijdende winkels doen de meeste van deze dorpen niet meer aan. Ook in de dorpen met meer dan 3000 inwoners is het traditionele winkelbestand fors afgenomen. Daarbij komt dat het openbaar vervoer op het platteland beperkt is. Wie geen auto heeft, merkt steeds nadrukkelijker dat het leven op het platteland niet langer doenlijk is; mensen zonder auto zien zich steeds meer gedwongen het platteland te verlaten. In de buitendorpen moet voor de vervulling van vrijwel alle dagelijkse levensbehoeften een beroep worden gedaan op de auto; niet alleen voor boodschappen, maar ook voor sportbeoefening, school, werk, kerk enzovoort. Veel dorpen zijn woondorpen geworden zonder winkels, werkgelegenheid en school. Het groeten is er gebleven maar gebeurt nu voornamelijk van achter de voorruit van de auto[2].

Vergrijzing en afname informele zorg

Voor het platteland vergrijst. Soms omdat de bestaande bevolking veroudert, soms omdat het om gemeenten gaat waar gepensioneerden zich graag vestigen vanwege rust, ruimte en groen en soms omdat de jongeren wegtrekken vanwege gebrek aan mogelijkheden op het platteland. In een aantal gevallen speelt een combinatie van genoemde factoren. Een groot aantal plattelandsgebieden heeft door de vergrijzing te maken met een toenemende vraag naar zorg van ouderen. De categorie "ouderen" is breed (55+) en daardoor zijn wensen en zorgvragen van zeer verschillende aard. Door de vergrijzing dreigt ook een homogene bevolkingssamenstelling op het platteland te ontstaan. Informele zorg speelt een grote rol op het platteland. In de toekomst is die rol minder vanzelfsprekend: steeds meer vrouwen werken en kinderen gaan vaak in de stad of elders wonen. Door vergrijzing en afname van informele zorg zal de vraag naar professionele zorg op het platteland toenemen.

Casus Roggel

Roggel, aan de rand van de Limburgse Peel, heeft alle kenmerken van een plattelandsgemeenschap: het lokale verkeer plaatst zich voort op landbouwvoertuigsnelheid, er heerst rust, er is veel groen en de inwoners hebben een hechte onderlinge betrokkenheid. De dichtstbijzijnde steden Venlo en Weert liggen al gauw op 20 tot 30 kilometer afstand.

Wellicht door deze omstandigheden is in Roggel onder de noemer van 'gemeenschapszorg' een opmerkelijk initiatief tot stand gekomen. Alle ouderen en gehandicapten uit het dorp kunnen voor dagopvang terecht in het gemeenschapshuis. Opmerkelijk ook omdat dit initiatief volledig wordt gedragen door 90 vrijwilligers die ook uit het dorp, of uit de directe omgeving daarvan, afkomstig zijn. In totaal zijn er 37 deelnemers.

Elke deelnemer bezoekt de opvang gedurende zo'n twee tot vier dagdelen per week. Per dagdeel kunnen ongeveer tien mensen komen. De vrijwilligers zijn belast met alle voorkomende taken. Op de achtergrond is een wijkverpleegkundige beschikbaar, die eventueel bij de mensen thuis komt, de gemeenschap kent en bijzonderheden kan bespreken met de vrijwilligers. Het project draait inmiddels tien jaar.

De cliënten en vrijwilligers zullen zich er waarschijnlijk niet van bewust zijn dat 'gemeenschapszorg' in de Engelse vertaling op dit moment in Nederland erg actueel is: 'community care'. In geval van community care is de ondersteuning die nodig is om het voor mensen met beperkingen mogelijk te maken gewoon te leven in, en deel te nemen aan de samenleving in die samenleving ingebed. In Roggel krijgt dit invulling via de dagopvang, maar de betrokkenheid gaat verder. Zo voeren de vrijwilligers allerlei hand- en spandiensten uit en houdt men in de gaten of het goed gaat met mensen die zorg nodig hebben.

Om de dagopvang te realiseren, heeft de gemeente belangeloos het 'Jozefhuis' ter beschikking gesteld: een mooie accommodatie midden in het dorp, op de markt naast de kerk. Het gebouw bestaat uit twee grotere ruimtes, een keuken, twee kleinere rustruimtes en sanitair. Door deze indeling kunnen de deelnemers verschillende activiteiten doen: speelgoed en rieten mandjes maken, koken (in Roggel eet men tussen de middag warm) of kienen.

Door deelname aan de dagopvang en de betrokkenheid bij elkaar in het dorp, voorkomt men opnames in reguliere voorzieningen, zo stelt men. Op deze manier hebben de activiteiten een wachtlijstreducerende werking. Andersom is er een voorbeeld bekend van iemand, die vanwege een somatische problematiek in het verpleeghuis elders woonde. Zij kon dankzij de dagopvang en vrijwilligershulp weer terugkeren naar een woning in haar dorp Roggel. Initiatiefnemers leggen de nadruk op de betekenis en rol van de gemeenschap bij burgers die zorg nodig hebben.

De initiatiefnemers willen graag een volgende stap zetten. Voor burgers die zorg nodig hebben, is het plezierig indien zij in hun eigen woning op de begane grond gebruik kunnen maken van een slaapkamer of een sanitaire unit. Met de aanwezige gemeenschapszorg is dan een opname elders nóg beter te voorkomen. De initiatiefnemers vragen zich af of dit niet te realiseren is door een aantal mobiele containers met slaapruiimte en sanitair aan te schaffen. Voor de benodigde tijd zijn deze aan bestaande woningen te koppelen. Met name voor cliënten die minder mobiel worden of zijn, is dit een goede en snelle oplossing. Wanneer de container niet meer nodig is, is deze ook weer gemakkelijk weg te halen en voor andere cliënten in te zetten.

1.3 LEEFBAARHEID VOLGENS OUDEREN

In het kader van het provinciaal project "Vitaal Grijs" zijn door het PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant de wensen op het gebied van wonen, zorg en welzijn van ouderen in het plattelandsdorp Hoogeloon geïnventariseerd [9]. De resultaten daarvan worden in deze paragraaf beschreven.

Wensen ten aanzien van wonen

Ouderen die aan het onderzoek in Hoogeloon hebben deelgenomen willen graag zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. De daarvoor vaak noodzakelijke ondersteuning bij aanpassing van de bestaande woning is gewenst. Deze ondersteuning kan plaatsvinden in de vorm van:

- Persoonlijk advies;
- Klussendienst;
- Begeleiding bij aanvragen voor een bouwvergunning;
- Meer mogelijkheden voor het verbouwen van woningen.

Redenen om tóch te verhuizen, zijn in de meeste gevallen dat mensen kleiner of aangepast willen wonen en/of de wens hebben te wonen met een (beperkt) zorgaanbod. Het aanwezige woningaanbod voldoet echter kwalitatief en kwantitatief niet aan de wensen van de ouderen; er is duidelijk behoefte aan meer senioren- en zorgwoningen. Daarnaast vragen ouderen ook aandacht voor starters op de woningmarkt die naar hun mening onvoldoende aan bod komen in het dorp. De suggestie wordt gedaan om te kleine seniorenwoningen niet af te breken maar te herbestemmen voor starters en op een andere plaats woningen voor ouderen te bouwen.

Wensen ten aanzien van zorg

De ouderen die aan het onderzoek hebben meegedaan geven aan dat zij het dorp liever niet verlaten als zij meer zorg nodig hebben. Door een gebrek aan voorzieningen voor het verlenen van intensieve zorg moeten sommige ouderen echter noodgedwongen verhuizen naar een andere kern.

Voor veel ouderen is het steunpunt één van de belangrijkste voorzieningen in het dorp. Het steunpunt biedt onder andere cursussen en sociaal recreatieve activiteiten zoals bridgen, kaarten, kienen en biljarten. Gemist wordt echter een zorgaanbod. Een nadrukkelijke wens van de ouderen is daarom dat verpleging en verzorging (nachtopvang, woonzorgcomplex), een wijkverpleegkundige, een huisartsensprekuur, een centraal informatiepunt zorg- en dienstverlening (zorgloket) voor alle inwoners, zorgalarmering en een afhaalpunt voor medicijnen, in het steunpunt ondergebracht worden. Ook is er behoefte aan zorgwoningen rond het steunpunt. Daarnaast zijn ouderen van mening dat het steunpunt voor verschillende doelgroepen, zoals zorgbehoevende ouderen, chronisch zieken en gehandicapten, inzetbaar moet blijven. Verbetering van het steunpunt is een van de belangrijkste wensen binnen de zorg- en dienstverlening. Ook een woonzorgzone als ontwikkeling waarbinnen het huidige steunpunt een centrale rol vervult, heeft een groot draagvlak onder de ouderen.

Een plaatselijke huisarts is een belangrijke zorgvoorziening voor ouderen. Zij vinden dan ook dat de huisarts moet blijven of tenminste spreekuur moet houden, bij voorkeur in het steunpunt. Een aantal ouderen vindt de bereikbaarheid van een huisarts in het weekend onvoldoende. Dit probleem speelt overigens ook elders in de regio.

Negatieve ervaringen wat de thuiszorg betreft zijn de lange wachtlijsten, van het kastje naar de muur gestuurd worden, de wisseling van zorgverleners en gebrek aan tijd van zorgverleners waardoor onpersoonlijker contact ontstaat.

Wat alarmering betreft is de wens uitgesproken om sociale alarmering om te bouwen tot zorgalarmering en deze uit te breiden naar andere zelfstandig wonende ouderen, chronisch zieken en gehandicapten.

Wensen ten aanzien van welzijn

Het belang van de middenstand voor de leefbaarheid in het dorp is volgens de deelnemers aan het onderzoek duidelijk aanwezig; behoud van een supermarkt en overige winkelvoorzieningen is zeer gewenst. Ook de wens tot behoud van voorzieningen als postkantoor en bank wordt zeer nadrukkelijk geuit. Voor veel ouderen en organisaties vormen openbare gebouwen zoals het steunpunt, de gymzaal en het gemeenschapshuis een belangrijke voorwaarde voor het welzijn. Genoemde accommodaties worden ingezet voor de organisatie van activiteiten op het gebied van welzijn en recreatie.

Het openbaar vervoer sluit niet aan op de wensen van ouderen; men vindt dat er te weinig openbaar vervoer is, de frequentie ervan te laag is en de afstand tot bushaltes te groot is.

Voorzieningen die volgens ouderen ontbreken zijn een afhaalpunt voor medicijnen, een drogist, een spreekuur van de gemeente en een multifunctioneel gebouw (voor sport, muziek- en toneelvereniging).

Mochten dienstverlenende voorzieningen onder druk komen te staan of gewenst zijn dan wordt een dorps-servicecentrum genoemd als mogelijkheid.

Samenvattend kan gesteld worden dat het dorp volgens de ouderen die er wonen nog volop kansen biedt om er ongestoord oud te kunnen worden maar daarvoor is wel de inzet van de gemeente, woningbouwcorporaties, zorgvragers en aanbieders van zorg en welzijn nodig.

Op basis van de onderzoeksresultaten wordt een aantal aanbevelingen gedaan [9]. Ondersteuning bij noodzakelijke aanpassingen van woningen kan door de gemeente plaatsvinden, bijvoorbeeld door verruiming van mogelijkheden binnen het bestemmingsplan. De woningbouwcorporatie kan haar kennis van en ervaring met het oplossen van woningen in praktische hulp omzetten, eventueel samen met het Gecoördineerd Ouderenwerk in de vorm van bijvoorbeeld een klussendienst. Voor bevordering van bereikbaarheid van huisartsen in het weekend kan de gemeente dit probleem aankaarten in regioverband en in dat verband ook naar oplossingen zoeken. Verbetering van het steunpunt is een van de belangrijkste wensen op het

gebied van de zorg- en dienstverlening. Hier ligt een belangrijke taak voor de gemeente, zorgaanbieders, zorgvragers en woningbouwcorporaties. Voor verbetering van het openbaar vervoer tenslotte, moet de gemeente invloed uitoefenen op het regionale samenwerkingsverband voor het openbaar vervoer.

Hoewel de onderzoeksresultaten situatie-specifiek zijn, is er geen reden om aan te nemen dat wensen van ouderen in andere plattelandsdorpen significant afwijken van de hierboven beschreven resultaten.

EXTRAMURAL

2 ERVARINGEN

EXTRAMURALISERING: ERVARINGEN OP HET PLATTELAND

In dit hoofdstuk staat een verslag van ervaringen met extramuralisering van zorg op het platteland. De beschrijving is gebaseerd op een interview met twee directeurs van twee verschillende verzorgings-/verpleeghuizen. De eerst paragraaf gaat over het proces van extramuralisering en in de tweede paragraaf komen gesignaleerde knelpunten aan de orde.

2.1 ... HOE LOOPT ZOIETS?

” Lang geleden, ik denk begin 90er jaren, begon ik erover na te denken. Het idee van intramurale zorg stond me steeds meer tegen. Als je ziet hoe mensen binnen korte tijd na opname veranderen, dat is echt verbazingwekkend. Ook al zeg je bij opname ‘u moet wel uw leven blijven continueren, en denk erom: u bent de baas!’, binnen 24 uur zeggen ze ‘zuster’ tegen iemand die helemaal geen familie is, gaan ze om half 11 met de lift naar de ontmoetingsruimte voor koffie, enzovoorts. Ze komen op een plek te zitten waar ze moeten omgaan met mensen die ze niet zelf hebben uitgekozen. Het heeft iets onnatuurlijks. Ik ben een keer met groepjes bewoners van een verpleeghuis op vakantie geweest en dan is het heel anders. Aan een bewoner die in het verpleeghuis altijd om 19 uur iedereen zit uit te schelden omdat ze nú naar bed moet, moest ik een keer 's nachts om 12 uur vragen ‘doet u het licht uit of ik?’. Op het moment dat ze dus weer in een niet-intramurale sfeer komen, komt die vitaliteit weer terug. Je ziet ook mensen die in het verpleeghuis niets meer kunnen en dus totaal afhankelijk zijn, op vakantie voor elkaar koken. Diëten? Bekijk het! Dat waren allemaal dingen waardoor ik zag dat een intramurale setting voor veel mensen een invaliderend systeem is. Ik was toen nog directeur van een ander verzorgingshuis. We hebben destijds vanuit het verzorgingshuis samen met de thuiszorg en de woningbouwcorporatie een poging gedaan tot samenwerking ten behoeve van meer zorg aan huis. Dat is toen niet van de grond gekomen; op een gegeven moment kwamen we erachter dat we 10 jaar te vroeg waren. Maar het idee is altijd in mijn hoofd gebleven.”



"Enige jaren geleden ben ik voor een verzorgingshuis in een klein dorp gaan werken en dat was echt een gesloten front. Er waren wel contacten met de omgeving, zoals een school die met kerst iets deed, maar dat werd eigenlijk steeds minder. Op dat moment vonden binnen de regio heel veel ontwikkelingen plaats. De reactie daarop was een soort bescherming van het eigene en de buitenwereld werd als een bedreiging gezien. Mijn idee was echter dat je het op die manier niet lang zou redden. Er moest dus iets gebeuren. Er moest een plan komen.

Maar dat was er al. In de regio is een samenwerkingsverband van instellingen op het gebied van ouderenzorg en daarin was een beleidsplan ontwikkeld. Het beleidsplan omvat het idee om binnen een geografisch gebied alle vormen van zorg uit de sector Verpleging en Verzorging te integreren met wonen en welzijn. Dit alles met het doel om bewoners die behoefte hebben aan ondersteuning, zo lang als wenselijk en verantwoord is, binnen hun eigen omgeving te laten blijven.

Eerst hebben we tegen het bestuur van het verzorgingshuis gezegd dat het anders moest maar dat hadden zij ook al door. Toen zijn we gaan praten met collega's van het verpleeghuis en de thuiszorg en samen hebben we gekeken: wat kunnen we doen? Nou, dat was het uitvoeren van dat regionale beleidsplan.

We zijn toen eerst met het verpleeghuis gaan samenwerken. Dat heeft ertoe geleid dat er een psychogeriatrische afdeling in het verzorgingshuis is gekomen. En we zijn met de thuiszorg gaan praten over wat we samen kunnen doen. Daarnaast hebben we afgesproken dat we voor bouwinitiatieven die we indienen de woningbouwcorporatie als bouwpartner willen. Met een van de plaatselijke corporaties hebben we een overeenkomst dat zij straks voor ons gaan bouwen."

Tot hier is het verhaal nog steeds intramuraal georiënteerd. Het verzorgingshuis is nog steeds een intramuraal instituut, weliswaar versterkt met een psychogeriatrische afdeling en met een relatie gelegd naar de woningbouwcorporatie...

"Klopt, op dit moment is het verzorgingshuis nog gewoon een intramuraal instituut. Maar waar we naartoe willen, is dat op de locaties waar nu dat intramurale instituut staat straks een aantal wooneenheden komt waar de combinatie ontstaat met zorgverlening. We bouwen dus geen verzorgingshuis meer maar een wooncomplex. In het algemeen geldt bovendien dat de zorgorganisatie zodanig opgezet zal moeten worden dat in het hele dorp, waar je ook woont, 24-uurszorg te krijgen is."

"Wat heel duidelijk is geworden tijdens het proces is dat als je écht extramuraliseert, dus niet alleen maar een paar bedden omzet en een beetje geld buiten de instelling gebruikt, maar als het echt de bedoeling is mensen zo lang mogelijk thuis te laten blijven, dan heb je partners nodig. Niet alleen de thuiszorg maar ook ziekenhuizen en aanbieders van welzijn. Je kunt het niet alleen, dat zou nooit lukken. Je zoekt dus een beetje naar gelijkgestemden. Je zet eens wat op papier. Zet wat lijntjes uit naar invloedrijke mensen, naar je Raad van Toezicht, je managementteam, je cliënten en ondernemingsraad. En op die manier probeer je dus een begin te maken."

Wanneer ontstonden nu de eerste echte extramurale acties? Met welke actie bent u overgestapt van de bewoners van het verzorgingshuis naar alle bewoners van het dorp?

"De extra's van de traditionele verzorgingshuiszorg zijn met name de welzijnscomponenten. Het is van belang deze zo dicht mogelijk bij de mensen thuis in te zetten. Een van de dingen waar we mee gaan beginnen is een soort activiteitenbegeleider die vooralsnog werkt in het gebouw want dat staat er nog, maar die ook bij de mensen thuis gaat werken."

"Welzijn... Als je mensen vraagt waarom ze van thuis weg willen om 200 meter verderop in een verzorgingshuis te gaan wonen dan zeggen ze dat ze de schutting vorig jaar met heel veel moeite hebben vervangen en eigenlijk nu de slaapkamer moeten behangen maar daar tegenop zien. Ze verhuizen ook naar een verzorgingshuis voor het gevoel van veiligheid. Het gaat om het weten dat ze op diensten terug kunnen vallen, en dan is het weten vaak al genoeg. Van cliënten in de wijk hoor ik vaak over extramuralisering: 'wonen, dat geloven we wel, en dat jullie zorg kunnen leveren dat geloven we ook wel maar het gaat ons om welzijn: ontmoeting, gezelligheid, klussen, maaltijden, veiligheid, vervoer'. Ook functies als monitoring en signalering van problemen zijn voor welzijn onmisbaar. Dat zijn zaken die goed geregeld moeten worden; je kunt dat niet aan toevallige krachten in de lokale samenleving overlaten.

Samenwerking is het sleutelwoord in onze relatie met lokale welzijnsorganisaties als de Ouderenbond, Stichting Welzijn Ouderen en de kerk. Wij bieden ruimte en het uitvoeren van de administratie aan, kijken wat er door de organisaties aan welzijn geboden wordt en ondersteunen bij verbetering daarvan. Eén van

de welzijnsorganisaties bij ons doet alarmering maar dat gaat niet goed. Wij maken deze organisatie dan duidelijk dat door de contacten die wij hebben de alarmering professioneler kan. Ons verzorgingshuis biedt samen met de thuiszorg dagverzorging aan. Door ruimtegebrek moesten we dat in een gebouw buiten het dorp laten plaatsvinden. Dan zit je met een vervoersprobleem. Stichting Welzijn Ouderen heeft een vrijwillige hulpdienst die mensen vervoert. Daar zijn wij ontzettend blij mee. Ook de contacten met de lokale bevolking die de welzijnsorganisaties in het dorp door de jaren heen hebben opgebouwd, hebben wij heel hard nodig voor wederzijdse informatie-uitwisseling en noodzakelijke aanwas van nieuwe klanten. Om extramuralisering op lokaal niveau te doen slagen, kun je niet zonder de lokale welzijnsorganisaties en de betrokkenheid van de lokale bevolking daarbij!

De gemeente heeft natuurlijk ook een taak op het gebied van welzijn. Het is daarom belangrijk mensen van de gemeente die welzijnszaken regelen bij het proces van extramuralisering te betrekken door samen te bekijken waaraan en wanneer het gemeentelijke welzijnsgeld het beste besteed kan worden en of er combinaties mogelijk zijn met andere geldstromen.

Welzijn is ontzettend belangrijk, misschien wel het allerbelangrijkste. Het moet daarom goed geregeld worden. Máár, als we het niet zelf regelen, dan gebeurt het niet. Niet dat we het beter weten! Maar wij kunnen welzijn wat beter organiseren. Om twee redenen: onze organisatie is groter en dat betekent meer financiële armslag, en wij hebben meer toegang tot bepaalde subsidies waarmee wij meer kunnen doen dan bijvoorbeeld de gemeente met dat kleine beetje geld.”

”Al met al is het een enorm ingrijpende operatie. Investeren in draagvlak, dus in relaties met anderen, is hét credo. Dat betekent ook dat je voor de snelheid van het hele proces van extramuralisering afhankelijk bent van al die anderen. Een tip: ga dan niet proberen aan anderen jouw snelheid op te leggen!

Eigenlijk stap je uit je eigen organisatie. Die moet je vanaf het begin ter discussie willen stellen in de zin van: ‘onze organisatie hoeft niet te blijven voortbestaan zoals hij nu is’. En dat geldt ook voor de andere organisaties. Een van mijn grote angsten in dat verband is dat we héél veel investeren in extramuralisering maar er toch niet in slagen om het zo te regelen dat mensen voldoende keuzemogelijkheden hebben in waar ze kunnen wonen. Dan hebben we alles afgebroken én er is niets nieuws... Dat is een punt van discussie dat je momenteel vaker hoort: ‘breken we niet teveel traditioneels af en komen we daar straks niet van terug?’ ”



2.2 ... WAAR LOOP JE TEGENAAN?

”Achterhalen wat je cliënten willen is niet eenvoudig. Zij gaan nog steeds uit van de traditionele vormen thuiszorg, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg. Die omslag die wij met veel moeite gemaakt hebben, zullen we ook een keer duidelijk moeten maken aan onze cliënten want zij vragen nog steeds de traditionele vormen.”

”De woningbouwcorporatie is heel goed in bouwen maar heeft onvoldoende expertise in wonen-zorg-welzijnstrajecten. Woningbouwcorporaties hebben nooit iets met extramuralisering van zorg te maken gehad. Volgens woningbouwcorporaties is huizen bouwen tekenen, een aannemer zoeken en die op zijn donder geven, een architect onder controle houden en bouwen. En dat maakt ons ook tot een lastige partner: die zeurpieten van de zorg. Wij hebben ideeën en de woningcorporaties brengen geld mee maar dat er nog een heel traject tussen zit, daar snappen ze niets van (‘Zeg maar hoe het moet’). Er is een duidelijk cultuurverschil (‘Zorgvisie? wat is dat?’).

Woningbouwcorporaties zijn van oudsher sociale organisaties en zouden op grond daarvan ook betrokken moeten zijn bij zaken als welzijn en veiligheid. Als je ze daar op aanspreekt, zeggen ze: 'Wat heb ik daarmee te maken?'. Het vraagt investeren in de relatie met de corporaties. Zo van: 'jongens, dit moeten we samen doen'. Het kost moeite, samenwerken met een corporatie."

"In het verzorgingshuis zijn medewerkers over het algemeen gewend dat alles afgestemd wordt op de zorg. Ook is er een vaste afbakening van taken. Een strikte taakafbakening geldt trouwens ook voor medewerkers van de thuiszorg en leidt soms tot problemen bij samenwerking met de thuiszorg in de aanleunwoningen. Vanaf nu gaat het echter anders; de zorg richt zich naar de cliënt. Dat kan ik nu wel zeggen maar het betekent een enorme omslag voor mijn medewerkers: zij moeten een volledig andere houding krijgen. Dat is een van mijn grootste problemen. Hoe gaan we daarvoor zorgen? Om te beginnen intern in het verzorgingshuis. Er is bijvoorbeeld een bepaalde activiteit voor de bewoners georganiseerd en dus moet het eten op een ander tijdstip. Dat wekt soms grote verontwaardiging op bij de medewerkers en leidde nog maar kort geleden zelfs tot ruzies! En straks moeten onze medewerkers écht bij mensen thuis gaan werken. Hoe gaat dat dan? Daarmee samenhangend is het feit dat alle handelingen voor het grootste deel op niveau I en II komen te liggen. Medewerkers zien daardoor hun vak onderuit gehaald. Ook daardoor kunnen al heel gauw problemen ontstaan waardoor je geen medewerker meer meekrijgt."

"Als je het intramurale vervangt door aangepaste woningen in etagebouw in een complex en daar mensen zelfstandig laat wonen, dan heb je een nieuw instituut gebouwd en dat is niet de bedoeling. Dus heb je meer contingent nodig dan er vrij komt door de vervanging van je intramurale capaciteit. Ook dat is een probleem."

"We hebben in een eerder stadium met instemming van alle betrokken partijen besloten tot acties in het kader van extramuralisering. Maar nu zitten we langzamerhand in een fase dat we tegen de gevolgen van die afspraken aanlopen.

In de aanleunwoningen proberen we bijvoorbeeld zorg te bieden samen met de thuiszorg. In die samenwerking opereren het verzorgingshuis en de thuiszorg nog wél als twee afzonderlijke organisatorische eenheden. Laatst gaf een teammanager van de thuiszorg aan de zorgmanager van het verzorgingshuis door dat de thuiszorg dat weekend geen zorg kon bieden. De zorgmanager vroeg daarop aan de teammanager van de thuiszorg om hierover contact op te nemen met de planner. Wat gebeurt er de volgende keer? De teammanager van de thuiszorg belt direct de planner waardoor de zorgmanager geïrriteerd wordt omdat hij op die manier het overzicht kwijt raakt.

Ander voorbeeld: we werden laatst gebeld met het verzoek om bij een mevrouw in een aanleunwoning op zondagochtend een boterham te gaan smeren. Geen probleem. De zorgmanager gaat er naartoe maar hoort van die mevrouw dat de zuster net weg is. De medewerker van de thuiszorg had haar wel uit bed geholpen maar mag niet haar boterham smeren. Dat wekt dan weer irritatie op bij de verzorgende van het verzorgingshuis ('Zijn ze soms te lui om dat te doen?'). Deze constructie van samenwerking met behoud van de twee organisatorische eenheden leek ons heel logisch toen we eraan begonnen. Maar we merken nu dat het op alle niveaus verwarring oplevert en dus komen we tot de conclusie dat we tot één lijn, één hiërarchie moeten komen.

Ook op het niveau van de Raad van Bestuur vindt nu confrontatie plaats met consequenties van beslissingen die eerder genomen zijn. De reacties op dat niveau verschillen van persoon tot persoon. De een beseft dat het ten behoeve van de extramuralisering nodig is de positie binnen de Raad van Bestuur van het verzorgingshuis ter beschikking te stellen, maar een ander heeft meer weerstand ('Hoe wil je dat doen?' 'Je hebt nu al te weinig personeel!' 'Dat wordt toch allemaal veel duurder?' 'Hoe garandeer je dat je er binnen 5 minuten bent?'). Dat vergt een goed beargumenteerd verhaal, inzet van alle formele en informele middelen maar ook een beroep op de motivatie van mensen om de dingen goed te regelen.

Als je van tevoren alles exact wilt hebben vastliggen dan moet je er niet aan beginnen. Je moet weten wat je denkt dat het moet worden. Dan loop je gaandeweg tegen dingen aan en bekijkt samen hoe je dat kunt oplossen, zowel binnen als buiten de regelgeving. Daar moet je doorheen. Met te vroeg over de invulling praten (bijvoorbeeld: welke mensen moeten straks de leiding krijgen over onderdelen van de nieuwe structuur?), zou je processen forceren. Dat geeft wél aan dat als je samen met andere organisaties de weg van extramuralisering van zorg gaat bewandelen, je vertrouwen in elkaar moet hebben."

"Waar je verder mee te maken krijgt, zijn specifieke plattelandaspecten. Bestuurders op het platteland hebben een andere positie als in de stad. Dat heeft voordelen en nadelen. De mensen uit het dorp bellen de voorzitter van de Raad van Bestuur van het verzorgingshuis om te vragen of er een plaats is in huis en



benaderen even gemakkelijk de directeur om iets te regelen. Bestuurders op hun beurt streven ernaar om te zorgen dat iets voor elkaar komt en willen vervolgens dat de mensen in het dorp weten dat zij dat geregeld hebben. De positieve kant is echter dat ook via bestuurders draagvlak kan worden verkregen in het dorp.

Specifiek aan het platteland is daarnaast dat mensen van buiten het dorp nogal argwanend worden bekeken. Dat kan problemen opleveren voor beroepskrachten van buiten het dorp die bij ons in de wijk worden ingezet. Van die mensen verwacht de lokale bevolking soms niet veel goeds en dat maakt het werken moeilijker. Het grootste probleem is niet het meekrijgen van de Raad van Toezicht of het Bestuur maar het ontbreken van steun vanuit de lokale samenleving waar gezegd wordt: 'Jullie breken ons verzorgingshuis af en wat we ervoor terug krijgen, dat moeten we maar afwachten'. Het verzorgingshuis wordt gekoesterd als een lokaal bezit en daar wordt de politiek op aangesproken. Hoe krijg je lokaal draagvlak? Wij hebben een soort lokale klankbordgroep gecreëerd. Daaraan nemen huidige en toekomstige cliënten, mantelzorg, vrijwilligers en medewerkers deel. In de klankbordgroep ontvangen deelnemers informatie van ons over de ontwikkelingen op het gebied van extramuralisering en zij dienen voor ons als informatiebron voor gevoeligheden, problemen en wensen die lokaal spelen. Dat leidt tot wederzijds begrip.

Aanbieders van welzijn zoals de Stichting Welzijn Ouderen en de Ouderenbond zijn lokale machtsblokken. Maar ook de kerk en de pastoor hebben heel veel invloed. Dat betekent dat je verantwoording moet afleggen. Tegelijkertijd is hun netwerk heel nuttig voor het creëren van draagvlak en hebben zij veel informatie in huis over de lokale bevolking waardoor zij heel belangrijk zijn om mee te denken over de invulling van onze plannen. Samenwerken dus! Ook hier kunnen weer cultuurverschillen optreden. Ons hoofd van de verzorging is ooit bij een initiatief tot het oprichten van een oppasdienst voor mantelzorgers van Stichting Welzijn Ouderen betrokken geweest en was geschokt over hoe er met privacy van de mensen werd omgegaan: alle problemen werden in detail en met naam en toenaam van de betrokkenen besproken.

Ik heb geleerd dat het heel belangrijk is open te staan voor alles wat er lokaal is en lokaal een functie en een rol heeft en dat niet te ontkennen. Daardoor duurt het misschien allemaal wat langer maar als je het 'lokale erfgoed' ontkent, ben ik bang dat het op een bepaald moment écht helemaal mis gaat.

”

PLATTELAND: EXTRAMURALISERING OP HET

PLATTELAND: FASEN, BELEMME- RINGEN EN OPLOSSINGEN

Extramuralisering van zorg op het platteland kan aan de hand van een aantal fasen worden beschreven. Het doel van extramuralisering is steeds het zo lang als wenselijk en verantwoord is binnen de eigen omgeving laten verblijven van bewoners met behoefte aan ondersteuning. Het middel bestaat uit het creëren van een samenhangend aanbod van verpleging, verzorging, wonen en welzijn. In het eerste deel van dit hoofdstuk staat een korte beschrijving van fasen volgens welke extramuralisering van zorg op het platteland zich kan voltrekken. De casus wordt gevormd door een verzorgingshuis in een plattelandskern dat gaat extramuraliseren. De fasen staan in chronologische volgorde maar de activiteiten lopen in werkelijkheid door elkaar. Het gaat om de nadruk op de in elke fase beschreven ontwikkelingen; deze verschuift tijdens het ontwikkelingsproces. In het tweede deel van het hoofdstuk staat een overzicht van belemmeringen met bijbehorende oplossingen, gerangschikt naar fase(n) in het ontwikkelingsproces.

3.1 FASEN IN HET PROCES VAN EXTRAMURALISERING OP HET PLATTELAND

1. “Intramurale onvrede” begin jaren negentig

Het initiatief tot extramuralisering ontstaat vanuit het verzorgingshuis. De aanleiding wordt vooral gevormd door ontevredenheid over het functioneren als een gesloten front en over het gebrek aan privacy en individualiteit voor bewoners. Het besef dat het anders moet neemt toe, evenals gesprekken met collega's in de zorg bij het verpleeghuis en de thuiszorg over hoe dat dan zou moeten.

2. Kansen

Gedurende een aantal jaren van intramurale onvrede doen zich ontwikkelingen voor die kansen vormen om de onvrede te bestrijden. Door een fusie bijvoorbeeld, vindt schaalvergroting plaats en ontstaat de mogelijkheid om te schuiven met capaciteiten en gebouwen. Door deze ontwikkelingen moet worden nagedacht over de zorginhoudelijke koers die men wil gaan varen. Over hoe het anders zou moeten broeien al langer ideeën (zie fase 1), maar nu ontstaat de kans om er ook iets mee te doen.

3. Plannen en ideeën

In een groter samenwerkingsverband waarvan het verzorgingshuis en een regionaal verpleeghuis deel uitmaken, zijn inmiddels plannen uitgewerkt voor samenwerkingsvormen binnen geografisch kleinschalige gebieden waarin alle vormen van zorg geïntegreerd en in combinatie met wonen en welzijn worden aangeboden. Voor invulling van de zorginhoudelijke koers, kan het verzorgingshuis zich bij plannen van het regionale netwerk waarvan zij deel uitmaakt aansluiten.

4. Actie

De eerste activiteiten kunnen starten vanuit het verzorgingshuis en beperken zich in dit stadium doorgaans tot zorg en partners in de zorg (verpleeghuis, thuiszorg). Gezocht wordt naar gelijkgestemden en deze worden nauw bij de plannen betrokken. Restcapaciteit van het verzorgingshuis wordt bijvoorbeeld ingezet in de wijk. Het verzorgingshuis begint met regelmatig overleg met de thuiszorg waarin concrete situaties aan de orde komen waarvoor oplossingen gezocht worden.

5. Samenwerking

Om met partners buiten de zorg over de plannen te kunnen praten, is het nodig dat eerst de traditionele kijk op het leveren van zorg is veranderd. Na de eerste extramuraliseringsacties vanuit het verzorgingshuis en binnen de sector zorg, ontstaat in deze fase behoefte aan de woningbouwcorporatie als partner. Met de partners in de zorg (verpleeghuis en de thuiszorg), wordt de relatie verdiept: met het verpleeghuis wordt

bouwtechnisch bekeken welk gebouw geschikt is voor welke afdeling; met de thuiszorg vindt overleg plaats over wat samen kan worden gedaan. Bij het indienen van bouwinitiatieven wordt de woningbouwcorporatie betrokken als bouwpartner.

6. Actie in samenwerking

Met partners worden concrete zaken tot stand gebracht, zoals het opzetten van een psychogeriatrische afdeling in het verzorgingshuis, samenwerkingsafspraken met de thuiszorg, extramurale verzorgingshuiszorg door een team van de thuiszorg en een activiteitenbegeleider van het verzorgingshuis die ook extramuraal gaat werken.

7. Verbreding partners en doelgroep

Het partnernetwerk wordt uitgebreid naar welzijn (welzijnsorganisaties, ouderenbonden, kerken, gemeenten), huisartsen en ziekenhuizen. Wat de doelgroep betreft, neemt in de ontwikkeling van ideeën ook de nadruk op cliënten uit de geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg toe.

8. Lokaal draagvlak

Voor de invoering van het oorspronkelijk plan (zorg en dienstverlening zodanig dat hulpbehoevende mensen zo lang als gewenst en verantwoord is in de eigen omgeving kunnen blijven), neemt het belang van het werken aan een draagvlak op lokaal niveau toe. Om dit draagvlak te realiseren, kunnen in deze fase activiteiten plaatsvinden als onderzoek naar wat ouderen willen en het oprichten van een klankbordgroep op lokaal niveau om te weten wat er in het dorp speelt. Na investering in samenwerking op organisatieniveau (schaalvergroting) ontstaat in deze fase dus meer aandacht voor een niveau op een kleinere schaal: de lokale bevolking waar de inspanningen oorspronkelijk voor bedoeld waren.

9. Wordt vervolgd ...

Inspanningen rondom het creëren van integrale teams, zorgsteunpunten en dienstverlening zijn belangrijke agendapunten voor de toekomst.

Tijdens het hierboven beschreven ontwikkelingsproces wordt beslissing voor beslissing genomen. Het is niet mogelijk om alle consequenties volledig te voorzien. Vooruit lopen op gevolgen die wél vooraf verwacht worden, zou het proces bovendien forceren.

Het proces wordt vooral in het begin gekenmerkt door het ontbreken van regelgeving die integratie van wonen, zorg en welzijn mogelijk maakt. In het veld worden in dat stadium al initiatieven ontwikkeld maar pas sinds kort is er iets meer ruimte voor innovaties op het gebied van wonen, zorg en welzijn.

In het overzicht in de volgende paragraaf staan belemmeringen die kunnen optreden tijdens het proces van extramuralisering. Op basis van ervaringen tot nu toe worden in het schema ook mogelijke oplossingen aangegeven.

3.2 BELEMMERINGEN EN MOGELIJKE OPLOSSINGEN TIJDENS HET PROCES VAN EXTRAMURALISERING

FASE	BELEMMERINGEN	OPLOSSINGEN
4, 6, 9	Grote verandering in aard van de werkzaamheden en werkomgeving voor zorgverleners: veel niveau I en II handelingen, coördinatie, afstemming en onderhandelen met de cliënt; van zorg- naar woon-situatie waarin zorg wordt verleend	• Begeleiding en training huidige medewerkers • Aanpassen opleiding van toekomstige integrale medewerkers • (Toekomstige) cliënten en hun naasten betrekken bij de noodzakelijke cultuuromslag
5	Woningbouwcorporatie heeft geen ervaring in wonen-zorg-welzijnstrajecten	• Investeren in relatie met woningbouwcorporatie: initiatief tot samenwerking nemen vanuit de zorg; beroep doen op maatschappelijke taak van corporaties op basis waarvan zij inbreng in wonen-zorg-welzijnstraject zouden moeten hebben; zoeken naar mogelijke motivatie van de woningbouwcorporatie om mee te doen en daar op inspelen • Afstand van woningbouwcorporatie tot zorg- en welzijnssector verminderen door hanteren gemeenschappelijke taal ten behoeve van onderlinge communicatie • Woningbouwcorporatie stimuleren tijdelijk een deskundige in dienst te nemen of gezamenlijk besluiten iemand tijdelijk aan te nemen
6, 9	Op management- en bestuursniveau in de betrokken organisaties kan weerstand ontstaan	• Open communicatie • Plannen en ideeën ordenen en in helder geformuleerde en goed onderbouwde vorm aanbieden • Tegenover management en bestuur benadrukken dat de verandering inspeelt op de wensen van de cliënt
6, 9	De bij extramuralisering betrokken organisaties houden eigen onderdelen met leidinggevenden in stand waardoor verwarring ontstaat tijdens de uitvoering van het werk	• Bij samenwerking tussen organisaties één leidinggevende aanwijzen • Dorpen in kleinere eenheden verdelen en daar integrale teams inzetten met één leidinggevende
7	Gemeente als welzijnspartner neemt geen initiatief, levert slechts een kleine financiële bijdrage en beperkt zich tot bemoeienis met gebouwen	• Medewerkers Welzijn van gemeenten intensief bij het proces betrekken, bijvoorbeeld als leden van een stuurgroep, om bereidheid te creëren voor actieve gemeentelijke ondersteuning van activiteiten ten behoeve van extramuralisering • Mogelijke meerwaarde voor de gemeente om actief aan het extramuraliseringsproces mee te doen achterhalen en er op inspelen
7, 9	Het traditionele aanbod in welzijn is beperkt tot recreatieve activiteiten en psychosociale ondersteuning: aanbod in klussen, vervoer, ontmoeting, maaltijden, domotica en alarmering ontbreekt of schiet tekort	• Aanbieders buiten de reguliere kaders zoeken door het benaderen van lokale ondernemers die diensten en voorzieningen kunnen aanbieden • Ontbrekend aanbod realiseren vanuit het verzorgingshuis en de thuiszorg
		>>

	FASE	BELEMMERINGEN	OPLOSSINGEN
	7, 9	Welzijnsfuncties worden geleverd door lokaal zeer invloedrijke aanbieders (kerk en welzijnsorganisaties) die van oudsher niet handelen vanuit het wonen-zorg-welzijnsconcept, geformuleerd vanuit de cliënt: verschillen in visie en werkwijze	• Investeren in de relatie met lokaal invloedrijke aanbieders van welzijn, door het expliciteren van verschillende visies en het ontwikkelen van een gezamenlijke visie • Werkwijze van de lokale aanbieders van welzijn afstemmen op eisen die extramuralisering stelt door gezamenlijk overleg van alle betrokkenen bij het extramuraliseringsproces
	8	Lokale bevolking kan de (geplande) veranderingen ervaren als een mogelijke achteruitgang ('Jullie breken af wat we hebben en wat we ervoor terugkrijgen moeten we nog maar afwachten')	• Draagvlak creëren door panels van huidige en toekomstige cliënten, mantelzorg, vrijwilligers en medewerkers, om informatiestroom in beide richtingen op gang te houden • Contact met de lokale bevolking onderhouden via kerken, verenigingen, dorpsraden en lokale welzijnsorganisaties
	9	Organisatorisch invoegen van welzijn in wonen-zorg-welzijn-aanbod	• Cliënt geheel zelf het aanbod inhoudelijk laten invullen ('We sturen iemand en zeg maar wat er moet gebeuren') waardoor welzijn in het aanbod wordt geïntegreerd
	9	Integratie van welzijnsorganisaties in het extramuraliseringstraject zonder verlies van hun karakteristieke nauwe betrokkenheid met de lokale doelgroep	• Investeren in het onderhouden van contact met de lokale bevolking door middel van bijvoorbeeld klankbordgroepen of panels
	9	Lokale welzijnsorganisaties willen liever niet samenwerken, omdat zij geen binding hebben met elkaar	• Samen met lokale welzijnsorganisaties achterhalen wat de meerwaarde van samenwerking voor hun doelgroep kan betekenen

LOGISTIEKE EN INHOUDELIJKE ORGANISATIE VAN DE ZORG

Een van de thema's die bij eerste verkenningen op het platteland naar voren werden gebracht als aandachtspunt bij extramuralisering, is "Logistieke en inhoudelijke organisatie van de zorg". Hierbij kan gedacht worden aan de verhouding tussen geplande en ongeplande zorg, aan bereikbaarheidsvergoeding en aan de verhouding tussen productieve en improductieve uren. Het gaat om zaken als alarmering, professionele alarmopvolging en de bijbehorende responstijd, maar ook om de veiligheid van medewerkers. Organisatorisch gaat het om het minimale aantal cliënten dat nodig is voor voldoende draagvlak, het organiseren van nachtzorg, et cetera. Uiteraard heeft dit thema raakvlakken met de financiële voorwaarden en de financieringswijze.



4.1 PLATTELANDSSCENARIO

Ook het platteland moet afgestemd zijn op behoeften van mensen die zorg nodig hebben als gevolg van een fysieke of psychische handicap of chronische ziekte zoals ouderen, lichamelijk en verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten. Waar hebben plattelandsbewoners met beperkingen in mobiliteit en gezondheid nu en in de toekomst behoefte aan? De huidige intramurale en vaak in andere, grotere kernen en steden gelegen instellingen met hun krap bemeten woonruimte en gebrek aan vrijheid en privacy zijn meestal geen eerste keuze. Hoe zou een plattelandsdorp en –wijk eruit moeten zien als we ervan uitgaan dat mensen die daar wonen gewoon thuis blijven wonen als ze wat mankeren en we de zorg en dienstverlening aan huis brengen?

De Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) heeft zich over de vraag gebogen welke eisen gesteld moeten worden om mensen ook op het platteland de mogelijkheid te geven zo lang

mogelijk in de door hun gewenste woonomgeving te laten verblijven. De resultaten zijn weergegeven in de vorm van een plattelandsscenario [10]. Als datum voor het scenario is het jaar 2015 gekozen.

Het scenario gaat uit van een landelijk gebied dat een conglomeraat van dorpskernen bevat met een aantal daarbuiten verspreid liggende woningen. Het betreft een gebied met 10.000 inwoners: twee kleine kernen van ongeveer 2500 inwoners en een grote kern van 5000 inwoners.

Wat dienstverlening en zorg betreft, wordt een onderscheid gemaakt in functies die worden gehaald door de gebruiker ('haalfuncties'), functies die worden gebracht door de aanbieder ('brengfuncties') en functies die interne levering noodzakelijk maken ('interne functies'). Bij deze laatste moeten wonen, zorg en dienstverlening noodgedwongen op dezelfde locatie worden ondergebracht omdat intensiteit en frequentie van de functies dat eisen. Dat is bijvoorbeeld het geval bij langdurige intensieve zorg en 24-uurs toezicht. Voorbeelden van haalfuncties zijn ondersteuning in het onderhouden en uitbreiden van sociale contacten, aanbod van recreatieve en culturele activiteiten, dagstructurering en dagbesteding, reactivering en revalidatie. Bij functies als hulp bij de huishouding, lichamelijke verzorging en algemene dagelijkse levensverrichtingen zal er sprake zijn van brengfuncties of – indien ze een bepaald aantal uren per dag overschrijden – van interne functies.

Het plattelandsscenario schetst dat er in elke dorpskern een voorziening moet zijn waar de haalfuncties zijn ondergebracht zodat deze onder handbereik zijn van de plattelandsbewoners die er gebruik van willen maken. Op grond daarvan wordt gesteld dat in elke kern ruimten nodig zijn voor recreatieve en culturele activiteiten en dagopvang en dat deze zoveel mogelijk moeten worden ondergebracht in voor iedereen toegankelijke voorzieningen zoals een dorps huis. Als er geen dorps huis is, kan een activiteitencentrum ontwikkeld worden om de genoemde haalfuncties in onder te brengen, eventueel in combinatie met een school, bibliotheek, crèche of café.

Voor de haalfuncties is informatie en bereikbaarheid van groot belang: weten de plattelandsbewoners wat er te halen valt en is de gewenste functie goed te bereiken? De bereikbaarheid wordt beïnvloed door aspecten als betaalbaarheid, verkeersstructuur, toegankelijkheid, afstand tot de woning en vervoersmogelijkheden [11]. Met name de afstand en vervoersmogelijkheden zijn zaken die op het platteland belemmerend kunnen werken voor het verkrijgen van de gewenste haalfuncties en die daarom expliciet aandacht verdienen. In Trynwâlden (Noordoost-Friesland) is een geïntegreerde werkorganisatie voor zorg en welzijnsdiensten ontwikkeld. Deze heeft permanent een aantal busjes en auto's op de weg ten behoeve van bereikbaarheid van verschillende haalfuncties.

In de grootste kern moet volgens het plattelandsscenario het coördinatiepunt gesitueerd worden, dat tevens voor de kleine kernen functioneert. Het coördinatiepunt fungeert als centraal loket, waar alle vragen naar zorg- en dienstverleningsfuncties binnenkomen en van waaruit wordt geregeld dat een breed scala aan functies naar de bewoner toegebracht kan worden of dat een bewoner naar een functie wordt gebracht. Het gaat hier in principe om alle eerder genoemde haal- en brengfuncties. Mogelijk kan het coördinatiepunt verbonden worden aan het tevens in de grootste kern te vestigen zorgkruispunt. Het zorgkruispunt levert 24-uurs zorg, zowel intern als aan wijkbewoners. Het kan een klein medisch centrum bevatten, dagopvang en een ziekenboeg voor tijdelijke intensieve verpleging en terminale zorg.

In de kleine kernen worden spreekuren gehouden en is ook 24-uurs zorg beschikbaar. De zorg is verder ondergebracht bij de zorgwoningen of groepswoningen. De samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders is vooral in de kleine kernen van groot belang, mede om continuïteit van zorg te kunnen garanderen. Maaltijden kunnen betrokken worden van een cateringbedrijf of een centrale keukenvoorziening en vervolgens bezorgd worden bij de mensen thuis of op locaties waar mensen gezamenlijk kunnen eten.

Specialistische zorg is aanwezig in het zorgkruispunt in de grootste kern of wordt betrokken van een andere voorziening in de regio zoals een ziekenhuis, revalidatiecentrum of specialistisch verpleeghuis.

In het plattelandsscenario wordt gesteld dat met de hierboven geschetste voorzieningen de meeste mensen in hun eigen huis op het platteland kunnen blijven wonen, eventueel met aanpassingen aan de woning.

Casus Grashoek

Het aantal inwoners van Grashoek is 1200. Grashoek ligt bijna 20 kilometer ten zuidoosten van Venlo. Bij Grashoek begint de Peel. Het is een echte boerengemeenschap met veel ruimte, een vergrijsde bevolking, veel eigen huisbezit en vooral veel onderling contact. De inwoners zijn gehecht aan dit leefgebied. De weerstand om te moeten verhuizen als gevolg van ouderdom is dan ook groot. Dat blijkt onder andere uit een georganiseerde enquête over de wensen en behoeften op het gebied van wonen, welzijn en zorg met

behulp waarvan aan inwoners van 50 jaar en ouder is gevraagd hoe zij willen wonen en wat zij daarin nu missen. De betrokkenheid van de inwoners blijkt ook uit de 85% respons op deze enquête.

Grashoek kent zoals zo vele andere kleine dorpen weinig gemeenschappelijke voorzieningen meer. Een enkele kroeg en winkel, dan heb je het wel gehad. En de kerk natuurlijk. Het dorpshuis annex gymnastieklokaal floreert. Voor veel Grashoekers is dit een plek waar nog wat te beleven valt. Het ligt ook pal in het centrum en is daardoor voor iedereen goed bereikbaar.

Van twee één maken, is de gedachte achter het plan om naast het dorpshuis aangepaste woningen te bouwen. Mensen die moeilijk ter been zijn, kunnen daar goed wonen. Dankzij een directe verbinding met het dorpshuis kunnen zij gemakkelijk contact leggen met mededorpsgenoten die daar op bezoek gaan. Ook kunnen zij vanuit deze woonplek gemakkelijk meedoen aan allerlei georganiseerde activiteiten. Dit verkleint de kans op vereenzaming. Het streven is om ook (intensieve) zorg te leveren. De afstand tot de 24-uurs zorgpost in Helden (± tien kilometer) ervaren de zorgaanbieders nu nog als een probleem. Een typisch gevolg van extramuralisering op het platteland dat om een oplossing vraagt.

4.2 SCHAALGROOTTE

Door de lage bevolkingsdichtheid op het platteland hebben veel aanbieders van wonen, zorg en welzijn die in deze gebieden werken, uitgestrekte werkgebieden. De bereidheid bij deze organisaties om voor bewoners van de verschillende plattelandskernen oplossingen op maat te zoeken waardoor deze mensen zelfstandig kunnen blijven wonen, kan daardoor beperkt zijn. Er is immers op elke plek samenwerking met andere partijen nodig om steeds weer tot een geschikte oplossing te komen en dat kost tijd. Bovendien kan de inzet van personeel in het kader van lokale oplossingen (bijvoorbeeld in de vorm van integrale teams, zie paragraaf 6.2), voor de betreffende organisaties verlies van personeel en tevens het verdwijnen van een deel van hun managementtaken betekenen omdat deze op lokaal niveau worden overgenomen. Kortom: de (zorg)organisaties met grote werkgebieden die gedeeltelijk ook het platteland beslaan, willen vaak liever niet voor elk dorp of elke kern een andere oplossing vanwege de investering in tijd die dit kost en de vrees voor uitholling van de eigen organisatie in de vorm van personeel en managementtaken. De organisaties geven vaak de voorkeur aan hun traditionele werkwijze als standaard voor hun hele werkgebied en willen liever geen verschillende samenwerkingspartners en werkvormen binnen dit gebied. Op het creëren van een mogelijkheid voor mensen op het platteland om zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te blijven wonen, werkt deze grootschalige aanpak echter belemmerend; de situatie op het platteland vraagt juist om een kleinschalige aanpak.

Casus Bellingwedde

Bellingwedde (Oost-Groningen) is een plattelandsgemeente met een groot aantal oudere inwoners waar steeds meer voorzieningen zoals zorginstellingen, banken en winkels verdwijnen. Dit levert problemen op voor bewoners die zo lang mogelijk in hun eigen dorp willen blijven wonen en daardoor van voorzieningen in hun directe woonomgeving afhankelijk zijn. Dat zijn met name de ouderen.

Bewoners, instellingen en de gemeente hebben hiervoor samen een oplossing gezocht in de vorm van 'Steunstee's'. Het is een oplossing die het stempel 'kleinschaligheid' zeer verdient. Een Steuntee is een kleine centraal gelegen ruimte waar bewoners deel kunnen nemen aan verschillende activiteiten en gebruik kunnen maken van diverse diensten zoals een wekelijkse koffieochtend, voorlichtingsbijeenkomsten (onder andere over computers en gsm-telefoons), een bezoeken dienst voor 75-plussers, kopieer- en internetmogelijkheden, het laten uitvoeren van klussen, gezamenlijk gebruik van een maaltijd en ontspanningsactiviteiten. Er is informatie over allerlei voorzieningen en men kan bemiddelen als iemand iets van die voorzieningen nodig heeft. Als er iets georganiseerd moet worden, bijvoorbeeld een cursus voor ouderen, dan levert de Steuntee de infrastructuur; intensieve werving is niet meer nodig, er is een ruimte en de mensen zijn er bekend. In iedere kern van Bellingwedde is een Steuntee. In totaal zijn er zeven op 10.000 inwoners. De Steuntee's zijn gevestigd in of bij een gemeenschapshuis of in een daarvoor bestemde seniorenwoning. Zij hebben steeds een centrale plek in de samenleving en zijn dus niet alleen voor ouderen bedoeld. De basis van de Steuntee wordt gevormd door de dorpsbeheerder bij wie de vragen en problemen van bewoners binnenkomen. De dorpsbeheerder regelt hier dan hulp voor. De afstemming tussen de Steuntee's wordt verzorgd door een coördinator die alle aanvragen verzamelt die op de verschillende Steuntee's bij de dorpsbeheerders binnenkomen. Dorpsbeheerders en de coördinator hebben regelmatig contact met diverse instellingen

en de gemeente.

De Steunsteet biedt op een innovatieve manier een kleinschalige voorziening waar mensen terecht kunnen die zelfstandig willen blijven wonen.

4.3 PERSONENALARMERING

Personenalarmering is sinds haar opkomst aan het eind van de jaren '70 een belangrijke voorziening gebleken voor het langer zelfstandig laten wonen van ouderen en gehandicapten. Door de aanwezigheid van personenalarmering in een woning kan een bewoner in geval van nood, 24 uur per dag, zeven dagen per week in de woning alarm slaan. Daarbij heeft de bewoner de zekerheid dat er op korte termijn hulp komt.

Personenalarmering bestaat uit de hierna volgende onderdelen [12].

Het alarmeringsapparaat

Het alarmeringsapparaat is een alarmgever (meestal in de vorm van een halshanger) en een kastje in de woning waarmee een spreek-luisterverbinding met een zorgcentrale tot stand kan komen. Andere mogelijkheden zijn de zogenaamde passieve alarmgevers, bijvoorbeeld een bewegingsdetector, gasdetector en dergelijke. Deze geven alarm als de cliënt hiertoe niet in staat is of niet merkt dat er gevaar is.

De zorgcentrale

In de zorgcentrale wordt het alarmsignaal opgevangen, verschijnen de gegevens van de cliënt op het scherm en kan alarmopvolging worden ingezet.

Alarmopvolging

Wat alarmopvolging betreft kan een onderscheid worden gemaakt tussen alarmopvolging door de mantelzorg en professionele alarmopvolging.

- Alarmopvolging door de mantelzorg

In geval van alarmopvolging door de mantelzorg geeft de cliënt bij aanmelding namen door van personen die door de zorgcentrale kunnen worden ingezet wanneer de cliënt alarmeert.

Met het installeren van een alarmeringsapparaat en een aansluiting op een zorgcentrale is de alarmopvolging door de mantelzorg nog niet geregeld: de cliënt moet een of meer namen van mantelzorgers opgeven die vervolgens een sleutel van de woning en informatie moeten krijgen over hoe te handelen bij een melding.

- Professionele alarmopvolging

Bij professionele alarmopvolging wordt na alarmering een professionele hulpverlener van de thuiszorg, een verzorgingshuis of verpleeghuis ingeschakeld om naar de cliënt te gaan (zie ook paragraaf 4.4).

De vraag naar professionele alarmopvolging neemt toe, vooral in stedelijke gebieden waar cliënten niet over voldoende mantelzorgers beschikken. Op het platteland ligt dit mogelijk anders omdat de mantelzorgnetwerken daar steviger zijn. Toch is het van belang om professionele alarmopvolging ook op het platteland goed te regelen. Door de toegenomen mobiliteit zullen op het platteland namelijk steeds minder mantelzorgers in de vorm van familieleden in de omgeving te vinden zijn. Bovendien beperkt de steun van mantelzorgers zich doorgaans tot lichte incidentele zorgvragen. In geval van structurele en/of zwaardere zorghandelingen zal de mantelzorg dit over willen en moeten dragen aan professionals. Een gebrekkige professionele alarmopvolging kan leiden tot opname en daarom is het belangrijk om de professionele alarmopvolging ook op het platteland goed te regelen.

Cliënten kunnen een abonnement voor personenalarmering afsluiten bij een alarmeringsorganisatie. Deze organisatie verzorgt de aanmelding, de installatie van het apparaat, de instructie van de cliënt en de aansluiting op de zorgcentrale. Er is een grote versnippering en diversiteit in alarmeringsorganisaties: er zijn zeer kleine organisaties die vooral draaien op vrijwilligers, woonzorgcomplexen met een eigen alarmeringssysteem maar ook grote professionele organisaties [12, 13].

4.4 GEPLANDE VERSUS ONPLANBARE ZORG

Professionele alarmopvolging voor AWBZ-geïndiceerden kan worden gezien als een uitvoering van onplanbare zorg. Voor cliënten die niet in de directe nabijheid wonen van voorzieningen, is professionele alarmopvolging vaak lastig te organiseren. In de praktijk bestaan hiervoor verschillende oplossingen:

- In de dag- en avonddienst wordt de beschikbaarheid van onplanbare zorg in de vorm van alarmopvolging meestal gekoppeld aan reguliere activiteiten van medewerkers op een manier die het mogelijk maakt dat medewerkers acuut weg kunnen. Zo zijn er voorbeelden bekend waarbij de desbetreffende medewerker lichte zorgtaken in de geplande zorg doet of gekoppeld is aan het activiteitencentrum van de zorgaanbieder. In de nachten is een dergelijke koppeling uiteraard niet mogelijk. Afhankelijk van het aantal oproepen is de medewerker meer of minder actief.
- Een andere oplossing is de ongeplande oproepen zo veel mogelijk omzetten in geplande oproepen. Dat kan indien er in de ongeplande zorg van een cliënt een zekere mate van structuur gaat ontstaan. In Bellingwedde heeft men daar ervaring mee: onplanbare zorg in de nachtelijke uren wordt na een of twee ongeplande oproepen omgezet in geplande zorg. Uit ervaringen met dit systeem blijkt dat hiermee aan een behoefte wordt voldaan. In Zuidoost-Limburg kan elke burger via het centrale telefoonnummer van het steunpunt een beroep doen op onplanbare zorg (zie casus 'Het initiatief' hieronder). Na de komst van de medewerker wordt de situatie getaxeerd om na te gaan of het nodig is de oproep om te zetten in geplande zorg.

Het type ongeplande zorgvragen komt overeen met de ongeplande zorgvragen van bewoners in het verzorgings- of verpleeghuis zoals valincidenten, toiletbezoek, et cetera. Bij dit soort vragen is niet alleen de kwaliteit van het oproepsysteem van belang maar ook de responstijd van de professionals. In het compacte verzorgingshuis is de responstijd vrij kort maar wanneer cliënten thuis verblijven zal de medewerker er naar toe moeten rijden en dat kost tijd, zeker op het platteland. Een responstijd tot 30 minuten blijkt echter voor veel cliënten acceptabel te zijn. In de praktijk blijkt overigens dat een snellere respons mogelijk is. Belangrijk is dat cliënten weten waar ze aan toe zijn en daarom is het aan te bevelen de cliënt te informeren als het niet lukt om binnen 30 minuten aanwezig te zijn. Wanneer cliënten kunnen kiezen tussen thuis wonen met een responstijd van maximaal een half uur of intramuraal wonen, kiezen cliënten er meestal voor om thuis te blijven wonen. Dankzij passieve alarmering met behulp waarvan alarm wordt geslagen als de cliënt hiertoe niet in staat is of niet merkt dat er gevaar is (bewegingsdetector, gasdetector en dergelijke), is bovendien een situatie te creëren die ook voor kwetsbare cliënten verantwoord is.

Het leveren van onplanbare, naast planbare zorg doet een nieuw appèl op de logistiek van een organisatie; met het aanbieden van onplanbare zorg is nog niet veel ervaring opgedaan. Onplanbare zorg wordt geleverd door medewerkers die ook de planbare zorg leveren. Deze combinatie is pure noodzaak omdat medewerkers anders te weinig te doen hebben. Dat betekent dat een oproep kan binnenkomen op het moment dat een medewerker met een andere cliënt bezig is. Meestal zullen de oproepen 's nachts binnenkomen. Dat is een tijdstip waarop weinig planbare zorg wordt geleverd. De Willigenhof in Leiden had ongeveer 80 cliënten nodig om de exploitatie rendabel te maken. Dat is te vergelijken met de populatie van een verzorgingshuis. Toch is de exploitatie lastig omdat men vanwege de veiligheid vaak twee medewerkers laat samenwerken. In Leiden heeft men het zorggebied vergroot naar 220 cliënten. Het verschil met het platteland is uiteraard de bevolkingsdichtheid. Voor onplanbare zorg is de stedelijke situatie gunstiger. In Leidschenveen, een nieuwbouwwijk in Den Haag, werkt men 's nachts met een slaapdienst. Dat kan omdat het aantal oproepen erg beperkt is: er wonen nog niet zo veel ouderen in deze wijk. In een regio waar meer oproepen te verwachten zijn, lijkt deze oplossing niet haalbaar.

Casus 'Het Initiatief': onplanbare zorg in Zuidoost-Limburg

Enkele jaren geleden hebben de aanbieders van zorg aan ouderen in Parkstad Limburg de projectorganisatie 'Het Initiatief' opgericht. Doel was om 24 uur per dag, zeven dagen per week zorg bij mensen thuis te leveren. Niet alleen geplande zorg, waarin de thuiszorg reeds actief was, maar ook ongeplande zorg. Cliënten moeten kunnen kiezen, zo stelt men, tussen thuis blijven wonen en wonen in een voorziening. Dat is alleen een reële keuze als de kwaliteit van zorg thuis op hetzelfde niveau staat als in een voorziening. Cliënten moeten daarom ook thuis gebruik kunnen maken van bijvoorbeeld maaltijdvoorziening, klussenhulp, een activiteitenaanbod en ongeplande zorg. Dit laatste blijkt het lastigste te zijn. Toch is het gelukt, met inmiddels enige jaren ervaring.

Er is gekozen voor een cliëntvriendelijke opzet. Onder andere door er voor te zorgen dat de cliënt niet

allerlei adressen moet langslopen om iets geregeld te krijgen. Er is één loket waar de cliënt terecht kan met vragen over zorg, RIO-indicatie, WVG-aanvragen, vrijwilligershulp, et cetera. Achter het loket gaan de verschillende samenwerkende organisaties schuil. Juist hierin zit een grote kracht. De medewerkers van het loket bouwen een deskundigheid op waar de cliënt en de organisaties veel aan hebben. Loketmedewerkers kunnen cliënten adviseren, zien trends en er vindt uitwisseling plaats tussen vraag en aanbod. Met behulp van ict-toepassingen kan men bovendien adequaat en vraaggericht inspelen op vragen van cliënten.

Elke burger kan met vragen bij het loket terecht, ook met acute zorgvragen. Het gaat regelmatig om mensen die voorheen nooit contact met een zorgaanbieder hadden en nu wel zorg nodig hebben. Voor een medewerker achter het loket is het lastig na te gaan of de cliënt wel of geen indicatie heeft. Dat is alleen met veel bureaucratie te regelen en daarom is het zo geregeld dat een indicatie vooraf niet nodig is. Als er geen indicatie blijkt te zijn dan wordt deze later met het zorgtoewijzingsbureau geregeld. Op deze wijze wordt een laagdrempelige toegang tot zorg gerealiseerd.

In geval van ongeplande zorg wordt na een eerste oproep nagegaan of volgende oproepen te verwachten zijn. Zodra het mogelijk is, wordt de vraag in dat geval omgezet naar structurele zorg wat het beroep op de ongeplande zorg beperkt houdt. Binnen 20 minuten blijkt men vragen om ongeplande zorg te kunnen beantwoorden. Voor cliënten is dit een acceptabele tijd. De medewerkers van het loket hebben inmiddels expertise opgebouwd om te checken of de vraag acuut en niet uitstelbaar is.

Het gebied is divers van infrastructuur en verdeeld in drie regio's, deels verstedelijkt, deels platteland. Er is een mobiel team opgericht dat de beschikking heeft over lease-auto's. Medewerkers werken alleen. Bij twijfel is een collega uit een andere regio op te roepen.

Cliënten weten dat er iemand komt als zij een oproep doen. Dit geeft vertrouwen en dat blijkt het aantal oproepen te beperken. Daarnaast is gebleken dat mensen door de activiteiten van 'Het Initiatief' langer uit de reguliere zorgvoorzieningen blijven.

De exploitatie komt uit de 7.1% opslagelden voor geëxtramuraliseerde zorg en dankzij een goede afspraak met het zorgkantoor is dit financieel haalbaar. De organisatie werkt niet met sleutelsystemen en/of codesystemen omdat dit erg kwetsbaar gevonden wordt. In de praktijk blijkt dit geen probleem te zijn. Wel wordt er eventueel gewerkt met sleuteladressen in de buurt van de cliënt.

Belangrijke succesfactor is de samenwerking tussen de verschillende aanbieders waardoor ten opzichte van het zorgkantoor en de provincie een sterke onderhandelingspositie is gecreëerd. Daarnaast heeft 'Het Initiatief' een sterk doelgericht karakter: doen in plaats van documenten opstellen is een motto.

Bijzonder aan dit initiatief is de rol van het zorgkantoor. Op grond van haar zorgleveringsplicht voelt het zorgkantoor in de regio zich verantwoordelijk voor het regelen van een goed aanbod bij extramuralisering. Bij het zorgkantoor is eerst een plan van aanpak ontwikkeld om de wachtlijsten weg te werken door middel van het aanbieden van meer ambulante functies. Op basis van de gecreëerde infrastructuur van ambulante functies vond men vervolgens de tijd rijp voor het in samenwerking met de aanbieders regelen van de onplanbare zorg. De opvatting dat je als zorgkantoor juridisch tekort schiet als alleen de planbare zorg is geregeld, is hierin leidend. Het creëren van een goed aanbod in onplanbare zorg is een door het zorgkantoor Zuid-Limburg nagestreefde doelstelling. De primaire doelgroep wordt gevormd door wachtenden voor verzorgings- en verpleeghuizen maar deze wordt in 2003 verbreed naar de gehandicaptenzorg en in 2004 naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

4.5 FINANCIERING*

4.5.1 Personenalarmering: het alarmeringsapparaat

Voor de financiering van het alarmeringsapparaat zijn drie mogelijkheden beschikbaar [12]:

1 Regeling Hulpmiddelen '96

Binnen deze regeling wordt op basis van een medische indicatie een alarmeringsapparaat en een aansluiting bij een alarmcentrale verstrekt door een ziektekostenverzekeraar. De Regeling Hulpmiddelen '96 behoort tot het ziekenfonds/verplichte verzekering en valt niet onder de AWBZ.

2 Welzijnswet

Financiering van het alarmeringsapparaat via de Welzijnswet betekent dat op basis van een sociale indicatie een alarmeringsapparaat en aansluiting bij een centrale worden verstrekt door een per gemeente verschillende instantie (Stichting Welzijn Ouderen of de thuiszorg).

3 Woninggebonden alarmering

Als er sprake is van woninggebonden alarmering wordt het alarmeringsapparaat door de woningbouwcorporatie standaard aangebracht in de woning.

Uit een onderzoek naar personenalarmering dat is uitgevoerd in opdracht van de brancheorganisaties in de ouderenzorg en -huisvesting (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Arcare, Aedes en MO Groep), blijkt dat de huidige toegang tot en financieringswijze van personenalarmering leidt tot rechtsongelijkheid, gebrek aan samenhang en hiaten in de zorgverlening alsmede tot onoverzichtelijkheid voor cliënten [13]. In de regelgeving wordt geen en in de praktijk wordt nauwelijks een relatie gelegd tussen het verstrekken van apparatuur en de alarmopvolging. Dit betekent dat een situatie kan ontstaan waarin mensen wel een alarmapparaat hebben maar niet verzekerd zijn van alarmopvolging. Alarmopvolging vraagt echter om 24-uurs bereikbaarheid. Voor financiering van professionele alarmopvolging is een aantal mogelijkheden beschikbaar dat in de volgende paragraaf beschreven wordt.



4.5.2 Onplanbare zorg

Voor financiering van onplanbare zorg in de vorm van professionele alarmopvolging bestaan de volgende mogelijkheden:

1 Noodhulp via de AWBZ

Bij noodhulp kan altijd achteraf een indicatie geregeld worden. Een vergoeding is in dat geval mogelijk uit de AWBZ, ongeacht of de cliënt wel of niet al een AWBZ-indicatie heeft. Het is dan een vormgeving van het product acute thuiszorg (in termen van vóór de modernisering van de AWBZ). Voor deze vorm van zorg kan het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) een indicatie achteraf geven, ook als de cliënt nog geen AWBZ-indicatie heeft. Er is in die gevallen alleen een vergoeding mogelijk voor de tijdsinzet van de alarmopvolging, niet voor 24-uurs beschikbaarheid.

2 CTG-beleidsregel extramurale zorgproducten

Voor onplanbare zorg bestond tot voor kort geen indicatie. In de indicaties vanaf 1 april 2003 echter, kan 24-uurs beschikbaarheid als leveringsvoorwaarde bij de indicering worden meegenomen. Voor deze extramurale zorg die 24 uur beschikbaar moet zijn, geldt een 7.1% opslag voor het leveren van onplanbare zorg bij elk uur geleverde extramurale zorg. Afhankelijk van het volume extramurale productie-uren, zijn de extra 7.1% inkomsten wel of niet voldoende om het 24-uurs begeleidingssysteem te financieren. Als de middelen onvoldoende zijn, ligt samenwerking met andere zorgaanbieders in de regio voor de hand. Elke aanbieder brengt in dat geval zijn 7.1% aan extra middelen in waardoor er voldoende inkomsten ontstaan om een 24-uurs begeleidingssysteem te financieren. Vanwege het geringe aantal aanbieders op het platteland, is deze mogelijkheid daar beperkter aanwezig.

3 Bestedingsafspraken Thuiszorg

Thuiszorgorganisaties hebben 10.8% vrij te besteden budget, op basis van de zogenaamde bestedingsafspraken. Op grond van deze bestedingsafspraken kunnen thuiszorgorganisaties binnen de post 'Lokale component' 4.4% van hun budget besteden aan zorgvernieuwingprojecten, waaronder onder andere het regelen van onplanbare zorg kan vallen. Of het leveren van onplanbare zorg wordt gezien als zorgvernieuwing verschilt per zorgkantoor.

4 Servicepakket

Verschillende thuiszorgorganisaties, verzorgingshuizen en verpleeghuizen bieden hun cliënten tegen betaling een servicepakket aan met extra diensten. Alarmopvolging kan onderdeel uitmaken van dit servicepakket, bijvoorbeeld in de vorm van een 'kopabonnement': professionele alarmopvolging bovenop het abonnement personenalarmering.

5 Derde compartiment

Alarmering met alarmopvolging is door een aantal zorgverzekeraars opgenomen in de aanvullende verzekering.

6 Gemeentelijke overheid

Professionele alarmopvolging wordt in Rotterdam en Amsterdam door de gemeente, samen met de zorgverzekeraar/ het zorgkantoor, gefinancierd.

Hoewel professionele alarmopvolging dus in principe in de AWBZ zit, wordt het nog niet overal als zodanig toegepast. Hiertoe moeten afspraken gemaakt worden met het zorgkantoor en het RIO.

4.5.3 Extramurale dienstverlening

Een ander aspect wat financiering betreft vormt de extramurale dienstverlening. De traditionele intramurale instelling regelt wonen, zorg en welzijn. Bij extramuralisering neemt de woningcorporatie de wooncomponent voor haar rekening, de zorgaanbieder regelt de zorg maar voor welzijn zoals ontmoeting, dagbesteding, maaltijden et cetera bestaan nog geen definitieve regelingen. In principe kunnen cliënten in geval van extramuralisering net als alle andere burgers gebruik maken van het welzijnsaanbod van de gemeente. Echter, door de extramuralisering moet de gemeente veel meer burgers bedienen en dat levert financiële problemen op. Vanaf 1 april 2003 geldt een tijdelijke subsidieregeling 'Extramurale dienstverlening' in afwachting van een definitieve regeling in de vorm van een dienstenwet. De looptijd van de subsidieregeling is 3 jaar. De middelen zijn bedoeld om voor mensen met beperkingen en tekorten in hun sociale zelfredzaamheid die anders op intramurale zorg zouden zijn aangewezen, een aanbod aan welzijnsdiensten in de thuissituatie te realiseren dat past bij hun vraag. Zorgkantoren komen op aanvraag in aanmerking voor een projectsubsidie die bestemd is voor activiteiten op het gebied van extramurale dienstverlening in hun regio. De subsidie wordt dus verleend aan de zorgkantoren. Zorgkantoren verstrekken deze middelen op hun beurt aan zorg- en welzijnsinstellingen voor het realiseren van extramurale dienstverlening. Het gaat om initiatieven die in samenspraak met de gemeenten ontwikkeld zijn of worden. De subsidieregeling is vooralsnog beperkt; het gaat om de reikwijdtemiddelen (31 miljoen) die niet langer via de CTG-beleidsregel worden verdeeld. Nieuwe projecten zijn hierdoor nog niet mogelijk. Er komt een uitbreiding van de mogelijkheden door middel van een carebrede subsidieregeling per 1 januari 2004.

4.6 KEUZEVRIJHEID EN KWALITEIT

De algemene tendens is dat alle faciliteiten in diverse vormen onder handbereik zouden moeten zijn, maar op het platteland is dat niet haalbaar. Het draagvlak voor een hoog voorzieningenniveau is in plattelandsgebieden problematisch. Wat aanbieders van zorg en welzijn betreft, is het aantal en de variëteit op het platteland lager dan in de stad.

Door het geringe aantal aanbieders op het platteland zijn gezamenlijke afspraken over het leveren van zorg en welzijn van belang om tot een aanbod te komen dat volledig en van goede kwaliteit is en daardoor aan alle behoeften aan zorg en welzijn voldoet. Dit gebrek aan concurrentie tussen aanbieders kan een negatieve invloed hebben op de keuzevrijheid voor cliënten. Vanwege het beperkte aantal aanbieders echter, bestaat op het platteland het risico dat concurrentie leidt tot het ontbreken dan wel een slechte kwaliteit van een aantal voor bewoners noodzakelijke zorgfuncties en diensten. Op grond van de ontwikkelingen tot nu toe lijken gezamenlijke afspraken tussen aanbieders van zorg en welzijn op het platteland de enige manier om te komen tot een goede logistiek en een kwalitatief goed aanbod.

Een beperkte variatie in aanbod van voorzieningen is overigens van oudsher inherent aan het leven op het platteland. Concentratie van restaurants, winkels, banken, openbaar vervoer, bioscopen en dergelijke was altijd al te vinden in de grotere plaatsen en steden. De laatste jaren echter verdwijnen ook nog eens veel voorzieningen op het platteland (zie paragraaf 1.2).

Wat keuzevrijheid betreft kan gesteld worden dat beperkte keuzevrijheid in voorzieningen inherent is aan het wonen op het platteland en dat keuzevrijheid voor bewoners in plattelandsgebieden daardoor wellicht minder zwaar weegt dan bij stadsbewoners. De verminderde keuzevrijheid door afspraken tussen aanbieders van zorg en welzijn op het platteland zal mede daardoor waarschijnlijk voor plattelandsbewoners niet opwegen tegen het betere aanbod dat door deze bundeling van krachten op het platteland ontstaat.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil in het kader van keuzevrijheid voor de cliënt en een goede kwaliteit van het aanbod, verschillende aanbieders die - als het de kwaliteit bevordert - onderling concurreren ('gezonde' concurrentie). Ten behoeve van de kwaliteit, met name de integraliteit, erkent de overheid tegelijkertijd dat het maken van gezamenlijke afspraken door verschillende aanbieders noodzakelijk is. Door het geringere aantal aanbieders lijken gezamenlijke afspraken op het platteland beter voor de kwaliteit dan concurrentie tussen deze aanbieders. 'Gezonde' concurrentie lijkt meer iets voor de stad.

Casus Trynwâlden

In Trynwâlden (Noordoost-Friesland) is gezamenlijk besloten om niet in alle dorpen alle voorzieningen te vestigen, maar twee centra te creëren: een dienstencentrum in Oentsjerk en een commercieel centrum twee dorpen verderop, in Gytsjerk. Op deze manier kunnen de functies binnen de centra elkaar versterken. In het commerciële centrum in Gytsjerk wordt bijvoorbeeld een grote supermarkt gehuisvest. In het niet-commerciële dienstencentrum in Oentsjerk worden alle maatschappelijke, zorg- en welzijnsfaciliteiten gevestigd: een medisch centrum met daarin een tandartspraktijk, apotheek, fysiotherapeut, ergo-mensendieck en logopedistenpraktijk, consultatiebureau, bloedpriklab en Arbo-dienst; maatschappelijke faciliteiten zoals een bibliotheek, peuter- en kinderopvang, clubs en verenigingen; gemaksdiensten in de vorm van maaltijdbezorging, café-restaurant, was- en linnenservice, bestel- en busdienst, huisdierenservice, computerservice en vervoerservice.

De heersende opvatting hierachter is dat het niet mogelijk is om alles in elk dorp te hebben; functies moeten beter op elkaar afgestemd worden en daar moeten afspraken over gemaakt worden. Het gemeenschappelijk belang van de Trynwâlden moet voorop staan in plaats van de individuele belangen van instellingen en ondernemingen.

Ook is er sprake van een gemeenschappelijke aanpak van vervoer in de vorm van busjes en auto's om mensen op te halen en weg te brengen binnen de Trynwâlden.

ZORGWONINGEN EN GROEPSWONINGEN

ZORGSTEUNPUNTEN,

“Zorgsteunpunten, zorgwoningen en groepswoningen” is een van de thema’s die specifieke problemen oproepen bij extramuralisering op het platteland. Enerzijds gaat het om de vorm en functies van het zorgsteunpunt, al dan niet gecombineerd met het dorpshuis of met andere profit en non-profit diensten. Anderzijds is het zo dat in veel kleine kernen niet of uiterst spaarzaam kan worden gebouwd, waardoor de geschikte zorgwoningen ontbreken. Bij het beetje nieuwbouw dat mogelijk is, is vaak sprake van concurrentie met woningen voor starters en jonge gezinnen. Ook is het van belang te bezien hoe op kleine of zeer kleine schaal woonvormen voor mensen die 24-uurs begeleiding nodig hebben, zogenaamde groepswoningen, kunnen worden gerealiseerd. Twee ontwikkelingen leggen een druk op het aantal zorgwoningen en groepswoningen: het toenemende aantal ouderen en het gegeven dat veel instellingen willen extramuraliseren. Om hieraan tegemoet te komen zouden de provincies extra bouwcontingenten kunnen uitgeven bovenop het reeds vastgestelde aantal.

5.1 VORMGEVING ZORGSTEUNPUNTEN

Een gemeenschappelijke ontmoetingsplaats in een kleine kern of dorp is van groot belang voor de leefbaarheid van die plaats. De provincie Noord-Brabant stimuleert de aanwezigheid van dorpshuizen in een extra programma. In het kader daarvan worden onder andere oude, in onbruik geraakte gebouwen en gebouwtjes van de kruisvereniging in ere hersteld. Friesland heeft een programma waarin met behulp van EU-fondsen gemeenschapshuizen worden gebouwd en ook Overijssel en Gelderland kennen experimenten met het ‘Kultuurhüs’.

Voor mensen die meer dan gemiddeld afhankelijk zijn van zorg is behoefte aan het inrichten van zorgsteunpunten waar een gemeenschappelijke ontmoetingsruimte gecombineerd wordt met diensten en zorgfuncties en met nog andere, eventueel commerciële, functies.



Welke voorbeelden van zorgsteunpunten komen we in de praktijk zoal tegen?

- **Servicecentrum**

Het servicecentrum als kern van de woonzorgzone kan op verschillende plaatsen in Nederland worden teruggevonden. Voorbeelden zijn Dijkstate in Maartensdijk en De Hofstede in Velsbroek [14]. Het programma-aanbod van een servicecentrum kan zowel commerciële diensten (kapper, postorderbedrijf), woondiensten (servicepunt voor de woningbouwvereniging, buurtconciërge), openbare diensten (stadsdeelkantoren, bibliotheek, peuterspeelzaal), welzijnsdiensten (activiteitenruimten, maaltijdgebruik, cursussen, voorstellingen, internetcafé), (para)medische diensten (thuiszorg, hulpmiddelenuitgifte), als zorgdiensten (dagopvang/verzorging/behandeling, nachtopvang, huisarts) omvatten.

- **Dorpscentrum**

Een voorbeeld van een initiatief dat onder de categorie zorgsteunpunt kan worden ondergebracht is het dorpscentrum in het Zeeuwse Dreischor waarin verschillende dorpsorganisaties en -verenigingen, zorgverleners en faciliteiten vertegenwoordigd zijn [15]. Huisarts en fysiotherapeut hebben hun praktijkruimte in het dorpscentrum, er is een peuterspeelzaal en pinautomaat en dorpsverenigingen gebruiken de zaal en de bar. Vanuit het dorpshuis is een directe verbinding met ouderenwoningen die rond het dorpscentrum zijn gebouwd en waar de zorgvoorzieningen zijn ondergebracht. Het initiatief om het oude dorpshuis aan te passen is oorspronkelijk door het bestuur van het dorpshuis genomen door middel van het oprichten van een projectgroep. De gemeente en de woningbouwvereniging sloten zich bij deze projectgroep aan. Besloten werd dat de gemeente het project zou trekken en voor de financiering zou zorgen. Inmiddels heeft het dorpshuis zich ontwikkeld tot het hierboven geschetste dorpscentrum.

- **Ontmoetingsruimte**

In Escharen (Noord-Brabant) heeft de woningbouwcorporatie het initiatief genomen tot afbraak van het oude dorpshuis en het op die plek bouwen van een ontmoetingsruimte voor de dorpsbewoners. De ontmoetingsruimte wordt door de corporatie verhuurd aan de gemeente. Ook zorgverlening krijgt een plaats in de ontmoetingsruimte, evenals de uitleen van hulpmiddelen, spreekuren van zorgverleners, de ouderenadviseur, een restaurant en een welzijnscoördinator [16].

- **Gemeenschapshuis**

Het dorpje Schijf, een kleine kern van 1000 inwoners, heeft een gemeenschapshuis. Het gemeenschapshuis kan worden gebruikt voor sport, recreatie, ouderen, zorgpunt van de thuiszorg, toneelclub, jeugdwerk, majorettes, peuterspeelzaal, tentoonstellingen, enzovoorts.

Bijzonder aan dit voorbeeld is het sleutelplan waardoor een permanente beheerder niet nodig is. Alle ruimten in het huis kunnen multifunctioneel worden gebruikt. Groepen die er gebruik van maken, hebben alleen sleutels van de ruimten die ze nodig hebben. De sleutels staan onder beheer van de gebruikers. Het gebruik van de ruimtes wordt gepland door de conciërge.

Uit gerealiseerde initiatieven met betrekking tot zorgsteunpunten op het platteland zijn de volgende conclusies te trekken:

- Iedereen beseft het belang van een gemeenschappelijke ruimte voor sociale en zorgactiviteiten. Waarschijnlijk is het een conditio sine qua non.
- Het realiseren van een zorgsteunpunt moet een integraal project zijn vanuit wonen, zorg en welzijn. Bij het afzonderlijk regelen komt er waarschijnlijk nooit iets van de grond. Daarnaast moet het ontkokerd zijn, immers, bij afzonderlijke doelgroepen is het draagvlak te klein.
- Vrijwel iedere vorm is wel ergens in Nederland, in dorpen van vrijwel elke omvang (500 tot 5000 inwoners) gerealiseerd.
- De initiatiefnemers zijn doorgaans het welzijnswerk, de gemeente, een woningbouwcorporatie of een zorgaanbieder. De uitvoering ligt vrijwel altijd bij een combinatie van deze partijen.
- Financiering is bijna altijd gemengd: gemeente, zorgaanbieders, woningbouwcorporaties, commerciële huurders en fondsen voor vernieuwing of bevordering van de leefbaarheid.
- In bijna alle gevallen is er sprake van een stapeling van functies en timesharing van ruimten; er wordt steeds gezocht naar welke activiteiten, functies en ruimten kunnen worden gedeeld met andere partners.
- In het stapelen van functies en het delen van ruimten zijn verrassende combinaties te vinden. Hierin uit zich vaak de creativiteit van de partners.

Bij de totstandkoming van een zorgsteunpunt moeten de volgende vragen worden beantwoord:

1. Welke functies en ruimten worden in het zorgsteunpunt ondergebracht?

In een zorgsteunpunt dienen minimaal een kantoorruimte voor een zorg- en welzijnsteam, een ruimte voor opslag van hulpmiddelen, een ontmoetingsruimte, een ruimte voor tijdelijke opvang van bewoners en een informatiebalie aanwezig te zijn. Daarnaast eventueel ook een huisarts, kinderopvang, postkantoor, bank en een punt voor openbaar vervoer of speciaal vervoer. Een zorgsteunpunt kan verder eventueel in combinatie met zorgwoningen en commerciële functies (dorpsrestaurant, winkel) gecreëerd worden.

2. Welke beroepskrachten zijn in het zorgsteunpunt nodig?

Vrijwel overal wil men een soort dorpsbeheerder aanstellen voor het geven van dagelijkse informatie, het uitvoeren van dagelijkse klusjes, het leggen van eerste contacten en beheer van de ontmoetingsruimte. Daarnaast is er het zorgpersoneel dat periodiek, dan wel permanent kantoor houdt in het zorgsteunpunt.

3. Wat is al in het dorp aanwezig?

Het is van belang om na te gaan waarop kan worden aangesloten en welke publieke en private initiatieven een startpunt vormen.

4. Wat is de geografische reikwijdte en bevolkingsdichtheid van het dorp?

Geïnterviewd moet worden hoe kan worden gezorgd voor een kleinschalige en voor alle burgers bereikbare opzet.

5.2 ZORGWONINGEN EN GROEPSWONINGEN

Naast het zorgsteunpunt zijn geschikte zorgwoningen van belang bij extramuralisering van zorg op het platteland. Bij het realiseren van de benodigde zorgwoningen gaat het om vragen als: wat mag er worden gebouwd? Wat zijn wensen van ouderen, starters en doorsnee gezinnen? Wat is de verhouding tussen koop en huur, tussen dure en goedkope woningen? Is er grond beschikbaar voor marktconforme grondprijzen of zijn er aangepaste grondprijzen voor zorgwoningen?



Voor zorgwoningen gelden de volgende voorwaarden:

- De woningen zijn door verschillende doelgroepen te gebruiken;
- De zorg, met name de kostbare nachtzorg en de huishoudelijke ondersteuning, wordt door verschillende aanbieders gezamenlijk georganiseerd;
- Samenwerking kan plaatsvinden op basis van afspraken; iedere aanbieder blijft in dat geval verantwoordelijk voor de eigen cliënten (zie ook hoofdstuk 6);
- Samenwerking kan daarnaast plaatsvinden in de vorm van een integraal team (zie hoofdstuk 6).

Naast de zelfstandige zorgwoning kennen we voor cliënten met een intensieve zorg- of ondersteuningsvraag de kleinschalige groepswoning [17-19]. In deze woning hebben bewoners elk hun eigen zit-slaapkamer. Daarnaast delen zij een gemeenschappelijke woonkamer. Door deze opzet is het haalbaar om een 24-uurs begeleidingssysteem te creëren en hebben cliënten in sociaal opzicht wat aan elkaar. Kleinschalige groepswoningen zijn geschikt voor mensen met een ernstige verstandelijke beperking of dementie. De groepswoning is gesitueerd in een gewone wijk en komt qua vormgeving overeen met de omliggende woningen. Uiteraard zijn groepswoningen rolstoeltoegankelijk. Voor de plattelandssituatie is het van belang om te weten dat aangetoond is dat al vanaf zes intensief zorgbehoeftige personen kleinschalige groepswoningen te creëren zijn die zichzelf financieel kunnen bedruipen.

De Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) heeft onderzocht welke eisen aan het platteland gesteld moeten worden om mensen ook daar de gelegenheid te bieden zo lang mogelijk in de door hun gewenste omgeving te blijven wonen. De resultaten staan in een plattelandsscenario voor het jaar 2015 [10]. Het uitgangspunt is een landelijk gebied dat een conglomeraat van kleine dorpskernen bevat met een aantal verspreid liggende woningen daaromheen. Het betreft een gebied met 10.000 inwoners: twee kleine kernen van ongeveer 2500 inwoners en een grote kern van 5000 inwoners. Het plattelandsscenario is wat de logistieke en inhoudelijke organisatie van de zorg betreft al in paragraaf 4.1 beschreven. Wat wonen betreft gaat het plattelandsscenario ervan uit dat de meeste mensen in hun eigen huis zullen blijven wonen, al dan niet met aanpassingen. Voor een deel van de mensen zullen vanwege ernstige functiebeperkingen echter bijzondere woningen nodig zijn in de vorm van zorgwoningen en groepswoningen die in het scenario respectievelijk 'beschutte woningen' en 'clusterwoningen' genoemd worden. Een beschutte woning wordt gedefinieerd als een woonvorm voor mensen die intensieve zorg nodig hebben. Die zorg bestaat uit huishoudelijke hulp en hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen, is niet heel specialistisch van aard en moet volgens het plattelandsscenario binnen handbereik zijn. Omdat het hier om bewoners gaat die minder mobiel zijn, moeten zij volgens het scenario ook dichtbij huis terecht kunnen voor functies als dagbesteding, sociale contacten, reactivering en revalidatie, recreatieve en culturele activiteiten ('haalfuncties'; zie paragraaf 4.1 voor een nadere omschrijving). Een geschikte woonvorm ontstaat volgens het plattelandsscenario door de beschutte woningen in groepen bij elkaar te plaatsen binnen 50 tot 150 meter van de voor hun bewoners relevante haalfuncties. Een clusterwoning wordt omschreven als een woonvorm voor mensen die zowel intensieve zorg als toezicht behoeven. Omdat deze mensen bijna niet mobiel zijn, zijn zij voor hun behoefte aan functies aangewezen op interne levering. Clusterwoningen voorzien daarin. Zij bestaan elk uit een zit-slaapkamer en sanitair (beide privé-eigendom) en zijn in groepen van ongeveer zes geplaatst met daarbij een gemeenschappelijke huiskamer, keuken, bergruimte, badkamer, tuin en zorgpost. In het plattelandsscenario wordt voor het jaar 2015 geschetst dat op een bevolking van circa 10.000 inwoners ongeveer 48 beschutte en 48 clusterwoningen nodig zijn. De volgende varianten worden daarvoor aan-gegeven:

I Eén soort woning per plattelandskern

In de twee kleine kernen kunnen beschutte woningen ontwikkeld worden voor 24 mensen in de vorm van twee groepen van 12, bijvoorbeeld bij het dorpshuis of activiteitencentrum en met een kantoor voor 24-uurs zorg. De clusterwoningen komen uitsluitend in de grotere kern, bijvoorbeeld vier woningen voor in totaal 48 mensen en gekoppeld aan het zorgkruispunt (zie paragraaf 4.1). Aanpassing aan specifieke wensen en behoeften kan plaatsvinden door het creëren van afzonderlijke clusterwoningen voor specifieke doelgroepen zoals psychogeriatrische patiënten en mensen met ernstige somatische problematiek. Een kantoor- en onderzoeksruimte moet, indien niet in de nabijheid aanwezig, volgens het scenario aan de clusterwoningen worden toegevoegd. De clusterwoningen zijn verbonden met of staan dicht bij een dorpshuis of activiteitencentrum waar zich de haalfuncties bevinden (zie paragraaf 4.1).

II Verschillende soorten woningen in de kernen

Het bij elkaar plaatsen van verschillende woonvormen binnen kernen biedt meer keuzemogelijkheden voor bewoners en voordelen in personeelstechnisch opzicht.

Spreiding kan gerealiseerd worden door beschutte woningen te plaatsen in zowel de grote kern (bijvoorbeeld in vier groepen van elk zes clusterwoningen) als in elk van beide kleine kernen (twee groepen voor elk zes mensen). Daarnaast kunnen de clusterwoningen als volgt verdeeld worden: twee groepen voor zes bewoners in de grootste van beide kleine kernen respectievelijk zes groepen van zes bewoners in de grootste kern. De clusterwoningen moeten volgens het plattelandsscenario ook binnen deze variant dichtbij of gekoppeld aan het dorpshuis of activiteitencentrum geplaatst worden.

Casus Baarlo

De Woningbouwcorporatie Wonen Helden, onderdeel van de Woningbouwcorporatie Noord-Limburg, ondersteunt de gedachte om bij het bouwen van woningen voor ouderen, rekening te houden met welzijn en eventuele zorgvragen. Zo zijn in Baarlo in een fraaie stijl en op strategische plekken, in dit geval aan het dorpsplein, 30 aangepaste appartementen gebouwd voor senioren. In de directe omgeving heeft de corporatie eengezinskoopwoningen gebouwd. Dit geeft een gevarieerde en levendige samenstelling van het aanbod in woningen. Met de verkoop van de eengezinskoopwoningen is de onrendabele top van de ouderenwoningen betaald. De ouderenwoningen zijn niet speciaal bedoeld voor zorggeïndiceerden maar zijn dusdanig gebouwd dat het geen enkel probleem is om ze als zorgwoning in gebruik te nemen. Als extra service heeft de woningbouwcorporatie een ruimte voor gemeenschappelijk gebruik gebouwd. De bewoners gebruiken deze als ontmoetings- en recreatieve plek. De corporatie speelt daarmee in op de welzijnsbehoefte; welzijn is bij extramuralisering van zorg een essentieel onderdeel. Een bewonerscommissie van het appartementencomplex programmeert de activiteiten maar zorgt er ook voor dat nieuwe bewoners een bloemetje krijgen. Dat geeft een saamhorigheidsgevoel en een sociaal prettige en veilige omgeving.

De opvatting heerst dat adequaat aangepaste huisvesting en een goed pakket aan welzijnsproducten de behoefte aan zorg uitstelt. Dat zou een belangrijke besparing op het budget kunnen betekenen en de wachtlijst reduceren. De zorggroep Noord-Limburg maakt binnen het appartementencomplex gebruik van een dagactiviteitenruimte voor geïndiceerde dagopvang. De cliënten komen uit Baarlo zelf en uit omliggende dorpen. Een groepswoning voor dementerenden naast het appartementencomplex, is een volgende stap. De samenwerking levert zo een breder draagvlak op voor lokale initiatieven.

5.3 FINANCIERING*

Hoewel in het overheidsbeleid een omslag plaatsvindt van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd, is de huidige regelgeving weliswaar sterk in beweging maar nog niet aan de gewenste omslag aangepast. Er is geen heldere financieringsstructuur voor vernieuwende woonzorgvormen. Het al dan niet slagen van een project is in hoge mate afhankelijk van de inventiviteit van betrokkenen en vereist een creatief op zoek gaan naar financieringsbronnen.

Het zorgsteunpunt

In geval van extramuralisering van zorg op het platteland zal ook de noodzakelijke zorginfrastructuur geregeld moeten worden: kantoor- of werkruimte voor een zorg- en welzijnsteam, een opslagruimte voor hulpmiddelen voor de zorg- en dienstverlening, een gemeenschappelijke multifunctionele ruimte, ruimten voor tijdelijke opvang van bewoners, een ontvangstruimte met informatiebalie en onroerende voorzieningen voor 24-uurs alarmopvolging. De vraag is hoe in deze noodzakelijke infrastructuur te voorzien. Toen per 1 oktober 2002 de regeling zorginfrastructuur via de Woonzorgstimuleringsregeling werd beëindigd, was voor zorginfrastructuur alleen nog via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) financiering te krijgen. Echter, per 1 april 2003 bestaat ook deze mogelijkheid niet meer. In het kader van de financiering via de WZV is in mei 2001 door het Bouwcollege een referentiekader bouwkundige zorginfrastructuur bij het scheiden van wonen en zorg ontwikkeld die mogelijk wél nog een rol gaat spelen in de toekomst. Binnen dit referentiekader zijn door het Bouwcollege uitgangspunten geformuleerd voor het aantal vierkante meters en de kosten van de zorginfrastructuur. Omdat uit praktijkervaringen is gebleken dat deze regeling bij volledige extramuralisering erg sober is, ging het Bouwcollege bij beoordeling van aanvragen weliswaar uit van het referentiekader maar hield er tevens rekening mee dat bij volledige extramuralisering op locatie meestal geen voorzieningen als kantoor en multifunctionele ruimte overblijven. Het aantal vierkante meters dat nodig is en de bijbehorende kosten kunnen oplopen en hoger zijn dan in het referentiekader scheiden wonen en zorg aangegeven. Bepalend voor de omvang van de zorginfrastructuur was steeds de lokale situatie. Nu dus ook de mogelijkheid voor vergoeding van zorginfrastructuur via de WZV is beëindigd, heeft het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) de opdracht gekregen om voor vergoeding van zorginfrastructuur een regeling te ontwerpen die past binnen de tarieven voor zorginstellingen. De regeling is er nog niet, maar zal met terugwerkende kracht vanaf april 2003 worden ingevoerd. In hoeverre het hierboven beschreven door het Bouwcollege ontwikkelde referentiekader een rol gaat spelen in de nieuwe door het CTG te ontwikkelen regeling, is nog niet bekend.

In ieder geval blijkt duidelijk dat de financiering van de zorginfrastructuur ingewikkeld kan zijn. Zij kan het beste geregeld worden in samenspraak met de gemeente, zorgaanbieders en de woningbouwcorporatie omdat op deze manier vaak een beroep op speciale fondsen in de vorm van provinciale regelingen, plaatsontwikkelingsgelden et cetera mogelijk is.

* Geactualiseerd naar de stand van zaken in mei 2003

Zorgwoningen

Het overheidsbeleid met betrekking tot het scheiden van wonen en zorg geeft de mogelijkheid om zorgwoningen te realiseren binnen het regime van de volkshuisvesting. Als de woningen binnen de volkshuisvesting gerealiseerd worden, kunnen betrokken partijen meer zelf beslissen over de gewenste kenmerken van de woning. Er kunnen bijvoorbeeld appartementen ontwikkeld worden die geschikt zijn voor verschillende doelgroepen. In geval van zorgwoningen die binnen volkshuisvesting gerealiseerd worden, zijn cliënten huurders; zij huren hun woning bij de woningbouwcorporatie en kunnen wanneer hun woning onder de sociale huur valt, aanspraak maken op huursubsidie.

Maar ook als er binnen de WZV gebouwd wordt, is het mogelijk om grotere appartementen te bouwen [20]. In de constructie dat de zorginstelling huurt van de woningbouwcorporatie, wordt aan de zorginstelling de huurprijs in het instellingsbudget vergoed op basis van het referentiekader voor verzorgingshuizen dat momenteel uitgaat van 45 vierkante meter. Alles wat er binnen die financiële norm aan extra meters kan worden gerealiseerd, mag. De woningcorporatie kan ervoor kiezen de extra meters voor eigen rekening te realiseren omdat de uiteindelijke toekomstwaarde van het gebouw er beter door wordt.



Kleinschalige groepswoningen

Voor veel mensen op het platteland en hun naasten zal het langer zelfstandig kunnen wonen een duidelijke meerwaarde hebben. Voor een deel van deze mensen is daarvoor naast de beschikbaarheid van 24-uurs zorg, toezicht gedurende 24 uur noodzakelijk. Kleinschalige groepswoningen voldoen hieraan. Deze kunnen zowel binnen de WZV als binnen volkshuisvesting gerealiseerd worden. Er is een speciale regeling voor deze 'onzelfstandige huisvesting' binnen de Huursubsidiewet zodat bewoners hun woonruimte kunnen huren van de woningbouwcorporatie (de voorwaarden zijn kort geleden verruimd). Realisering via de volkshuisvesting brengt als knelpunt met zich mee dat bewoning door zorgintensieve bewoners hogere eisen aan een woning stelt dan binnen volkshuisvesting gebruikelijk is. De meerderheid van projecten voor deze doelgroep kiest dan ook voor integrale WZV-financiering [20].

Aanvullende financiering woningen

Aanvullende financiering voor de cliënt kan worden verkregen uit de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) voor individuele woningaanpassingen en aanvullende bijstand voor huurders met een inkomen op bijstandsniveau.

De aanbieder kan aanvullende financiering zoeken bij de gemeente (WVG) of zorgkantoren die soms bestaan dat van het geld voor zorg ook bouw wordt betaald.

Conclusie

Voor de grootste groep zorgvragers op het platteland zal de voorkeur uitgaan naar zorgwoningen die voldoen aan de eisen van volkshuisvesting en levensloopbestendig zijn.

Voor zorgbehoevenden die 24-uurs zorg én toezicht nodig hebben, is behoefte aan een beschermde woonomgeving met gemeenschappelijke ruimtes naast een eigen ruimte: de kleinschalige groepswoning. Ook voor dit soort woningen is het principe van scheiden van wonen en zorg een financieringsmogelijkheid maar gezien de huidige regelgeving is realisering binnen de WZV ook een goede optie [20].

Zorgsteunpunten kunnen in combinatie met andere functies gerealiseerd worden. De financiële ruimte is weliswaar beperkt, maar voorbeelden tonen aan dat juist die combinatie van functies soelaas kan brengen. Daarom wordt aangeraden te zoeken naar gezamenlijk gebruik van ruimten met andere partijen als welzijn, detailhandel, kinderopvang et cetera.

Wellicht meer nog dan bij extramuralisering van zorg in een stedelijke omgeving is samenwerking en een goede regie bij een dergelijk proces op het platteland van essentieel belang. Waarschijnlijk is samenwerking en regie op het platteland ook ingewikkelder. Immers, daar waar in een grotere stad de gemeente geoutilleerd is en de deskundigheid heeft om de regierol op zich te nemen, is dat in een kleine gemeente niet altijd het geval. In nogal wat zorginitiatieven op het platteland is het juist de zorgaanbieder die het voortouw neemt. De situatie kan dan ontstaan dat ongelijkwaardige partners moeten gaan samenwerken: een grote zorgaanbieder, een grote of kleine woningbouwcorporatie en een kleine gemeente. Terwijl het voor de gemeente het centrale zorgvernieuwingsproject betreft, werkt de woon- of zorgaanbieder op meer plaatsen en is het slechts een onderdeel van haar activiteiten. Kleinere gemeenten beschikken daarbij vaak niet over de benodigde deskundigheid voor samenwerking met grote zorgaanbieders.

Een andere complicerende factor bij samenwerking wordt gevormd door de verschillende territoriale niveaus van de woon-, zorg- en welzijnspartners. Ook gaat het op het platteland vaak om monopolisten, hetgeen op gespannen voet kan staan met de gewenste keuzevrijheid van burgers. Niet altijd beschikken kleine kernen en dorpen overigens over het benodigde of deskundige welzijnswerk. Ook het realiseren van de noodzakelijke steun van de dorpsbewoners vergt een bijzondere vorm van samenwerking. In een dorp is immers iedereen bij een project als extramuralisering van zorg betrokken. Geen enkele geleding, vereniging of groepering kan zich afzijdig houden. Van voetbalvereniging tot middenstand is partij. Bij een gezamenlijke aanpak speelt het zorgkantoor overigens een centrale rol. Zij sluit contracten af op basis van beleidsregels. De praktijk laat zien dat de bijdrage en medewerking van het zorgkantoor per regio nogal kan verschillen: van op de rem staan tot loyale medewerking.



“Inwoners beschouwen het verzorgingshuis als hun eigendom, vooral omdat het midden in de dorpskern staat. Wat er ook mee gebeurt, het hele dorp is erbij betrokken.”

“Meer dan in de grote stad is het project afhankelijk van personen. Een voorzitter die vertrekt, een wethouder die niet wordt herkozen. Iedere verandering in invloedrijke personen kan het project jaren terugwerpen.”

“Bijna driekwart van de 65-plussers hier in het dorp is bestuurslid van de Ouderenbond of Stichting Welzijn Ouderen, de vrijwilligersvereniging of Stichting Tafeltje Dekje.”

“Wat de pastoor op zondag zegt, heeft meer invloed dan heel wat andere pogingen om de burgers erbij te betrekken.”

“In het bestuur zitten alle notabelen van het dorp. Iedere verandering wordt bijna als een aanval op hun persoon ervaren, als een ondergraving van hun positie in het dorp.”

6.1 VORMGEVING

Samenwerking tussen verschillende aanbieders is onvermijdelijk om op het platteland een goed aanbod te creëren. Voordat men komt tot samenwerking worden vaak de volgende vragen gesteld:

- Welke organisaties zijn verantwoordelijk voor het leveren van zorg en welzijn? Om welk aanbod en om welke doelgroepen gaat het precies?
- Hoe is de verdeling van het bestaande aanbod in geografische zin (gespreid, geconcentreerd) en hoe verlopen logistiek en verantwoordelijkheden?
- Hoe verhoudt de thuiszorg zich tot de intramurale instelling?
- Hoe voorkom je dat instellingen met een uitgeholde intramurale voorziening (gatenkaas) komen te zitten op het moment dat ze plaatselijk extramuraliseren? (zie ook paragraaf 4.2)
- Moet concurrentie worden tegengegaan of is concurrentie tussen aanbieders juist goed voor de kwaliteit van de zorgverlening? (zie ook paragraaf 4.6)

Vele projecten in het land worstelen met deze vragen. Het gros van de projecten heeft nog geen oplossing gevonden. Het blijkt geen eenvoudige taak te zijn. Er heerst koudwatervrees bij de verschillende aanbieders. Met name de integratie van zorg en welzijn blijkt moeilijk te zijn. Natuurlijk zijn er ook koplopers. Hieronder staan enkele voorbeelden van oplossingen die zijn gevonden om te komen tot samenwerking.

1 Fuseren van aanbieders

In Noord-Limburg heeft een fusie plaatsgevonden tussen de intramurale aanbieder van zorg en de thuiszorg. De discussie over het domein hoeft dan niet meer te worden gevoerd. In Groesbeek, Gelderland, is de intentie dat de thuiszorgorganisatie en de intramurale ouderenzorg gaan fuseren. Ook de organisatie voor lichamelijk gehandicapten en de organisatie voor verstandelijk gehandicapten gaan fuseren. Op termijn zijn er dus nog maar twee aanbieders.

2 Stapelen van budgetten

In de Trynwâlden in de Friese gemeente Tytsjerksteradiel is een geïntegreerde werkorganisatie ontwikkeld voor zorg en welzijnsdiensten. De budgetten van de verschillende aanbieders worden samengevoegd in een centrale kas. Dit leidt tot een persoonlijk budget voor de cliënt dat kan worden benut voor de verschillende soorten zorg- en dienstverlening. Alle betrokken partijen moesten hun organisatie en werkwijze ingrijpend veranderen.

3 Integrale teams

Integrale teams kunnen zorgdragen voor een integrale organisatie van zorg- en dienstverlening. Een integraal team is een groep professionals, eventueel aangevuld met vrijwilligers, die in een beperkt geografisch gebied verantwoordelijk is voor het beantwoorden van een zo groot mogelijk deel van de vragen naar woon-, zorg- en welzijnsdiensten van alle inwoners.

Op verschillende plaatsen in Nederland, zowel in de stad als op het platteland, wordt gewerkt aan het opzetten van dergelijke teams. In de volgende paragraaf wordt hier uitgebreider op ingegaan. Praktijkvoorbeelden staan in bijlage 2.

4 Inkooporganisatie en aanbesteding

In de wijk IJburg te Amsterdam worden zorg- en dienstverlening aanbesteed. Het gewenste aanbod gaat dwars door alle bestaande schotten in de gezondheidszorg en welzijnssector. Op functionele gronden is gekeken welke functies wel en welke niet bij elkaar horen en of bepaalde mensen behoefte hebben aan specifieke voorzieningen, dan wel gebaat zijn bij een betere toegankelijkheid en bereikbaarheid van algemene voorzieningen. Om het aanbod sluitend te organiseren zoeken inkopers, dat zijn de instanties die over budgetten voor zorg- en dienstverlening beschikken, passende producenten in de vorm van aanbieders van zorg- en dienstverlening. De aanbieders moeten voldoen aan de eisen van de vier budgethouders (zorgverzekeraar, zorgkantoor, centrale stad en stadsdeel Zeeburg) om de diensten te mogen leveren. De budgethouders vormen samen een inkooporganisatie. Naast een programma van eisen hebben zij ook een aanbestedingsprocedure voor de zorg- en dienstverlening opgesteld. De advisering, bemiddeling en inkoop van zorg en diensten is als een apart product omschreven. IJburgers kunnen dus hulp krijgen bij het samenstellen van een pakket op maat.

5 Geografische afspraken tussen aanbieders

In de woonzorgzone Moerwijk in Den Haag gaat het verzorgingshuis zorg bieden aan cliënten die binnen een straal van 200 meter van het zorgkruispunt wonen. Daarbuiten kan dan in principe de thuiszorg gaan werken. In Oost-Groningen is het zorgkruispunt ondergebracht in het verzorgingshuis te Winschoten. Samenwerking tussen dit verzorgingshuis en de thuiszorg leidt tot een opzet waarbij de burgers in de regio 24 uur per dag zorg kunnen aanvragen, ook onplanbare zorg. Het verzorgingshuis voorziet bewoners van Winschoten van deze zorg; de twee in het centrum gevestigde thuiszorgorganisaties doen dat in Bellingwede. De Steunsteet's (steunpunten in het dorp waar bewoners kunnen deelnemen aan diverse activiteiten en gebruik kunnen maken van verschillende diensten, zie paragraaf 4.2), dienen daarbij als uitvalbasis.

6 Woonzorgloketten

Bij een woonzorgloket kunnen alle inwoners terecht met vragen over wonen, zorg en welzijn en kunnen zij zich, als dit nodig is, ook aanmelden voor voorzieningen. Het initiatief tot het opzetten van een woonzorgloket wordt vaak genomen door de gemeente. Soms wordt het initiatief genomen door meer organisaties. De samenwerking rondom het loket vindt over het algemeen plaats in de vorm van een project- of stuurgroep. Soms zijn er verschillende overeenkomsten opgesteld met de diverse partners. In de meeste gevallen wordt de samenwerking ondersteund door een samenwerkingsovereenkomst ofwel convenant. De loketmedewerkers kunnen in dienst zijn bij verschillende organisaties. Vrijwel elk loket biedt diensten aan van de Stichting Welzijn Ouderen, de gemeente, zorgaanbieders, woningbouwcorporaties en de thuiszorg. De aangeboden diensten kunnen uiteenlopen van het verstrekken van informatie over diensten van betrokken organisaties tot het daadwerkelijk aanvragen of verlenen van diensten van deze organisaties. In de werkprocessen wordt een onderscheid gemaakt tussen front- en backoffice. Onder frontoffice wordt het fysieke of digitale loket verstaan waar de klant zijn vraag kan stellen en waar een deel van de afhandeling kan plaatsvinden. De backoffices zijn de instellingen of organisaties van waaruit de zorg- en dienstverlening kan plaatsvinden.

Voor de exploitatie van een loket bestaan verschillende mogelijkheden. Meestal wordt uitgegaan van een budgettaire neutrale situatie: de diensten worden deels via het gezamenlijke loket uitgevoerd in plaats van binnen de verschillende organisaties apart. De kosten van het loket kunnen worden gedekt door verrekening op basis van verleende diensten, door inzet van eigen personeel binnen het loket, door een vooraf afgesproken verdeling van de kosten of door een combinatie van deze mogelijkheden.



Casus Helden

Onder aansturing van de gemeente Helden vullen verschillende partijen, waaronder de woningbouwcorporatie, Zorggroep Noord-Limburg, de thuiszorg, gehandicaptenzorg en de ggz, een palet van woon-, welzijns- en zorgarrangementen in. De partijen verkeren in de beginfase van het proces. Dat wil zeggen: er is overeenkomst over de grote lijn. Door ondertekening van een convenant in januari 2003 committeerden de partijen zich aan de invulling daarvan.

Initiatiefnemer van het proces was het lokale zorgcentrum De Wietel in Panningen, de buurgemeente van Helden. In toenemende mate bleken burgers belangstelling te hebben voor zorg-aan-huisarrangementen. Daar werd op ingespeeld door zorgcentrum De Wietel in de vorm van verpleeghuiszorg thuis. Rekening houdend met de draagkracht van de mantelzorg bleek dit voor velen, inmiddels 60 cliënten, een goed alternatief voor opname. Door het succes ontstond een positief klimaat ten opzichte van het extramuraliseren en decentraliseren van zorg.

Extramuralisering van de volledige capaciteit van zorgcentrum De Wietel in Helden is een van de nog te nemen stappen. Aan verzorgingshuisgeïndiceerden zal in dat kader thuiszorg worden aangeboden. Dat vraagt om een flexibele organisatie die in staat is om binnen een gegeven straal rondom het zorgsteunpunt geplande en ongeplande zorg te leveren. De categorie verpleeghuisgeïndiceerden zal bij volledige extramuralisering voornamelijk op geconcentreerde plekken wonen, gezien de afhankelijkheid van een 24-uurs toezicht- en bereikbaarheidssysteem. Voor psychogeriatrische cliënten zijn groepswooningen in een kleinschalige opzet de aangewezen vorm. Cliënten met een somatisch ziektebeeld kunnen in individuele appartementen wonen, bijvoorbeeld zes bij elkaar met een 24-uurs zorgsysteem bij de hand. Dit alles laat onverlet dat thuis wonen door verpleeghuisgeïndiceerden uiteraard een mogelijkheid blijft, daar waar de mantelzorg een bijdrage levert.

Van de zorgorganisatie vraagt dit initiatief om een flexibele inzet van medewerkers. Een bundeling van krachten geeft meer kansen. Een personele samenwerking tussen de verschillende zorg- en welzijnsorganisaties die lokaal actief zijn, ligt daarom voor de hand. Ook samenwerking met de eerste lijn kan het draagvlak versterken. Dat vraagt om regie van een partner die boven de partijen staat. In de regio Helden is dat de lokale overheid: de gemeente Helden. In samenspraak met de buurgemeenten vindt aansturing door een projectorganisatie plaats. De wensen van de in de regio wonende burgers wil men nadrukkelijk als vertrekpunt nemen. Deze wensen worden met behulp van een enquête geïnventariseerd.

6.2 INTEGRALE TEAMS

In de vorige paragraaf zijn diverse varianten genoemd van samenwerking tussen aanbieders van zorg en welzijn. Een van die varianten is de integrale organisatie van zorg- en dienstverlening in de vorm van teams die verantwoordelijk zijn voor de totale dienst- en zorgverlening in een geografisch gebied (wijk, buurt of dorp). Een dergelijk integraal team kan bestaan uit professionals met verschillende achtergronden en deskundigheden zoals helpenden en verzorgenden van de thuiszorg en intramurale instellingen, activiteitenbegeleiders, medewerkers van de technische dienst van woningbouwcorporaties, uitvoerenden van welzijnsinstellingen en buurtbeheerders van de gemeentelijke diensten. Het team kan eventueel worden aangevuld met vrijwilligers. De gemengde samenstelling leidt ertoe dat het team uiteenlopende vragen kan beantwoorden. Het zwaartepunt binnen het takenpakket van het integrale team zal liggen bij huishoudelijke en verzorgende taken en woon- en welzijnsdiensten. De vraag doet zich voor of de mogelijkheid om verschillende activiteiten in één functie te concentreren niet te optimistisch wordt ingeschat. Hiermee samenhangend is het feit dat de flexibiliteit in de uitvoering van verschillende taken wordt beperkt door de huidige wetgeving zoals de Wet beroepen individuele gezondheidszorg, de CAO en de Arbeidsomstandighedenwet.

In bijlage 2 staan drie voorbeelden van locaties waar men reeds werkt of in de nabije toekomst gaat werken met integrale teams: de wijk Krakeel in Hoogeveen, het gebied Trynwâlden in Friesland en de gemeente Rijsbergen in Noord-Brabant.

Er zijn verschillende varianten om integrale teams op te zetten:

- Volledige integratie van personeel van verschillende aanbieders in een zelfstandig team met een eigen CAO. Dit is het meest vergaande model. In IJburg bestaan plannen voor volledige integratie van het personeel van verschillende aanbieders in een team dat zelfstandig werkt. In Trynwâlden (zie bijlage 2) is, naast volledige integratie van het personeel in een zelfstandig team, ook een eigen CAO opgesteld.

- Ieder teamlid blijft in dienst van de eigen organisatie maar treedt toe tot een netwerk dat het team vormt. In de woonzorgzone Moerwijk in Den Haag is sprake van netwerkvorming rondom complexe cliënten die zorg van meer aanbieders nodig hebben ('gestapelde zorg'). Er zijn ook gezamenlijke loketten en informatiepunten.
- Beroepskrachten met een achtergrond in de zorg worden samengevoegd in een zelfstandig team dat los staat van de organisatie waaruit deze beroepskrachten afkomstig zijn en dat 24-uurs zorg levert. Voor dag-activiteiten, klussen en dergelijke, worden mensen vanuit het welzijnswerk, de woningbouwcorporaties en gemeenten ingezet die in dienst blijven van hun eigen organisatie en aan het team worden uitgeleend (zie de wijk Krakeel in Hooftvee: bijlage 2).
- Een groeimodel waarin de mate van integraliteit en zelfstandigheid van het team langzaam wordt opgevoerd.

Binnen al deze varianten is het essentieel dat helder wordt vastgelegd voor welke functies in welke vorm precies wordt samengewerkt.

Integrale teams bieden de volgende voordelen:

- Het werken met behulp van integrale teams biedt mogelijkheden om intensief met elkaar samen te werken en gebruik te maken van elkaars deskundigheden;
- De indirecte uren worden meer gespreid over de verschillende aanbieders;
- Het model sluit aan op de functiegerichte indicatiestelling en breekt met de intramuraal/extramuraal en aanbodgerichte organisatie van zorg;
- De zorg kan op een aantal deelgebieden efficiënter worden georganiseerd, dit geldt met name voor de avond- en nachtzorg, 24-uurs alarmopvolging, geplande en ongeplande zorg buiten de 24-uurs kern en specialistische functies als stomaverzorging, diabetes, dieet en preventie;
- Integrale teams geven gelegenheid tot sectoroverstijgend werken waardoor meer afwisseling voor de individuele medewerker ontstaat en vervanging eenvoudiger te realiseren is;
- Kantoorfuncties kunnen gezamenlijk worden gebruikt.

Bij het bepalen van de getalsmatige bezetting van integrale teams worden vaak de productieafspraken van de verschillende instellingen op een rij gezet. Per werkgebied wordt gekeken hoeveel cliënten elke organisatie heeft en welke diensten door welke organisatie worden aangeboden. Naar rato van de geleverde uren en diensten van de verschillende organisaties wordt vervolgens een team samengesteld waarbij de huidige productieafspraken veilig worden gesteld. De afzonderlijke organisaties ontvangen naar rato van voor het team ingezette werknemers geld. De financiële verevening kan overigens ook op basis van het uitruilen van uren.

In de praktijk kan men bij het organiseren van integrale teams tegen de volgende vragen aanlopen:

- Wie stuurt een team aan: moet er een teamcoördinator worden aangewezen, komt er een zelfsturend team of een andere variant?
- Welke organisatorische gevolgen heeft het inzetten van een integraal team voor de afzonderlijke aanbieders?
- Hoe ga je om met verschillende zorgplannen?
- Hoe om te gaan met uiteenlopende organisatieculturen?
- Wat te doen met verschillende CAO's?
- Hoe integreer je welzijn in het aanbod van het integrale team?
- Doet de woningbouwcorporatie mee en hoe moet de woonklusdienst geïntegreerd worden?
- Hoe is de verhouding tussen directe en indirecte uren?

GEVOLGEN VOOR BEROEPSKRACHTEN

Toenemende extramuralisering en meer zorg op maat betekent ook op het platteland veranderingen voor beroepskrachten die daar zorg en diensten leveren. Om in een dorp of kleine kern de zorg- en dienstverlening te organiseren, is het nodig dat deze zoveel mogelijk ontkokerd worden aangeboden. Met name voor beroepskrachten uit intramurale instellingen die zorg aan huis of in groepswoningen gaan verlenen, heeft dit alles belangrijke gevolgen. Zij zullen immers niet alleen zelfstandiger moeten werken maar ook op gedeconcentreerde plekken waardoor zij beslissingen moeten nemen zonder terug te kunnen vallen op patronen in de instelling. Omdat de veranderingen vooral ingrijpend zijn voor beroepskrachten afkomstig uit intramurale instellingen, is dit hoofdstuk met name op deze professionals gericht.

“De grootste verandering moet zich gaan afspelen in de hoofden en het gedrag van de medewerkers; zij moeten van een intramurale instelling naar buiten. Ik trek daar wel een jaar of vijf voor uit.”



Het verschil voor beroepskrachten tussen het intramuraal leveren van zorg en ondersteuning enerzijds en extramuraal in een plattelandssetting anderzijds, wordt beschreven aan de hand van:

- Het takenpakket (paragraaf 7.1);
- De samenwerking (paragraaf 7.2);
- De omgeving (paragraaf 7.3).

De aard van de werkzaamheden, het belang van samenwerking en de specifieke omgevingskenmerken op het platteland vragen andere competenties van beroepskrachten. Daarbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen beroepskrachten die voorheen intramuraal werkten en nu bij cliënten thuis gaan werken en beroepskrachten die overstappen van een intramurale organisatie naar een groepswoning [21] (zie ook paragraaf 5.2). In dit laatste geval nemen beroepskrachten veel taken over omdat het om zeer afhankelijke bewoners gaat, bijvoorbeeld door een ernstige lichamelijke of verstandelijke handicap, ernstige psychische problemen of dementie. Wanneer medewerkers bij individuele cliënten thuis werken, is er minder sprake van het overnemen van taken.

7.1 TAKENPAKKET

Voor beroepskrachten uit intramurale instellingen die overstappen naar extramurale zorg op het platteland, zal een verandering in het takenpakket optreden [22,23].

In de institutionele setting lag het accent op zorggerichte taken. In de geëxtramuraliseerde situatie gaat het, naast de aandacht voor zorg, ook om begeleiding en dienstverlening. Dat betekent een breder pakket van werkzaamheden met tevens coördinerende taken, het ontwikkelen van een netwerk, beheersmatige en administratieve taken. Er is dus meer afwisseling voor de individuele beroepskracht. Binnen instellingen is voor elke functie zoals zorg, koken, huishoudelijke taken en logistiek een andere beroepskracht aanwezig; nu komen al deze functies samen in één persoon. De specifieke vaardigheden die intramuraal gescheiden zijn en aanwezig zijn bij respectievelijk de kok, activiteitenbegeleider, fysiotherapeut, vrijwilligersbegeleider en mantelzorgondersteuner dienen alle te worden overgenomen en anders te worden toegepast. De beroepskracht is beschikbaar voor alle voorkomende zorg- en ondersteuningsactiviteiten: koken, huishoudelijke taken, de organisatorische voortgang en entertainment. Een positief aspect hiervan is dat de beroepskracht meestal zelf de vraag van een cliënt kan beantwoorden en de cliënt niet meer te horen krijgt 'mijn collega komt zo bij u...', waardoor de arbeidssatisfactie toeneemt. Ook is vervanging van beroepskrachten eenvoudiger te realiseren.

Een tweede verandering is dat de werkzaamheden van beroepskrachten in een extramurale plattelands-setting onderdeel worden van de dagelijkse activiteiten van cliënten. Deze dagelijkse activiteiten bestaan uit het actief of passief meehelpen met huishoudelijke taken, bedenken wat te eten, boodschappen doen, koken, maaltijden opdienen, deelnemen aan activiteiten binnen en buiten, hobby's uitoefenen en familie of kennissen ontvangen of bezoeken. Het kan moeilijk zijn voor beroepskrachten om de oude instellings- of afdelingscultuur los te laten. Weg met de betutteling, niet voor de mensen zorgen maar zorgen dat zij voor zichzelf kunnen zorgen, cliënten stimuleren om zoveel mogelijk zelf te doen en zorg bieden met de handen op de rug, worden inherent aan het werk. Daarbij komt dat de woonruimte niet meer het eigendom van de voorziening is maar van de bewoner; de medewerker komt er dus op bezoek. Cliënten kunnen aangeven wanneer ze gewassen willen worden en er wordt gegeten op een tijdstip wanneer het de cliënt schikt.

Competenties

Vanwege de genoemde veranderingen in het takenpakket, zijn deskundigheid en vaardigheden op verschillende fronten nodig en daarnaast ook een bepaalde houding en persoonlijkheid om daar evenwichtig mee om te gaan [22, 23]. De beroepskracht heeft meer vaardigheden nodig die aansluiten bij het dagelijks leven van de cliënt en er is behoefte aan een meer integrale benadering van cliënten in de vorm van aandacht voor het lichamelijk, psychisch en zelfstandig sociaal functioneren. De nadruk verschuift van voorschriften en regels waarbinnen het werk intramuraal wordt verricht, naar creatief omgaan met wensen en eisen, ondernemen (de ondernemende werknemer), reflecteren, waarnemen (diagnosticeren) en zelfdiscipline (helpen met de handen op de rug). Het meedenken met en ondersteunen bij het maken van keuzen door cliënten krijgt soms de vorm van een persoonlijk begeleiderschap waarbij de beroepskracht een zorgplan opstelt en uitvoert en de regie zoveel mogelijk bij de cliënt blijft. Daarbij is de beroepskracht het aanspreekpunt voor cliënten en familie. Dit vraagt om een attitude die minder regelend en meer empathisch is en professionele competenties die verbonden zijn aan het nieuwe takenpakket.

Met name het werken in een integraal team (zie paragraaf 6.2) kan bovendien betekenen dat beroepskrachten te maken krijgen met cliënten met wie zij nog geen of nauwelijks ervaring hebben. Dat betekent dat beroepskrachten, naast bovengenoemde competenties ook kennis moeten hebben over en ervaring moeten krijgen in het werken met andere doelgroepen dan waar zij mee gewerkt hebben. Voor beroepskrachten in groepswoningen zal deze vereiste kennis en ervaring doorgaans doelgroepspecifieker en diepgaander moeten zijn omdat zij te maken krijgen met cliënten met een zwaardere problematiek zoals ernstig verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten [21].

7.2 SAMENWERKING

In de vaak meer besloten plattelandsgemeenschap staan alle aanbieders voor hetzelfde doel, namelijk de zorg- en dienstverlening voor de omgeving zo goed mogelijk regelen. Vooral bij enige variëteit aan aanbieders, verdient de samenwerking tussen beroepskrachten afkomstig uit verschillende disciplines en ook de onderlinge afstemming, voortdurende aandacht. Dit is met name van belang in geval van integrale teams (paragraaf 6.2). Bij verdergaande extramuralisering kunnen beroepskrachten bovendien te maken krijgen met cliënten met een zwaardere problematiek zoals dementie, depressie en schizofrenie, waardoor het

belang van samenwerking en afstemming op andere beroepsgroepen nog meer toeneemt [22]. Als er sprake is van groepswoningen is samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders van groot belang om continuïteit van zorg te kunnen garanderen. De onderlinge samenwerking wordt vereenvoudigd door het feit dat er in een plattelandsgemeente vaak geen sprake is van veel verschillende zorgaanbieders; vaak is er één thuiszorgorganisatie actief en één intramurale instelling (zie ook paragraaf 7.3).

In sommige plattlandsgebieden wordt de sociale afstand groter. Er kan minder beroep worden gedaan op mantelzorg van familie en buren vanwege kleinere gezinnen, lossere familiebanden en toegenomen mobiliteit. Toch spelen familie en buren op het platteland nog steeds een grote rol. Samenwerking met deze informele zorgverleners is daarom een belangrijk aspect van het werk van beroepskrachten op het platteland.

Competenties

Een belangrijke competentie in het kader van de noodzakelijke samenwerking is het werk kunnen afstemmen met andere dienstverleners in het dorp, met collega's en het informele zorgcircuit. Communicatieve vaardigheden en flexibiliteit zijn daarvoor onmisbaar.

7.3 OMGEVING

Een belangrijk omgevingskenmerk voor beroepskrachten op het platteland is de lage bevolkingsdichtheid. Voor beroepskrachten die bij cliënten thuis werken kan het werkgebied daardoor geografisch omvangrijk zijn. De afstanden zijn groot, zeker naar boerderijen of huizen buiten de bebouwde kom. De omgeving waar het werk wordt uitgevoerd, is niet alleen dunner bevolkt maar ook het aantal en de variatie in aanbieders is beperkt. Dit heeft consequenties voor de nabijheid van collega's voor overleg tijdens het werk, het aanbod aan zorg- en dienstverlening dat beschikbaar is en de veiligheid bij het werken. Het veiligheidsaspect speelt vooral in de avonden en 's nachts een belangrijke rol en kan ondervangen worden door het kiezen van veilige vervoersmiddelen, het inzetten van twee beroepskrachten die samen op pad gaan en een verbinding met een alarmcentrale.

Een ander kenmerk van de plattlandsomgeving is dat in het algemeen de betrokkenheid van de omgeving bij de zorg- en dienstverlening veel groter is dan in de stad. Meer in het bijzonder zijn, zoals in de vorige paragraaf al aangegeven, mantelzorg en vrijwilligers meer aanwezig om inhoud te geven aan het leven van een cliënt. Vrijwillige hulp en ondersteuning vinden op het platteland nog vanuit een vanzelfsprekendheid plaats. Deze bijdrage is essentieel om het zelfstandig wonen op het platteland tot een succes te maken. De tevredenheid bij de familie is doorgaans groot en de familie is erg betrokken, waardoor de arbeidssatisfactie van beroepskrachten kan toenemen.

Een omgevingskenmerk dat met culturele en traditionele aspecten te maken heeft, is dat mensen als de huisarts, fysiotherapeut, (wijk)verpleegkundige en activiteitenbegeleider aanzien en een bijbehorende positie in een plattlandsomgeving kunnen hebben.

Competenties

Gezien de omgevingskenmerken zijn persoonlijke eigenschappen als zelfstandig kunnen werken, zelfoplossend vermogen, flexibiliteit, verantwoordelijkheid durven en kunnen nemen, solistisch en tegelijkertijd in samenwerking met andere organisaties en disciplines kunnen werken, belangrijk [23]. Voor degenen die de coördinatie regelen, is bovendien een kwantitatief en kwalitatief inzicht in de benodigde personeelsbezetting van belang. Preventieve bezoeken aan toekomstige cliënten kunnen daarbij een hulpmiddel zijn. Een voorbeeld daarvan is te vinden in Aarhus, Denemarken [10]. Tijdens preventieve bezoeken kan aan de hand van vragenlijsten worden vastgesteld aan welke mate van zorg- of dienstverlening iemand op het moment of in de toekomst toe is. De vraag is echter of er op het platteland wel voldoende variëteit in aanbod is. Bij beperkt aanbod doet zich de noodzakelijke competentie voor van het kunnen omgaan met vragen van cliënten waaraan niet direct kan worden voldaan. Dat vraagt van medewerkers vooral creativiteit.

Beroepskrachten zullen daarnaast rekening moeten houden met de culturele en traditionele aspecten van het platteland. De belangrijke rol van informele zorgverleners betekent dat overleg over het zorgplan niet alleen beperkt blijft tot collega's. De cliënt, zijn familie en andere voor de cliënt belangrijke personen zijn daarbij ook betrokken. De medewerker moet goed kunnen afstemmen, een luisterende houding hebben en om kunnen gaan met kritische opmerkingen [23]. Daarbij dient de medewerker zich ervan bewust te zijn

dat de familie van een cliënt en anderen die helpen, geen professionele krachten zijn met bijbehorend inzicht en jargon en dat hun aanzien voor professionele zorgverleners groot kan zijn.

De in dit rapport beschreven ervaringen, knelpunten, oplossingen en aandachtspunten in overweging nemende, kan geconcludeerd worden dat het platteland eigen mogelijkheden biedt voor het bewerkstelligen van extramuralisering van de zorg. Uit praktijkvoorbeelden blijkt dat de kunst van het extramuraliseren op het platteland zit in het gebruik maken van typische plattelandskenmerken als bereidwillige coalitiegenoten, de sociale cohesie, korte besluitvormingslijnen en betrokkenheid van de bewoners bij bevordering van de leefbaarheid. Leefbaarheid gaat in principe iedereen aan maar vooral op het platteland voelen de meeste mensen dat ook zo. Daarnaast is het blijkbaar van belang om je niet uit het veld te laten slaan door de voor extramuralisering minder bevorderlijke plattelandskenmerken, zoals het gebrek aan voorzieningen, maar daar juist creatief mee om te gaan. Concurrentie tussen aanbieders van wonen, zorg en welzijn werkt niet op het platteland omdat er in vergelijking met de stedelijke gebieden veel minder aanbieders zijn. Het is juist dat gegeven van een kleine op elkaar aangewezen groep dat ertoe kan leiden dat er goede constructies ontstaan. Vooral op het platteland bestaat immers de kans dat aanbieders noodgedwongen ontdekken dat zij samen sterker zijn. Ook op het platteland is voor aanbieders die nog niet weten dat zij iets te bieden hebben, de kans om daarachter te komen groter dan in de stad.

Het lijkt misschien vaak gemakkelijker in de stad maar of extramuralisering daar ook beter haar doelen bereikt, is nog maar de vraag. In de praktijk kan in bijvoorbeeld sommige woonzorgcomplexen gesignaleerd worden dat de doelen van het scheiden van wonen en zorg slechts ten dele gerealiseerd worden: huurders hebben niet altijd de vrijheid om wel of geen zorg af te nemen, de niet-planbare zorg en noodhulp worden vaak geleverd door een preferente leverancier en 42% van de woonzorgcomplexen is met een verbindingsgang verbonden met een verzorgingshuis [24]. Op het platteland, vooral in dorpen zonder intramurale instelling, is er wat woonzorgcomplexen betreft echter een duidelijker scheiding van wonen en zorg. Daardoor worden op die plaatsen de oorspronkelijk bedoelde voordelen voor de cliënt bereikt: het woonzorgcomplex is er kleinschalig, fungeert daadwerkelijk als voorpost van een verblijf in een regionale instelling voor intensievere zorgvragen en levert een bijdrage aan het behoud van sociale netwerken. Ook lijkt het er op dat juist in de kleinere plaatsen, onder andere op het platteland, bij het scheiden van wonen en zorg de gewenste integratie van aanwezige algemene welzijnsvoorzieningen plaatsvindt. Het resulterende aanbod kan daardoor beter aan de behoeften voldoen [24].

Hoewel er geen handreiking in de vorm van een stappenplan voor extramuralisering op het platteland kan worden gegeven, is er inmiddels al heel wat ervaring opgedaan. Het overkoepelend advies dat vaak door ervaringsdeskundigen wordt gegeven, luidt: 'Niet afwachten want dan gebeurt er nooit iets, maar gewoon beginnen'. Dat 'gewoon beginnen' heeft zich op verschillende plaatsen geuit in zeer creatieve oplossingen als het onderbrengen van de lokale eetkamerfunctie bij een plaatselijk restaurant, het verspreiden van mededelingen (bijvoorbeeld over activiteiten in het ontmoetingscentrum en over spreekuren in het zorgsteunpunt) in het reclameblaadje van een lokale winkelier, een Bibliotheekbus die mensen meeneemt voor vervoer naar bijvoorbeeld de apotheek en het verspreiden van medicijnen via een plaatselijke winkelier. Ondersteuning bij het 'gewoon beginnen' kan gevonden worden via de portal 'Wonen met Zorg en Welzijn' (www.wonenzorgwelzijn.nl). Deze biedt via een zoekfunctie toegang tot belangrijke websites op het gebied van wonen met zorg en welzijn. Aangesloten zijn branche-organisaties, cliëntenorganisaties, colleges, de overheid, portals (Gezondheidskiosk, Leefwijzer en Zorgportaal) en centra voor kennis, onderzoek en advies. Daarnaast biedt de portal belangrijke nieuwsfeiten in de vorm van krantenartikelen, persberichten, nieuwe publicaties, studiedagen en congressen.

LITERATUUR

- [1] **Plattelandsontwikkelingsplan Nederland: Ter invulling van Verordening (EG) nr. 1257/1999 van de Raad, van 17 mei 1999**
Den Haag: Ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, 1999
- [2] **De krachten gebundeld: Bestuurlijke samenwerking in het landelijke gebied**
Engbersen R, van der Kooij A, Fokkens B, Beun N.
Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2001
- [3] **Wegen naar een ander platteland: Duurzaam, doordacht en dynamisch. BANS Vitaal Platteland Slotrapportage voor het Overheidsoverleg.**
Engbersen R, Sprinkhuizen A, van der Kooij A.
Utrecht: NIZW, 2001
- [4] **Spa in de grond: Vitaal platteland in uitvoering**
Adriaanse C, Engbersen R, Fokkens B, Scheidel C, Snijder J, Sprinkhuizen A, Wilms P.
Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2002
- [5] **Hoe kom ik aan woningen? Regelgeving rond contingentering en contouren**
Kaag M.
www.iwz.nl
- [6] **Zorglandschappen: Een impressie van zorgboerderijen**
Van Erp S.
Tilburg: PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant, 2002
- [7] **Woonzorgzones voor ouderen – en anderen: Indeling en overzicht**
Singelenberg J.
www.kenniscentrumwonenzorg.nl (thema Woonzorgzones)
- [8] **Ouderen moeten langer zelfstandig wonen: Plattelandsgebieden schreeuwen om meer woningen voor ouderen**
Drentse Courant, 21 januari 2002
- [9] **Zorge(n)loos wonen in Hoogeloon: Wonen, zorg en welzijn door de ogen van Hogeloonse ouderen**
du Long K, Franken P.
Tilburg: PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant, 2002
- [10] **Verblijven of wonen; Zorg voor eenieder**
Heuvelink JJW. (eindredacteur)
Amsterdam: STAGG, 2000
- [11] **Het STAGG-model**
Harkes D.
www.kenniscentrumwonenzorg.nl (thema Woonzorgzones)
- [12] **Financiering personenalarmering (in woonzorgcomplexen en de wijk)**
Harkes D.
www.kenniscentrumwonenzorg.nl (thema Extramurale zorg en diensten)
- [13] **Personenalarmering in Nederland: Hoofdrapport**
Hogenes A, Jansen B, Pouw N, Rous J.
Amsterdam: RIGO Research en Advies BV, 2003
- [14] **Het servicecentrum, de kern van de woonzorgzone: Onderzoek naar 10 voorbeelden in Nederland**
Heuvelink J, Harkes D.
Utrecht: Arcades/Aedes, 2002
- [15] **Dorp over de drempel: Leefbaarheidsprojecten als inspiratiebron**
De Thouars B, van Leeuwen C.
Tilburg: PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant, 2001
- [16] **Zorg om het dorp: Een waaier van leefbaarheidsinitiatieven**
Cox S, Kamoschinski A, de Kuyper H.
Tilburg: PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant, 1999

- [17] **Kleinschalig wonen voor dementerenden: Handreiking voor de organisatie**
Fahrenfort M, Reuchlin O.
Rotterdam/Utrecht: SEV, IWZ, 2002
- [18] **Huiselijk en vertrouwd: Handreiking voor de bouw en inrichting van woonvoorzieningen voor dementerenden**
Nouws H.
Utrecht: NIZW, 2001
- [19] **Onder de mensen: De generieke groepswoning, een nieuw woonzorgproduct voor zorgintensieve groepen**
Nouws H.
Amsterdam: STAGG, 2002
- [20] **Scheiden wonen-zorg en mogelijkheden voor financiering zorginfrastructuur**
Harkes D.
www.kenniscentrumwonenzorg.nl
- [21] **De integrale medewerker: Nieuwe woonvormen, andere vaardigheden**
Krijger E.
ZM-magazine, 2003; 2: 24-27
- [22] **Van patiëntenzorg naar bewonersondersteuning: Projectvoorstel**
Stoelinga, B.
Utrecht: NIZW, 2002
- [23] **Verslag van het symposium 'De integrale medewerker'**
Krijger E.
Utrecht: IWZ, 2001
- [24] **Wonen en zorg: Scheiden of integreren?**
Singelenberg J.
www.kenniscentrumwonenzorg.nl (thema Introductie wonen en zorg)

ZORGBOERDERIJEN

Naast de zorgsector bevindt ook de landbouwsector zich in een proces van herstructurering. Hierdoor ontstaan kansen voor nieuwe bedrijfsvormen: zorgboerderijen. Op zorgboerderijen worden zorgfuncties met landbouwfuncties gecombineerd. De zorgboerderij is dus een agrarisch bedrijf waar zorg wordt verleend. De inkomsten zijn opgebouwd uit een geldstroom vanuit landbouwactiviteiten en een geldstroom vanuit zorgactiviteiten. Wanneer beide geldstromen aanwezig zijn en als er een duidelijke verbinding is tussen de landbouwwerkzaamheden en de zorg, is er sprake van een zorgboerderij.

Zorgboerderijen zijn er voor verschillende doelgroepen: mensen met een verstandelijke handicap (271 zorgboerderijen in Nederland in 2003), mensen met een psychische hulpvraag (118), mensen met een lichamelijke beperking (55), jeugdigen (42), verslaafden en ex-verslaafden (40), dementerende ouderen (39), mensen met een burn-out (35), langdurig werklozen (32), gedetineerden en ex-gedetineerden (30), kinderopvang (13), mensen met autisme (11) en asielzoekers (6).¹ Concreet bieden zorgboerderijen vormen van zorg, opvang, dagbesteding, sociale activering, arbeidstraining en in enkele gevallen ook verblijf. De meeste zorgboerderijen zijn gericht op een specifieke groep, maar er is een tendens om mensen uit verschillende doelgroepen op een zorgboerderij te ontvangen. Mensen met een verstandelijke handicap en mensen met een verslavingsachtergrond blijken bijvoorbeeld heel goed te kunnen samenwerken en leven.

Sommige boeren met zorgboerderijen functioneren vrij onafhankelijk van zorgaanbieders terwijl anderen nauwe contacten onderhouden met aanbieders uit de zorgsector zoals instellingen voor mensen met een verstandelijke of lichamelijke handicap, GGZ-instellingen of verpleeghuizen. Ondersteuning vanuit zorgaanbieders kan plaatsvinden in de vorm van een begeleider die gedurende een aantal dagdelen op de zorgboerderij aanwezig is, beroepskrachten die vanuit een instelling volledig op de zorgboerderij worden ingezet, regelmatig contact van de zorgboeren met begeleiders en artsen van een instelling, zorgboeren die betrokken zijn bij teamoverleg van een instelling of de mogelijkheid voor zorgboeren om te allen tijde een beroep te doen op artsen en andere deskundigen van een instelling.²

Zorgboerderijen kunnen te maken krijgen met allerlei belemmerende regelgeving. Vooral het regelen van de financiering is vaak een probleem. Ook cliënten die graag een plek willen op een zorgboerderij, kunnen moeilijkheden tegenkomen om dit in de praktijk te regelen.^{2, 3, 4}

Toch is het zo dat het aantal zorgboerderijen in Nederland groeit. Verklaringen hiervoor kunnen enerzijds gevonden worden in de veranderingen die plaatsvinden binnen de gezondheidszorg: het streven naar meer marktgerichtheid, zorg op maat en keuzevrijheid voor cliënten biedt ruimte aan nieuwe zorgaanbieders, waaronder boeren. Bovendien hebben veel boerinnen ervaring in de zorgsector. Anderzijds is uit diverse onderzoeken gebleken dat de rust, ruimte, het natuurlijk ritme, de buitenlucht, de omgang met dieren en planten en de variatie in lichamelijke arbeid die boerderijen bieden, positief kunnen werken op de psychische conditie van verschillende soorten zorgvragers.⁴

In Nederland zijn momenteel 372 zorgboerderijen in bedrijf (zie tabel 1). Uit het overzicht van de spreiding van zorgboerderijen per provincie in tabel 2 blijkt dat het grootste aantal zorgboerderijen in het midden van Nederland voorkomt. De meeste zorgboerderijen (90) zijn te vinden in Gelderland.

Door de wachtlijsten in de zorg en de mogelijkheden die het Persoonsgebonden budget biedt zal de vraag naar het aanbod van zorgboerderijen in de toekomst waarschijnlijk toenemen. De verwachting is dat Nederland bij voldoende stimulerend overheidsbeleid over tien jaar ongeveer 500 zorgboerderijen heeft.⁴

1) Landelijk steunpunt voor landbouw & zorg: www.landbouwwzorg.nl (biedt informatie aan iedereen met interesse voor landbouw en zorg en is aanspreekpunt voor vragen over zorgboerderijen)

2) Van Erp S. Zorglandschappen: Een impressie van zorgboerderijen. Tilburg: PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant, 2002

3) De Nieuwskrant over landbouw-zorgcombinaties (aan te vragen via steunpunt@landbouwwzorg.nl)

4) Innovatiesteunpunt Wageningen: www.isw.agro.nl

Voorbeelden van constructies van zorgboerderijen zijn:⁵

- 1) Zelfstandig bedrijf dat samenwerkt met een instelling (146 in 2003);
- 2) Onderdeel van een instelling (82);
- 3) Zelfstandig bedrijf met financiering uit Persoonsgebonden budgetten van deelnemers (67);
- 4) Zorgaanbieder met eigen AWBZ-erkenning (18).

Met name de constructie van een AWBZ-erkenning waardoor een zorgboerderij zelf als zorgaanbieder kan functioneren, komt de laatste tijd steeds meer voor (12 in 1998 en 18 in 2003). Per 1 april 2003 is het gemakkelijker om een AWBZ-erkenning te krijgen omdat toelating niet meer op basis van een heel pakket maar voor een of meer van de AWBZ-functies kan gelden. Het leveren van dagzorg bijvoorbeeld geeft de mogelijkheid voor toelating voor de functie 'ondersteunende begeleiding'. Aanvragen moeten worden ingediend bij het College voor Zorgverzekeringen dat tevens nadere informatie verstrekt over de eisen.

Een aantal zorgboerderijen wordt op een andere dan de hierboven genoemde manieren gefinancierd, bijvoorbeeld door de (lokale) overheid of reclassering.

Het aantal zorgboerderijen dat geen vergoeding krijgt, is relatief groot: 30 in 2003.

Naast de hierboven genoemde vormen zijn er in de nabije toekomst ook nog andere constructies voor zorgboerderijen denkbaar, bijvoorbeeld enkele agrariërs die samen een juridisch verband zoals een stichting of corporatie vormen of woongroepen die volledig worden gefinancierd door sponsors of door personen, bedrijven en instituties die giften schenken.⁶

Uit een beschouwing van een aantal zorgboerderijen in Noord-Brabant blijkt dat de balans tussen landbouw en zorg op sommige plaatsen in de richting van de zorg lijkt door te slaan. Agrariërs zijn op die plaatsen druk bezig met dagrapportages, zorgplannen, communicatiesystemen, aangepaste toiletten, cliëntvergaderingen enzovoorts. Om te voorkomen dat de vorm van zorgvernieuwing die de zorgboerderij biedt van zijn charmes wordt ontdaan, wordt agrariërs en zorgaanbieders geadviseerd om duidelijker afspraken te maken over de mate waarin de zorgcultuur geïntegreerd moet worden in de landbouw.⁶

Tabel 1

Aantal zorgboerderijen in Nederland van 1998 tot en met 2003 ⁷				
	1998	2000	2001	2003
Aantal zorgboerderijen	75	214	323	372

Tabel 2

Aantal zorgboerderijen per provincie in 2001 en 2003 ⁷		
	2001	2003
Gelderland	77	90
Noord-Brabant	45	51
Noord-Holland	34	37
Overijssel	31	36
Zuid-Holland	30	33
Friesland	19	23
Utrecht	18	20
Drenthe	18	20
Limburg	15	20
Groningen	13	17
Zeeland	11	13
Flevoland	6	6

5) www.landbouwzorg.nl

6) Van Erp S. Zorglandschappen: een impressie van zorgboerderijen. Tilburg: PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant, 2002

7) www.landbouwzorg.nl

VOORBEELDEN VAN INTEGRALE TEAMS

De wijk Krakeel in Hoogeveen

De Hoogeveense wijk Krakeel heeft 5500 inwoners en is de eerste naoorlogse stadsvernieuwingswijk waar een woonzorgzone tot stand komt. In het kader van deze woonzorgzone vindt intensieve samenwerking plaats tussen de woningbouwcorporatie, de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg en de thuiszorg. Hierdoor kan in de relatief kleine wijk een volledig aanbod van diensten en zorg, inclusief 24-uurs zorg, gecreëerd worden.

Het is de bedoeling dat binnen de woonzorgzone alle zorgvormen worden geboden. Daarvoor gelden twee uitgangspunten:

- 1 De cliënt moet te maken krijgen met zo weinig mogelijk hulpverleners;
- 2 Om continuïteit in de kleinschaligheid van de woonzorgzone te garanderen, moet vooral in de nacht-, avond- en weekenduren als een eenheid worden opgetreden met een gemengd team.

In 2001 is een visiedocument ontwikkeld waarin onder andere is vastgesteld dat de betrokken zorgaanbieders zoveel mogelijk integraal gaan werken en wel concreet in de vorm van een wijkzorgteam en een nachtveiligheidsteam. Het wijkzorgteam zal worden aangestuurd door een wijkzorgcoördinator. Ten behoeve van het wijkzorgteam dragen de betrokken zorgaanbieders capaciteit over naar de wijk. Alle zorgaanbieders geven daartoe inzicht in de capaciteit die zij kunnen leveren en de modules uit het wijkzorgpakket waarvoor zij verantwoordelijkheid kunnen nemen. Vertrekpunt is een model waarbij de aanbieders zorgen dat er een vast team komt voor de 24-uurs groepszorg, voor geplande en onplanbare zorg en voor ambulante begeleiding en planbare extra zorg in de spitsuren. Uitgangspunt is vraaggestuurde financiering op basis van persoonsvolgende en persoonsgebonden budgetten. De eerste stap is het individueel afwegen van de zorgzwaarte met differentiatie ten opzichte van de huidige instellingsgebonden budgetten. Daarna wordt in overleg met cliënten en verwanten een individueel modulair zorgplan opgesteld. Dit plan wordt na akkoord van cliënten en eventueel verwanten ter financiering voorgelegd aan het zorgkantoor.

De vorming van het wijkzorgteam vergt een vergaande bereidheid tot samenwerking van de zorgaanbieders en een stevig commitment van het zorgkantoor.

De samenwerking tussen zorgaanbieders op wijkniveau impliceert:

- Gezamenlijk naar buiten treden op basis van een gedeelde visie;
- Samenwerking op het gebied van personeel, het samenstellen van integrale teams en vervangingen;
- Gezamenlijk alarmsysteem en alarmopvolging waaronder een nachtveiligheidsteam;
- Opereren onder een gezamenlijke regie in de vorm van een wijkzorgcoördinator;
- Gezamenlijk gebruik van zorginfrastructuur en kantoorfuncties in de wijk;
- Uitwisseling van functies op basis van sterke punten van deelnemende organisaties.

Dienstverlening en dagactiviteiten worden apart van de zorg modulair aangeboden. Budgethouders kunnen diensten ook elders inkopen of zelf regelen.

De Trynwâlden, Friesland

Trynwâlden is een streek in het noordoosten van Friesland en onderdeel van de gemeente Tytsjerksteradiel. Het gebied heeft een doorsnede van 12 kilometer en omvat zeven dorpen en twee gehuchten. In totaal wonen ongeveer 10.000 mensen in de Trynwâlden van wie ongeveer 850 personen ouder zijn dan 65 jaar.

In de Trynwâlden is één organisatie opgericht die aan alle bewoners gedurende 24 uur per dag woon-, welzijns- en zorgdiensten verleent. Het personeel van het verzorgingshuis, verpleeghuis, de thuiszorg en welzijnsinstellingen zijn daartoe geïntegreerd.

Het is duidelijk dat alle betrokken partijen hun organisatie en werkwijze ingrijpend moesten veranderen. Binnen de eigen organisatie was men vroeger meer met elkaar bezig dan met de cliënt. Nu moet het personeel naar de cliënt toe en wordt er doelgerichter gewerkt. Medewerkers moeten omgeschoold worden en moeten nu ineens samenwerken met andere disciplines. Het personeel van het verzorgingshuis bijvoorbeeld ging eerst extramuraal werken, vervolgens samenwerken met de thuiszorg en moest daarna omschakelen naar integrale teams.

In Trynwâlden zijn 4 wijkteams geformeerd en een extra team voor dagpieken. De teams bestaan uit integrale medewerkers met als kerndiscipline een huishoudelijk medewerker met aanvullende training tot activiteitenbegeleiding. Alle leden van het team zitten in dezelfde zelfgemaakte CAO. De mensen in het dorp kennen de verzorgers van de teams, zien ze rondfietsen in de wijk en voelen zich daardoor veiliger dan vóór het bestaan van integrale teams. Met de vorming van een team in elk dorp krijgt zorg en ondersteuning een gezicht.

Er wordt gewerkt met gestapelde, ongelabelde budgetten van de verschillende bij de organisatie betrokken aanbieders: alle instellingen in de Trynwâlden op het gebied van wonen, zorg en welzijn, hebben hun budgetten gestapeld. De budgetten worden samengevoegd in een centrale kas om te komen tot een persoonlijk budget voor de cliënt dat kan worden benut voor verschillende soorten zorg en dienstverlening.

De zorg is vraaggestuurd, individueel en wordt aan huis geleverd. De mensen bepalen dus zelf welke diensten zij willen. Zij kunnen daarbij geholpen worden door een 'omtinker': iemand die een vraag vertaalt in een concreet plan en ook helpt bij het regelen van de uitvoering van dat plan.

De wijkteams zijn onderdeel van de afdeling Klantondersteuning van 'Stichting Skewiel'. Stichting Skewiel is de rechtsopvolger van het voormalige verzorgingshuis. Bij Stichting Skewiel is de regie en aansturing van de levering aan de klant ondergebracht en de stichting levert daartoe zelfstandig zorg, welzijn en diensten of koopt deze in. Naast de afdeling Klantondersteuning heeft Stichting Skewiel een afdeling 'Diensten en faciliteiten' bestaande uit restaurant en keuken, diensten en onderhoud. Naast de wijkteams maakt een team dienstencentrum onderdeel uit van de afdeling Klantondersteuning.

Rijsbergen, Noord-Brabant

In Rijsbergen, ten zuidoosten van Breda, willen diverse partijen gaan samenwerken. Momenteel is men bezig met het ontwikkelen van de ideale structuur voor een wijkteam, waarin verschillende organisaties participeren. Hieronder volgt een kort verslag van de uitgangspunten, de samenstelling en aansturing van het geplande wijkteam.

Uitgangspunten

De uitgangspunten voor een wijkteam in Rijsbergen zien er als volgt uit:

- Stel het wijkteam verantwoordelijk voor de individuele ondersteuning van zorgvragers in Rijsbergen in de vorm van huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding en activerende/adviserende begeleiding;
- Alle activiteiten die zorgvragen individueel ondersteunen worden geïntegreerd georganiseerd vanuit de wijkteams;
- Het wijkteam is verantwoordelijk voor de uitvoering, planning en coördinatie van alle zorg- en welzijnsactiviteiten en dienstverlening in een wijk;
- Huidige productieafspraken worden gerespecteerd en worden door iedere participant afgesproken, geregistreerd en aangeleverd bij het zorgkantoor;
- Naar rato van kwaliteit en hoeveelheid uren in de huidige situatie per aanbieder worden de teams geformeerd;
- Er komt een duidelijke gebiedsafbakening;
- Per cliënt krijgt een wijkteamlid de rol van eerstverantwoordelijke/zorgcoördinator;
- Het is een ontwikkelingsmodel;
- Middels een samenwerkingsovereenkomst moeten participanten in het traject zich conformeren aan het werken in wijkteams voor de duur van minimaal drie jaar.

Samenstelling van het wijkteam

Een wijkteam bestaat uit een aantal vaste en wisselende functies. Vaste functies zijn huishoudelijke hulpen, verzorgenden niveau II en III, verpleegkundigen niveau IV en V en een welzijnsfunctionaris. Wisselende functies zijn medewerkers verstandelijk gehandicapten, voeding en dieet, gespecialiseerde verpleging en gespecialiseerde verzorging.

Medewerkers van het wijkteam houden het dienstverband bij de eigen organisatie.

Aansturing wijkteams

Aansturing vindt plaats vanuit het Lokale Samenwerkings Verband (LSV). Het LSV wordt de eerste maanden bijgestaan door een onafhankelijk procesbegeleider en houdt kantoor in een 24-uurscentrum. Zorginhoudelijke zaken dienen te worden opgelost binnen het wijkteam; voor overstijgende zaken moet de medewerker naar de organisatie waar hij of zij in dienst is. In het 24-uurscentrum heeft het intramurale verzorgingshuis of de Stichting Welzijn Ouderen een functionaris Diensten en faciliteiten die zaken organiseert die zijn gelieerd aan de oude verzorgingshuiszorg: restaurant, keuken, woondiensten, winkeltje, bewassing, afvalverwijdering en beheer gebouw en ruimten.

COLOFON

Auteur: Manon Savelkoul

Met bijdragen van: Piet Driest
Eric Krijger
Sylvia Weekers

Uitgave: Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) en Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) in het kader van Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ)

Fotografie: omslag, pagina 11, 14, 29 en 45: K. Hendriks, Rhenen
pagina 19, 21, 23, 35, 39, 41, 44, 47 en 51: Joost Brouwers, Rotterdam

Vormgeving: Gé grafische vormgeving, Rotterdam

Drukwerk: Drukkerij Goos, Ouderkerk a/d IJssel

Dit rapport is geschreven naar aanleiding van een studiemiddag over extramuralisering op het platteland die georganiseerd is door het IWZ en de Provincie Limburg en plaatsvond op 20 februari 2003 in het Gouvernement van de Provincie Limburg in Maastricht.

Utrecht, mei 2003