

Bewoners en de organisatie van zorg

Stichting Omzien naar elkaar, oktober 2014

Managementsamenvatting

Bewoners gaan in hun buurt als vrijwilligers aan de slag met zorg, welzijn en wonen. Uit plezier en omdat ze dit nodig vinden, bijvoorbeeld omdat ze de kwaliteit van de zorg willen verbeteren. Daar komt de belangrijke stelselwijziging van 1 januari 2015 bij die de verantwoordelijkheid voor de zorg verplaatst van het Rijk naar de gemeente, en die gepaard gaat met bezuinigingen. Dat laat meer over aan de mensen zelf en dus gaan velen samen aan de slag binnen bewonersinitiatieven, zoals zorgcoöperaties; er zijn zeker honderd initiatieven geteld. Bewoners geven dit vorm en beleven zo vrijheid, maar helemaal vorm vrij is het niet. Om deze reden spreken wij van een model, hoe voorzichtig ook, want we willen de vrijheid koesteren. De hierna volgende tekst beschrijft het model zoals wij dat op dit moment aantreffen binnen de ontluikende praktijk van bewonersinitiatieven rond de zorg.

Als eerste komt de actualiteit aan bod, de stelselwijziging per 1 januari 2015. Dit is voor veel bewoners een belangrijke aanleiding om zelf aan de slag te gaan en met regelmaat starten zij een eigen zorginitiatief. Dit initiatief verbindt de vraag en het aanbod van een reeks producten en diensten rond welzijn, thuiszorg en verpleging. Daarbij werken de bewoners samen met overheden, bedrijven en instellingen. Die zoeken eveneens naar een model en vele komen uit op sociale wijkteams en zelfsturende teams. Het zorginitiatief van de bewoners zal daarmee samenwerken en daarin stellen de bewoners zich op als intermediair tussen vraag en aanbod, en als belangenbehartiger van zorgcliënten. Dat volhouden kan vragen om inschakeling door het zorginitiatief van professionals naast de vrijwilligers. Uit al deze elementen volgt tenslotte het model.

Zorgvragers zijn ook nu nog voor het overgrote deel een anonieme massa waarin geen enkele collectiviteit zit. Dus ontberen markt en overheid de voordelen van vragers die zich organiseren en zo tot een veel betere vraag komen. Door als eerste aan die collectiviteit te gaan werken, zijn de lokale zorginitiatieven van bewoners pioniers, die voor veel extra efficiëntie kunnen zorgen binnen markt en overheid. Zij doen dat door de vraag te organiseren, maar zij doen meer, omdat zij ook aan de aanbodzijde zorgen voor betere afstemming. Aan de aanbodzijde werkt het zorginitiatief aan een evenwichtig samengesteld team van mensen, professionals en vrijwilligers, dat zo goed mogelijk op de vraag is afgestemd. Dit is het 'model van het zorginitiatief' en duidelijk is dat dit zich nog verder zal ontwikkelen. Verhef het model niet tot norm en gebruik het enkel om te ontdekken hoe de praktijk van het zorginitiatief zich ontwikkelt en om de lessen daarover door te geven.

De Stichting Omzien naar elkaar, www.omziennaareelkaar.nl, wil bewoners en buurten stimuleren om in actie te komen voor een buurt waar mensen zo lang en prettig mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Wij versterken actieve bewoners met ervaringen, kennis en praktische ondersteuning. Wij helpen bij het vinden van medestanders en het zetten van stappen naar het organiseren en uitvoeren van eerste producten en diensten rond zorg, welzijn en wonen.

Bewoners en de organisatie van zorg

Stichting Omzien naar elkaar, oktober 2014, Jurgen van der Heijden, Jitske Tiemersma*

1 Inleiding

Bewoners gaan in hun buurt als vrijwilligers aan de slag met zorg, welzijn en wonen. Uit plezier en omdat ze dit nodig vinden, bijvoorbeeld omdat ze de kwaliteit van de zorg willen verbeteren. Daar komt de belangrijke stelselwijziging van 1 januari 2015 bij die de verantwoordelijkheid voor de zorg verplaatst van het Rijk naar de gemeente, en die gepaard gaat met bezuinigingen. Dat laat meer over aan de mensen zelf en dus gaan velen aan de slag binnen bewonersinitiatieven, zoals zorgcoöperaties; er zijn zeker honderd initiatieven geteld. Bewoners geven dit vorm en beleven zo vrijheid, maar helemaal vorm vrij is het niet.

Zeker aan de zorg stelt de overheid eisen, en terecht, want zorg moet wel kwaliteit hebben en bewonersinitiatieven moeten zich daaraan houden. Ook de markt legt randvoorwaarden op, want je wilt als bewoners niet overnemen wat zorgaanbieders beter kunnen. Je bent er juist om aan te pakken wat zij niet meer of niet goed doen, en ook dat stelt grenzen aan wat bewoners doen. Daarbij stellen zij zelf evenzeer eisen. Bewoners willen bijvoorbeeld best vrijwilliger in de zorg zijn, maar moeten dat wel kunnen en kunnen volhouden. Zo stellen overheid, markt en bewoners voorwaarden aan bewonersinitiatief in de zorg en dat maakt het niet vorm vrij.

Binnen randvoorwaarden zoeken bewoners met hun initiatieven naar een werkwijze om zorg te kunnen organiseren. Dat is herkenbaar binnen een reeks bewonersinitiatieven en heeft daar blijkbaar succes. Om deze reden spreken wij van een model, hoe voorzichtig ook, want we willen de vrijheid koesteren. De hierna volgende tekst beschrijft het model zoals wij dat op dit moment aantreffen binnen de ontluikende praktijk van bewonersinitiatieven rond de zorg. Als eerste komt de actualiteit aan bod, de stelselwijziging per 1 januari 2015, paragraaf 2. Dit is voor veel bewoners een belangrijke aanleiding om zelf aan de slag te gaan en met regelmaat richten zij een eigen zorgorganisatie op, par. 3.

Deze zorgorganisatie biedt een reeks producten en diensten aan die passen binnen de randvoorwaarden, par. 4. Daarbij werken de bewoners samen met overheden, bedrijven en instellingen. Die zoeken binnen alle randvoorwaarden eveneens een model en vele komen uit op sociale wijkteams en zelfsturende teams, par. 5. Voorname randvoorwaarde voor de bewonersinitiatieven is samenwerking met deze teams en daarin stellen bewonersinitiatieven zich op als intermediair en als belangenbehartiger, par. 6. Dat volhouden kan vragen om inschakeling door het initiatief van professionals naast de vrijwilligers, par. 7. Uit deze beschrijving volgt tenslotte het model, par. 8.

Ondanks het belang van vrijheid is een model ook belangrijk, omdat het helpt leren van anderen.

2 Actualiteit

De overheid vraagt van mensen die zorg nodig hebben dat zij meer terugvallen op hun eigen netwerken. Tegelijk bouwen mensen in hun wijken aan netwerken om elkaar op te kunnen vangen. Het doet er niet toe of zij dat nu doen omdat de overheid het vraagt, of omdat zij dit zelf willen, de ontwikkeling loopt parallel. De netwerken die mensen bouwen beginnen zij met regelmaat rond welzijn, maar ze hebben ook zorg in het vizier. Zij organiseren tal van hulpdiensten rond klusjes, maaltijden, autoritjes, boodschappen, gezelligheid en nog veel meer. Die zijn van zichzelf goed, voor iedereen met of zonder zorgvraag, en je kunt je afvragen waarom mensen dit niet veel langer doen. Velen doen dit al, maar nieuw is dat

deze netwerken er ook zijn om elkaar op te vangen als iemand zorg nodig heeft. Dan wil bijvoorbeeld de directe buurman er niet alleen voor staan om zijn zieke buurman een handje te helpen, en dus bouwt hij mee aan dit netwerk.

De bewonersnetwerken passen in de definitie van informele zorg, die bestaat uit vrijwilligerswerk en mantelzorg. Daarnaast is er de formele zorg, die wordt geleverd door professionele zorgaanbieders en in elk geval de lijf gebonden zorg betreft. Waar informele zorg eindigt en overgaat in formele en lijf gebonden zorg is lastig. Waar bevindt zich bijvoorbeeld het toedienen van medicijnen, en zou informele zorg niet vooral het dagelijks leven moeten betreffen? Bewonersnetwerken staan niet los van de formele zorg, omdat mensen in de wijk elkaar ook bijstaan in hun contacten met de formele zorg. Heel belangrijk is dat zij daarmee het werk van de professional lichter kunnen maken. Belangrijk is voor velen ook dat zij zo zeggenschap krijgen over wie de professional is en hoe deze werkt. Vooral dat een cliënt zoveel mogelijk dezelfde professionele verzorgers ziet, is voor velen een motivatie om mee te werken aan een bewonersinitiatief rond zorg in de buurt.

Op dit moment bieden per dorp of wijk soms tientallen organisaties formele zorg aan en ondersteunen informele zorg. Hun neiging is sterk om dienstverlening aan de burgers te bieden op basis van een vermeende vraag. Dat is een vraag die wordt gepeild met macro-onderzoek, en waaruit marktstrategieën volgen die het beleid bepalen. Uitgangspunt is vaak een categoriaal aanbod: ziekte of een beperking. Daarbij zijn bepalend het beschikbare budget, en wat organisaties professioneel in huis hebben. Een dergelijk aanbod is niet gestuurd door de behoefte van de zorgvrager. Die moet kiezen en weet vaak niet hoe hij het verschillende aanbod moet afwegen. Hier springen de bewonersinitiatieven in om de zorgvrager te helpen aan op zijn persoon toegesneden zorg.

Door een sterk versnipperd beroepenveld, vele managementlagen, vergaande protocollering en hoge organisatiekosten zijn de zorgkosten onnodig hoog geworden. De voorzieningen in de zorg staan al langere tijd onder druk en de kwaliteit is vaak niet optimaal. Dit verklaart de overheveling van taken van de Awbz naar de Wmo, financiering van de wijkverpleegkundige vanuit de Zorgverzekeringswet (ZvW), en de bezuinigingen die daarmee gepaard gaan. Die treffen met name de huishoudelijk hulp, in sommige gemeenten wel 75%. Ook op de persoonlijke verzorging en begeleiding zal zo'n 25% bezuinigd worden. De nieuwe wetgeving gaat uit van de concrete hulpvraag: persoonlijke, laagdrempelige, directe en generalistische hulp. Dit in tegenstelling tot het huidige centraal georganiseerde zorgaanbod van instellingen die vaak niet in de wijk gevestigd zijn.

De wetwijzigingen veranderen de rol van gemeente, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waarbij de rol van burgers groter wordt. De nieuwe wetgeving doet een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid en het sociale netwerk van de burgers. Cliënten met een lichtere zorgvraag, die voorheen in een intramurale setting zorg zouden ontvangen, ontvangen dat voortaan in de eigen omgeving. In de langdurige zorg en ondersteuning vindt een verschuiving plaats van uniforme verzekerde rechten op basis van indicaties en ziektebeelden naar maatwerk in de eigen omgeving. Om deze reden organiseren steeds meer burgers zich in het hele land in bewonersinitiatieven.

Er zijn nu zo'n honderd initiatieven geteld, waarvan een tiental intussen op een min of meer professioneel niveau opereert. Dit wil zeggen dat zij met professionals samenwerken aan een beter aanbod. Een rode lijn in de opstelling van veel bewonersinitiatieven is dat zij van mening zijn dat de zorg tegelijk goedkoper en beter kan, en meer passend bij de vraag. Veel initiatiefnemers zijn ervan overtuigd dat de instandhouding van een vitale leefomgeving

uiteindelijk zal leiden tot toename van kwaliteit van leven, meer binding binnen de wijk, verhoging van zelfredzaamheid, minder beroep op professionele zorg en op professioneel ondersteuningsaanbod. Dat laatste zal leiden tot verlaging van kosten.

Het zorginitiatief wil mensen verbinden, zodat naast de geboden hulp en ondersteuning een netwerk van bewoners ontstaat dat elkaar kan ondersteunen.

3 Het bewonersinitiatief rond de zorg in vogelvlucht

Een zorginitiatief van bewoners helpt de leden bij de organisatie van huishoudelijke hulp, thuiszorg, ondersteunende begeleiding en een scala aan informele diensten op het gebied van zorg en welzijn. Buurtbewoners worden voor een klein bedrag lid. De leden hebben het recht om gebruik te maken van alle diensten en ondersteuning van het zorginitiatief. Als zij zorg of ondersteuning nodig hebben, melden zij zich. Het aanbod bestaat om te beginnen uit beschikbare diensten van vrijwilligers van het zorginitiatief. Daarnaast zijn er vragen die een specifieke zorgdeskundigheid en een bijbehorende indicatie vereisen. Het zorginitiatief helpt ook om die in kaart te brengen, en helpt bij de aanvraag van een indicatie bij de gemeente, of het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Het zorginitiatief

- bemiddelt tussen bewonersvragen en het bestaande aanbod
- ontwikkelt ontbrekend aanbod
- is schakel tussen informele en formele partijen
- vervult een natuurlijke rol in samenwerking met bestaande partijen in de wijk
- kan bepaalde zorgdiensten helpen inkopen
- bemiddelt bij diensten tot en met generalistische zorg in het zorgcontinuüm

Het zorgcontinuüm loopt op van zelfzorg bij een griepje tot en met specialistische zorg bij kanker bijvoorbeeld, en bestaat uit de volgende vijf stadia:

- I. Zelfzorg, mantelzorg, vrijwillige inzet van respijtzorg (ontlasten en ondersteunen van mantelzorgers)
- II. Community zorg, thuiszorg
- III. Generalistische zorg, eerste lijn
- IV. Transmurale zorg
- V. Specialistische zorg

Het zorginitiatief zal niet snel betrokken zijn bij de transmurale en specialistische zorg. Het adviseert en bemiddelt rond zelfzorg en vrijwillige inzet. Mantelzorgers ondervinden minder belasting als mensen via het initiatief een netwerk rondom de zorgcliënt vormen, en dat kan ook respijtzorg met zich meebrengen. Daarnaast speelt het zorginitiatief een rol in de community zorg en de generalistische zorg, waarin de huisarts en wijkverpleegkundige een hoofdrol spelen. Samen met de huisarts kan het zorginitiatief (zieken)verzorgenden en wijkverpleegkundigen helpen aansturen. Zij zijn in dienst van een andere organisatie, die afspraken heeft met het initiatief over het recht om deze professionals aan te sturen. In de praktijk kan dit betekenen dat een verpleegkundige namens het zorginitiatief zorg levert aan een chronisch zieke oudere uit de buurt, en dat een huishoudelijke hulp het huis van deze oudere onderhoudt namens het initiatief.

De formele zorg wordt aan de hand van de vragen van zorgcliënten en in nauw overleg met professionele werkers, mantelzorgers en vrijwilligers van het zorginitiatief aangeboden. Er ontstaat een samenhangend aanbod waarin professionele werkers samen met deze vrijwilligers op maat de leden van het zorginitiatief kunnen ondersteunen op een breed

spectrum aan diensten. Samenwerking met professionele aanbieders op dit niveau is noodzakelijk, omdat medische handelingen zijn voorbehouden aan BIG-geregistreerde professionals. In het BIG-register, Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, staan officieel erkende gezondheidswerkers. Ter discussie staat of deze strikte scheiding niet wat soepeler kan, bijvoorbeeld bij de verstrekking van medicijnen, maar hier spelen onder meer vragen rond aansprakelijkheid.

Vrijwilligers worden ondersteund door professionals die op deze wijze dichterbij de mensen staan, en een signaalfunctie hebben op het gebied van zorg en welzijn.

4. Producten en diensten

Mensen brengen met hun zorginitiatieven zelf vraag en aanbod bij elkaar. Natuurlijk niet alles, want de overheid en de markt blijven een deel doen. Wat is het deel dat mensen zelf oppakken? Daarop zijn twee antwoorden:

a. Wat samen beter gaat

Mensen die nog voor zichzelf kunnen zorgen, kunnen samen meer. Zij pakken dit op en gaan aan de slag met maaltijden, vervoer, klusjes, gezelschap, boodschappen, administratieve ondersteuning, en ook de lichtere thuiszorg, waarvoor geen diploma nodig is. Denk bij dit laatste aan iemand in of uit zijn bed helpen en niet aan de meer persoonlijke, lijf gebonden zorg. Daarnaast is er ander welzijnswerk dat mensen samen oppakken, zeker nu de overheid zich steeds meer terugtrekt uit thuiszorg en dagopvang. Elkaar gezelschap houden en zaken ondernemen als wandelen, of theaterbezoek, doen mensen spontaan, maar voor velen is prettig als dit enigszins georganiseerd is. Dit draagt bij aan een wijk waar zij langer en beter kunnen wonen. Austerlitz Zorgt is een zorgcoöperatie waarbinnen mensen veel uiteenlopende taken oppakken. Dit is georganiseerd in: Austerlitz Rijdt, Austerlitz Eet, Austerlitz Klust en nog veel meer, zie www.austerlitzzorgt.nl.

b. Aansturen van overheid en markt

Steeds meer bewonersgroepen slagen erin om hun behoefte aan zorg en welzijn te bundelen, en om zo aan overheid en markt duidelijk te maken waaraan behoefte bestaat. Dit scheelt geld en daarom zijn deze groepen interessant voor overheden en zorgaanbieders. Zij laten door hun betaalde krachten werken in opdracht van de bewoners. Door bundeling van de vraag kunnen zorgaanbieders in overleg met de bewonersgroepen een veel beter aanbod doen, ook als voor dat aanbod een indicatie nodig is. Denk hierbij aan de meer persoonlijke lijf gebonden zorg, en andere handelingen waarvoor een diploma nodig is. De Zorgcoöperatie Voorschoten is een sterk voorbeeld van het aansturen van overheid en markt, zie www.zorgcooperatie-voorschoten.nl.

Waarom moeten we denken bij dit aanbod, welke producten en diensten worden aangeboden, rechtstreeks of door het aansturen van overheid en markt?

Huishoudelijke hulp

- Schoonmaken van het huis
- Hulp bij het (samen) boodschappen doen
- Organiseren van het huishouden

Persoonlijke verzorging

- Hulp bij het opstaan, wassen/douchen en aankleden.
- Hulp bij het aan- en uittrekken van steunkousen
- Begeleiding bij eten, drinken en het innemen van medicijnen

Verpleging

- Klaarzetten van medicijnen
- Zwachtelen van de benen
- Injecties toedienen
- Wondverzorging

Ondersteunende begeleiding

- Hulp bij het aanbrengen van structuur in de dagindeling
- Hulp bij het oplossen van problemen
- Ondersteuning bij ziekte en/of overlijden van de partner

Aanvullende diensten

- Maaltijden – gezamenlijk koken, gezamenlijk eten of thuis bezorgd.
- Fietsen huur en onderhoud
- Sport en beweging
- Klussen en onderhoud (zoals woningonderhoud, fietsreparatie en tuinonderhoud)
- Kleding reparatie
- Ondersteuning bij administratie
- Lenen en ruilen van diensten en “spullen”
- Vervoer/autodelen/taxiservice
- Huisdieren verzorgen, uitlaten
- Groenten en fruit uit buurttuin
- Oppas, zowel voor kinderen als ouderen die niet alleen thuis kunnen zijn
- Ervaringsdeskundigen inzetten/ peer tot peer coaching
- Respijtzorg
- Ontwikkelen centrumfunctie in gebouw van de gemeenschap (bewoners met elkaar in contact brengen om gezelligheid en activiteiten te bevorderen)

Sociale diensten

- Instellen van telefooncirkels
- Vangnet voor alleenstaanden, bezoeken van ouderen
- Sociale culturele bijeenkomsten organiseren
- Actief signaleren van sociale isolatie
- Dagopvang op een locatie van het zorginitiatief

Zorg- en welzijnstaken worden beter uitgevoerd tegen hetzelfde, of minder geld.

5. Sociale wijkteams en zelfsturende teams

De omkering die de nieuwe wetgeving met zich meebrengt is dat de zorg niet begint met waar iemand allemaal recht op heeft, maar met wat mensen zelf kunnen en hoe hun omgeving hen daarbij kan ondersteunen. Binnen deze randvoorwaarde hebben veel gemeenten gekozen voor een model van teams, vaak sociale wijkteams, die dit met de zorgvragers samen gaan bekijken. Zij zullen dit in veel gevallen doen tijdens een zogenaamd ‘keukentafelgesprek’. Het team gaat langs mensen met een zorgbehoefte, zodat er niet tien zorgverleners langskomen. In gesprek met de bewoner staan zij eerst stil bij wat de bewoner zelf kan om zijn probleem op te lossen. In tweede instantie betrekken zij het sociale netwerk bij de noodzakelijk ondersteuning. In laatste instantie kijken zij naar ondersteuning in de vorm van professionele hulp.

De wijkverpleegkundige wordt vanaf 1 januari 2015 gefinancierd vanuit de zorgverzekering. Deze regelt in overleg met de huisarts de benodigde zorg in een zorgzwaartepakket, waarin het aantal uren benodigde zorg staat. De huisarts is eindverantwoordelijk voor een cliënt die in de eerste lijn zorg nodig heeft. De huisarts, of door hem aangewezen praktijkondersteuner, kan deel uitmaken van het wijkteam. Samen hebben zij een zorgplan voor de cliënt. De thuiszorghulp moet geschoold zijn, dus niet alleen schoonmaken bijvoorbeeld, maar ook een signalerende functie vervullen naar de wijkverpleging. Huishoudelijke zorg of ondersteuning kan worden verleend door een vrijwilliger.

Het bewonersinitiatief kan de zorgvrager terzijde te staan bij het bepalen wie welke uren levert en hoe dat in het zorgplan terecht komt, en kan behulpzaam zijn bij het vinden van vrijwilligers. Vertegenwoordigers van het lokale zorginitiatief kunnen meedenken over de indicatiestelling en over de keuze van de zorgaanbieders. Zij kunnen mandaat krijgen om de belangen van een cliënt te behartigen en te helpen vaststellen wie het team van verzorgers zijn, en wat de afspraken zijn over de werkzaamheden en de prijs.

Bewonersinitiatieven kunnen een ander, breder kwaliteitsbesef hebben dan de wijkteams kunnen bieden. Zeker door de bezuinigingen kan de druk op deze teams groot zijn, waardoor zij de menselijke maat uit het oog verliezen. Kan een zorginitiatief dat aanvullen, of dreigt dat dit initiatief ook de menselijke maat uit het oog verliest? Beide werken aan het bij elkaar brengen van vraag en aanbod van professionele en vrijwillige zorg. Er is overlap die kan zorgen voor een spanningsveld, maar juist ook voor goede aanvulling. De praktijk moet uitwijzen hoe deze twee zich tot elkaar gaan verhouden.

Austerlitz Zorgt!

In Austerlitz regelen mensen zelf formele en informele zorg en functioneren in feite als een laagdrempelig wijkteam. Dat is in Austerlitz het dorpssteam, waarin een dorpsondersteuner de algemene vraagverkenning doet bij mensen thuis; deze doet ook WMO indicatiestelling. Daarnaast zitten in het dorpssteam de praktijkondersteuner van de huisarts en een zorgcoördinator, een ZZP-er die de benodigde professionele zorg in goede banen leidt, zoals bij thuiszorg. De dorpsondersteuner en de zorgcoördinator werken parttime en worden via een projectsubsidie van de gemeente Zeist tijdelijk gefinancierd. Die subsidie is gegaan naar het bestuur van zorgcoöperatie Austerlitz Zorgt, dus dat geeft sturing aan het dorpssteam.

De dorpsondersteuner en zorgcoördinator kunnen en mogen een vraagstuk verkennen zonder direct te denken aan financiering. Zij kunnen zich vanuit de kern van de vraag bezig houden met de hulp en zorg die echt nodig zijn in de specifieke situatie. Zij focussen hierbij op de zorg en hulp die een ondersteuningsvrager zelf kunnen bieden, of met behulp van het sociale netwerk, buurtbewoners en vrijwilligers van de coöperatie. Dit kan tot minder doorverwijzingen naar professionele hulp of zorg leiden. De dorpsondersteuner en het sociale netwerk zijn door hun binding met de buurt eerder in staat om zorgmijders of vraagverlegen medebewoners te ontdekken, en hen waar nodig ondersteuning aan te bieden door vrijwilligers of professionele hulpverleners.

Leden van Austerlitz Zorgt! kunnen bij de dorpsondersteuner terecht met alle vragen op het gebied van zorg en welzijn. Bijvoorbeeld vragen die verband houden met gezondheid, hulp in en rond het huis, persoonlijke verzorging, welzijnsdiensten en zoekvragen. Samen met de zorgvrager bekijkt de ondersteuner wat de meest handige oplossing is voor de hulpvraag; vrijwilligers voor bijvoorbeeld vervoer worden ook door de ondersteuner ingeschakeld. Daar is een duidelijke connectie met de informele zorg. Zo geven Austerlitz

Zorgt! en de gemeente Zeist een voorbeeld van de mogelijke relatie tussen een sociaal wijkteam, in dit geval dorpssteam, en het lokale zorginitiatief.

Zelfsturende teams

Door het werk op te knippen in handelingen krijgt een zorgcliënt per handeling een verzorgende thuis. Deze vertrekt na de handeling en heeft geen overzicht. Een zelfsturend team heeft dat wel, maar instellingen slagen er vaak niet in om dat samen te stellen. Reden is dat de medewerkers te gespreid wonen en werken, en er per medewerker strikt wordt vastgehouden aan het eigen tarief, waardoor een verpleegkundige niet ook handelingen kan verrichten die vallen onder thuiszorg. Om dit alles te kunnen regelen is bovendien een omvangrijke bureaucratie nodig, die veel kosten met zich meebrengt. Met zijn zelfsturende teams heeft Buurtzorg Nederland aangetoond dat die kosten tot 30% omlaag kunnen. Buurtzorg maakt de coördinatie weer onderdeel van het team, en van het vak van verpleegkundige, en niet van een back office.

Door slechte ervaringen van velen met de wijze waarop grote institutionele aanbieders de zorg leveren zien veel zorginitiatieven bij voorkeur de zorg georganiseerd in zelfsturende teams. Naast Buurtzorg Nederland kunnen ook lokale ZZP'ers en institutionele aanbieders zo'n team aanbieden. Belangrijk is de verwachting dat het team de afspraken met de cliënt kan nakomen, omdat het een zekere autonomie heeft. Als het team komt van een institutionele aanbieder is het risico aanwezig dat bijvoorbeeld een verpleegkundige ingeroosterd wordt via een hoofdkantoor, en daarop zelf weinig invloed heeft. Het zorginitiatief zal streven naar één centraal meldpunt en korte afstanden voor de zorgverleners, dus niet allerlei zorgorganisaties die de buurt doorkruizen.

Het zorginitiatief is een verbindende schakel in de samenwerking tussen al dan niet zelfredzame buurtbewoners, hun sociale netwerk, mantelzorgers, vrijwilligers en de professionele zorg en hulp in de buurt.

6. Intermediair en belangenbehartiger

Is een team van verzorgenden in stelling gebracht, dan houdt voor wat betreft de individuele cliënt de bemiddeling vanuit het zorginitiatief op en gaat de relatie verder over in handen van cliënt en verzorgenden. Het zorginitiatief vertegenwoordigt echter meer cliënten en dat is interessant voor zowel de vrager, als de aanbieder. In beide gevallen is de kennisopbouw van het zorginitiatief cruciaal. De vrager weet dat hij niet alles zelf hoeft te bedenken en aan zijn zijde medebewoners vindt die zich goed in zijn positie weten te verplaatsen. Hiermee heffen mensen onderling een van de grote nadelen op van de liberalisatie van de zorgmarkt, namelijk het probleem van de keuzevrijheid. Die vrijheid is mooi, maar je moet wel alles weten, en hoe lastig is dat niet?

Door collectief kennis te ontwikkelen en elkaar bij te staan geven de zorginitiatieven een heel praktisch antwoord op de problemen van zorgvragers, en op een andere manier ook van zorgaanbieders. Belangrijk in dit verband is de indicatie, een besluit waarin staat welke zorg een cliënt nodig heeft. Dat valt op basis van de Wmo als het gaat over huishoudelijke hulp, en de gemeente neemt dit besluit. Voor verpleegkundige zorg valt dit op basis van de ZvW en het CIZ neemt dit besluit. Zorginitiatieven kunnen cliënten helpen met het aanvragen van een indicatie. Met de kennis die zij daarover opbouwen kunnen zij tegelijkertijd behulpzaam zijn aan gemeente en CIZ om de juiste besluiten te nemen. Naar blijkt spelen de zorginitiatieven een sterke *intermediaire rol*. Daarmee versterken zij niet alleen de vraagkant, maar ook die van andere intermediaire spelers, zoals partijen die besluiten over indicatie.

Het heeft als zorginitiatief nut om verbinding te leggen met de huisarts en de wijkverpleegkundige. Door invloed uit te oefenen op het zorgplan kan het zorginitiatief vragen om wijkverpleegkundigen die het hele spectrum beheersen van zorg verlenen van steunkousen tot wondverzorging. Zo kan het zorginitiatief ook bijdragen aan transparantie in de markt. De vraag moet worden beantwoord hoe zorg- en hulpvragen zo transparant mogelijk kunnen worden toegewezen aan aanbieders van zorg en welzijn, die soms vanuit Wmo en soms vanuit de ZvW worden gefinancierd. Belangenverstremgeling kan optreden, omdat de wijkverpleegkundige de zorgaanbieder kan aanbevelen waarvoor zij zelf werkt. Het zorginitiatief kan de zorgvrager bijstaan om zelf een keuze te maken.

Efficiëntie

In hun intermediaire rol kunnen zorginitiatieven ook van grote betekenis zijn voor de aanbodkant. Zoals gezegd hebben zorginitiatieven een voorkeur voor zelfsturende professionals en dit wil zeggen dat deze initiatieven invloed nemen op die sturing. Namens de cliënten maken de bewoners afspraken met de professionals. Bij elke volgende afspraak bouwen de bewoners kennis op, waardoor zij steeds beter in staat zijn om de professionals aan te sturen. Dit is misschien wel de voornaamste kwaliteit van de zorginitiatieven, omdat zij langs deze weg in staat zijn om de zorg veel efficiënter aan te sturen dan de bekende grote institutionele aanbieders. De Brabantse zorgcoöperaties claimen dat zij tot 30% efficiënter zijn. Terzijde: misschien fair dat zij een X-percentagje krijgen van de besparingen voor het werk dat ze doen?

Een zorginitiatief dat de claim waarmaakt om efficiënter te zijn, is een interessante partner voor elke aanbieder. Institutionele aanbieders kunnen dit omarmen en de samenwerking zoeken, en dat gebeurt ook. Diverse zorginitiatieven hebben afspraken lopen met zorgaanbieders over bijvoorbeeld dagopvang of thuiszorg. Zij laten door de aanbieder betaalde krachten werken in opdracht van de bewoners. Zorgtaken worden beter uitgevoerd tegen hetzelfde, of minder geld. Deze bundeling van de vraag is gunstig voor de aanbieders, de marktpartijen. Tegelijk maken de zorginitiatieven ook afspraken met lokale ZZP'ers, die hetzelfde kunnen aanbieden, en directe nabijheid kunnen garanderen. Zij kunnen in overleg met de zorginitiatieven een concurrerend aanbod doen.

Naast belangenbehartiger van de individuele cliënt kunnen zorginitiatieven dat ook zijn van groepen cliënten, omdat zij de vraag bundelen, of van de hele gemeenschap. Zo kunnen zij het spreekuur van een wijkverpleger of huisarts weer dichterbij de cliënt brengen, en dat geldt ook voor dagopvang. In een dorp of wijk zitten misschien niet genoeg cliënten met dezelfde aandoening om daarvoor aparte dagopvang te regelen. In totaal zijn er misschien wel genoeg cliënten met uiteenlopende aandoeningen om een dagopvang te vullen. Uitoonderhandelen met een aanbieder dat deze laatste vorm van opvang er komt, is een stap in het regelen van zorg op maat aan huis. Dit draagt bovendien bij aan de lokale gemeenschap en dat is voor veel zorginitiatieven een belangrijke motivatie.

Als zelfsturende teams tot 30% aan kosten schelen, en zorginitiatieven tot 30% goedkoper zijn, dan zit daarin een dubbeltelling, dus je mag hiervan geen 60% maken. Toch gaat het niet om twee keer dezelfde 30%; een zorginitiatief, dat onder andere zelfsturende teams mogelijk maakt, kan zorgen voor misschien wel meer dan 30% efficiëntie. Dit is interessant voor zorgverzekeraars, want zij betalen een groot deel van de rekening. Interessant aan de meeste van deze verzekeraars is dat zij coöperaties zijn. Laten veel zorginitiatieven dat nou ook zijn. Hier ligt een koppeling voor de hand: als de leden van een zorgcoöperatie collectief klant én lid worden bij een verzekeraar, dan kunnen zij ook collectief afspraken maken over

de inhoud van hun polis, én daarop als leden invloed uitoefenen. Twee of meer zorgcoöperaties kunnen dit nog beter.

Collectieve inkoop van polissen klinkt als goedkoop uit willen zijn. Dat is niet onbelangrijk, maar de meeste zorginitiatieven zullen vooral uit zijn op verbetering van kwaliteit, zoals het zelf kunnen sturen van het aanbod. Daarover afspraken maken met zorgverzekeraars is geen wilde gedachte nu deze verzekeraars vanaf 1 januari 2015 een rol krijgen in de uitvoering van de zorg. Die rol roept voor iedereen nog vraagtekens op, en misschien kunnen de zorginitiatieven helpen om enkele daarvan weg te nemen. Dat vergt een organisatiegraad die ze nu nog niet hebben. Voor de zorginitiatieven zijn er daarom goede redenen om elkaar op te zoeken. Dezelfde redenen kunnen de verzekeraars bewegen om deze initiatieven daarbij een handje te helpen.

De intermediaire rol van zorginitiatieven, en de kennis die ze daarbij opbouwen, zorgt voor een efficiëntie in de markt die de kosten van de verzekeraars kan drukken.

7. Samenwerking van het zorginitiatief met professionals

Zorginitiatieven hebben een intermediaire rol, maar niet alleen, want zij organiseren ook vrijwilligers die diensten verlenen. Daarmee brengt het initiatief zelf aanbod in stelling. Er is met andere woorden een dubbele rol: bemiddelen tussen vraag en aanbod, en het aanbieden van diensten door vrijwilligers. Kan een zorginitiatief ook werkgever worden en professionele zorgdiensten aanbieden? Ja, maar de vraag is of dat verstandig is, omdat de rol van bemiddelaar dan ongeloofwaardig wordt. Wel is denkbaar dat de rol van bemiddelaar professioneel wordt opgepakt, omdat dit op enig moment de vrijwilligers boven het hoofd kan groeien. Zo werkt een dorpsondersteuner voor Austerlitz Zorgt. Betaling gebeurt door tussenkomst van de gemeente Zeist. Dat is nu nog een pilot, maar een meer structurele wijze van betaling is in de maak. Denk dan aan overheveling van budget naar Austerlitz Zorgt.

In geval een gemeente niet bereid is te doen wat Zeist wel doet, dan zijn er toch mogelijkheden om enige betaling te regelen voor een functie als die van dorpsondersteuner. In de eerste plaats kan een zorginitiatief werken met leden; veel doen dat door zich te organiseren als coöperatie. Leden betalen contributie, maar die is nodig voor meer, zoals het bijhouden van kennis. Hoewel veel bewonersinitiatieven terugschrikken voor een wat hogere contributie, kan dit voor een deel de rekening van een betaalde ondersteuner dekken. Daarnaast kan per geslaagde bemiddeling een klein bedrag gevraagd worden, zowel van de cliënt, als van de zorgaanbieder. Een gemengd stelsel ligt misschien nog wel het meest voor de hand. Geld van gemeente, uit contributies, en van cliënten en van aanbieders moet samen kunnen leiden tot een redelijke bron van inkomsten, aangenomen dat het aantal cliënten groot genoeg is. Subsidies en sponsoring kunnen dit nog aanvullen.

Vrijwilligheid heeft zijn grenzen en voor diverse werkzaamheden vinden mensen het normaal om te betalen. Dat betaald wordt voor een maaltijd, of voor benzine, ligt voor de hand. Daarnaast vindt betaling plaats voor de inspanning in uren. Dat kan door middel van een vrijwilligersvergoeding, maar ook door directe betaling voor een dienst. Zo kan de ene bewoner de ander betalen voor schoonmaakwerk, en dat is een voorbeeld van een klus die je niet permanent zonder vergoeding aan een ander levert. Het kan ook zijn dat een professionele kracht zich aanbiedt, zoals een verlener van thuiszorg. Hoe zwaarder de zorgtaak, hoe meer dat vanzelfsprekend het geval is. Mensen kunnen dan een persoonsgebonden budget voorhanden hebben en daarmee betalen. Ook hier kan het zorginitiatief vraag en aanbod bij elkaar brengen.

Zeker als het om geld gaat, kan er een spanningsveld ontstaan tussen het sociaal wijkteam en het zorginitiatief. In het sociaal wijkteam zitten professionals die geld willen verdienen, terwijl het zorginitiatief sommige zaken met vrijwilligers wil oplossen. Een ander spanningsveld is al benoemd en betreft de transparantie. Kun je als zorginitiatief druk uitoefenen om een andere aanbieder te kiezen als via het wijkteam al contacten, of zelfs contracten lopen met aanbieders? Idee is dat een zorginitiatief juist daarvoor is en zo de transparantie kan bevorderen. Dit pleit ervoor dat het initiatief zijn rol zuiver speelt en zelf geen aanbieder wordt van professionele krachten. Dat verlost bovendien de gemeente van een lastig probleem, want als zorginitiatieven wel professionele zorgverleners zouden aanbieden, dan kan de gemeente vanwege aanbestedingsregels niet zomaar met ze samenwerken.

Speel zuiver de rol van bemiddelaar tussen vraag en aanbod van professionele krachten, en aanbieder van vrijwilligers, en dus niet aanbieder van zorgprofessionals.

8. Het model

Aanbestedingsregels zijn een typisch voorbeeld van het soort randvoorwaarden waarmee wij deze tekst zijn begonnen. Zorginitiatieven moeten binnen deze voorwaarden blijven en krijgen mede daardoor vorm. Zo leren zij door de aanbestedingsregels dat het beter is geen aanbieder van professionele zorg te worden. Dat leren zij daarnaast door de tucht van de markt, wanneer blijkt dat anderen betere aanbieders zijn. Ook de bewoners zelf kunnen dit duidelijk maken door aan te geven welke rol zij als vrijwilligers willen spelen, en dat het verlenen van professionele zorg daar niet bij hoort. De rol van het zorginitiatief is om vraag en aanbod van professionele en van vrijwillige zorg bij elkaar te brengen; samen met het sociale wijkteam, als dat er is. Aanbod van vrijwilligers kan het initiatief wel zelf regelen. Door de korte lijnen en nauwe contacten met de leden van de gemeenschap is het mogelijk om snel in te spelen op nieuwe vragen en behoeftes van de leden.

Lokale zorginitiatieven brengen vraag en aanbod bij elkaar op een bijzondere manier. Het zorginitiatief helpt de cliënt om regie te nemen over zijn eigen zorg. Vraag en indien nodig indicatie worden doorzichtiger gemaakt, en het aanbod komt van een team met bekende gezichten. Markt en overheid slagen er niet in om dat te bieden, en dat maakt het zorginitiatief tot een nieuwe en belangrijke schakel die zowel markt als overheid een stuk efficiënter kan maken. Het zorginitiatief draagt vooral bij aan een verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en ook welzijn. Er hangt een soort 'model van het zorginitiatief' in de lucht en wij hebben geprobeerd dat hier te beschrijven. Belangrijker misschien nog dan het model is de ontwikkeling daarvan, want het verandert snel. Deze tekst legt de stand van zaken eind 2014 vast met de zekerheid dat het model binnen een half jaar op veel punten anders zal zijn.

Het bundelen van de vraag werd tot nu toe door niemand gedaan. Zorgvragers zijn ook nu nog voor het overgrote deel een anonieme massa waarin geen enkele collectiviteit zit. Dus ontberen markt en overheid de voordelen van vragers die zich organiseren en zo tot een veel betere vraag komen. Door als eerste aan die collectiviteit te gaan werken, zijn de lokale bewonersinitiatieven pioniers, die voor veel extra efficiëntie kunnen zorgen binnen markt en overheid. Zoals gezegd doen zij dat door de vraag te bundelen, maar zij doen meer, omdat zij ook aan de aanbodzijde invloed uitoefenen. Aan die zijde werkt het zorginitiatief aan een evenwichtig samengesteld team van mensen, professionals en vrijwilligers, dat zo goed mogelijk op de vraag is afgestemd. Dit is het 'model van het zorginitiatief' en zoals gezegd zal dit zich nog verder ontwikkelen. Goed is om daarbij kritisch te zijn, want niet gezegd is

dat het zich vanzelf tot een perfect model ontwikkelt. Bovendien loert steeds het gevaar dat een model verwordt tot blauwdruk die de vrijheid inperkt.

Wij schetsen een soort evolutie van een model van het zorginitiatief onder invloed van tal van randvoorwaarden die overheid, zorgaanbieders en bewoners stellen. De valkuil bij denken in termen van evolutie is aannemen dat het model dat ontstaat het beste is, want het best aangepast aan de omstandigheden. Die bestaan echter uit soms arbitraire eisen van overheid, markt en ook bewoners. Denk aan wettelijke eisen die onhoudbaar blijken, een onredelijke opstelling van zorgaanbieders die vechten om hun voortbestaan, en al te romantische wensen van bewoners. Kritiek blijft dus geboden. Verder zal de komende tijd turbulent zijn, omdat de invoering van de stelselwijziging in de zorg niet zonder slag of stoot zal gaan. Veel randvoorwaarden zullen veranderen en dit zal van invloed zijn op de zorginitiatieven. Het model dat wij hier schetsen staat dus geenszins vast. Door nu deze schets te leveren, hopen wij dat op z'n minst een ijkpunt ontstaat om veranderingen te kunnen waarnemen.

Verhef het model niet tot norm en gebruik het enkel om te ontdekken hoe de praktijk van het zorginitiatief zich ontwikkelt en om de lessen daarover door te geven.

Bronnen

- Austerlitz Zorgt, zie www.austerlitzzorgt.nl
- Zorgcoöperatie Voorschoten, zie www.zorgcooperatie-voorschoten.nl
- Brabantse zorgcoöperaties, zie www.sre.nl/projecten/platform-zorgcooperatieve-ontwikkelingen-brabant
- Stadsdorp Zuid, zie www.stadsdorpzuid.nl
- www.vilans.nl/Over-Vilans-nieuwsoverzicht-zorgcooperaties-en-burgerinitiatieven-op-de-kaart.html
- Roel van Beest, Burgerinitiatieven in wonen-zorg-welzijn in Nederland & omstreken, Inventarisatie zorgcoöperaties 2014, Kenniscentrum Wonen - Zorg en Institutions for Collective Action
- Notitie zorgcoöperaties, eerste inventarisatie gemeente Utrecht
- Stan Verhaag, *Wat kan de coöperatie, rondetafelgesprek met pioniers*, WMO Magazine 3, juli 2014
- Plan Lucas Community, Kees Onderwater
- Plan Driebergen, Niek van Veen
- Plan Utrecht-Oost, Bernadette Slotman, Caroline Brons, Sander Bosman
- Met dank aan Jan Snijders, Lex Halsema, Wilma de Buck, Wil Sluis, Irene Huisman, Bart Lammers, Ella Vogelaar en andere leden van de Innovatietafel van de Stichting Omzien

*De Stichting Omzien naar elkaar, www.omziennaareelkaar.nl, wil bewoners en buurten stimuleren om in actie te komen voor een buurt waar mensen zo lang en prettig mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Wij versterken actieve bewoners met ervaringen, kennis en praktische ondersteuning. Wij helpen bij het vinden van medestanders en het zetten van stappen naar het organiseren en uitvoeren van eerste producten en diensten rond zorg, welzijn en wonen. Jurgen van der Heijden en Jitske Tiemersma, auteurs van dit paper, zijn de beide medewerkers van de Stichting Omzien.