

Naar een gebiedsgerichte zorg

Nog maar een paar jaar geleden hadden we de mond vol van wachtlijsten. Nu maken we ons allemaal druk over een nieuwe wet die in de maak is. Ondertussen blijft de kern van het probleem in de zorg buiten schot. Vraag en aanbod sluiten niet op elkaar aan en alleen een gebiedsgerichte aanpak kan dat verhelpen. Een discussieclubje doet verslag van hun voortschrijdende inzicht. Hoe mevrouw Jansen de ogen opende van een stel denkers over de zorg.

BART LAMMERS, KARIN SCHAAFSMA EN PAUL VAN SOOMEREN

Mevrouw Jansen en de verbinding van vraag en aanbod

Het is een gure najaarsavond eind 2000. De nieuwe politiek is nog niet uitgevonden. Nauwelijks gehinderd door beveiliging gaan we naar een van de warme achterkamertjes van het parlement, waar de broodjes klaarstaan. Een voor een druppelen ze binnen: een Kamerlid, *the coming man* van een grote zorgverzekeraar, mensen van twee zorgkantoren, enkele ambtenaren, een provinciaal georiënteerde welzijnswerker... het kamertje loopt vol. De koffielaar ver-

drijft de nattejassenlucht. De eerste anekdotes gaan over tafel. Iedereen kent elkaar.

Een discussieclubje, met als gedeelde zorg de zorg. En naast zorg gaat het veel over welzijn, over wonen en de woonomgeving en van daaruit is de stap naar onveiligheid snel gezet. Ook andere domeinen zoals werk, vrije tijd, verkeer en vervoer komen aan de orde. Toch spitsten de gesprekken zich in die tijd steeds weer toe op 'vraag en aanbod'. De anekdotes gaan vooral over de



mismatch tussen de behoeften en vragen die klanten hebben en het aanbod van diensten vanuit de instellingen. Daaruit kristalliseerde zich snel een probleemstelling die om nader onderzoek vroeg: wat gaat waar mis in de aansluiting tussen de vraag van de klant en het aanbod van de instellingen? Om het simpel te houden herleidden we de problemen in de zorg tot twee categorieën:

- de vraagkant: vergrijzing en consumentisme zorgen voor een toenemende vraag, bovendien sluit die vraag niet altijd aan op het aanbod en daarnaast blijven instellingen erg op hun eigen 'eiland' werken;
- de aanbodkant: de capaciteit van gebouwen, bedden en woningen voldoet niet en de personele inzet schiet tekort en groeit scheef.

De oorzaak van deze problemen vermoedden we in de financieringsstructuur van het stelsel, in de jarenlange veronachtzaming van de sector en in de cultuur en de organisatie van de zorg die zich kenmerkt door verkokering, aanboddenken, weinig doordachte schaalvergroting en verouderde sturingsprincipes. We meenden dat de *mismatch* tussen vraag en aanbod komt door een versteend systeem op verschillende niveaus. Het zorgaanbod is sectoraal georganiseerd en er zijn geen – of in ieder geval te weinig – dwarsverbanden. Dat zorgaanbod maakt ook geen of te weinig gebruik van dienstverlening

vanuit andere sectoren. (Want waarom kan de huismeester van de corporatie niet tevens zorg- en hulpverlener zijn?) Het aanbod van de zorg bevindt zich ook op de verkeerde plek, namelijk ver van huis en het aanbod van de soorten en combinaties van diensten sluit ook nog eens niet aan bij de vraag.

Mevrouw Jansen

Dit zijn we gaan onderzoeken. Ter verdieping van het inzicht in de problematiek hielden we in 2002 twintig interviews met mensen die op de wachtlijst voor een zorginstelling stonden.¹ We deden interessante vondsten. Zo bleek bijvoorbeeld dat 'de' wachtlijst eigenlijk niet echt bestond. Er bestonden vele sectoraal opgebouwde lijsten, verspreid over diverse organisaties. Ze waren bovendien flink vervuild (onbekende adressen, onjuiste namen, onvindbare personen, overleden personen).² Van de 'echte' wachtlijsters bleek vaak dat mensen eigenlijk niet zo erg hard de desbetreffende voorziening vragen, maar dat ze vooral op de wachtlijst staan 'voor het geval dat'.

Onze grootste vondst was mevrouw Jansen uit de Vechtstraat. Mevrouw Jansen woont in een woning op de begane grond. Zij is 83 jaar en haar enige zoon – die vroeger in de straat om de hoek woonde – is onlangs verhuisd naar een Vindex-locatie vijftig kilometer verderop.

Zij woont in een negentiende-eeuwse wijk waarin men veel verhuist. Mevrouw Jansen heeft last van ouderdomsdiabetes en ten gevolge daarvan ziet ze slecht. Ze is matig ter been, maar kan zich met een rollator nog redelijk in en rond het huis bewegen. Zij geniet een AOW'tje met een klein aanvullend pensioen. Eén keer per week komt er huishoudelijke hulp en samen met de buurvrouw gaat ze één keer per week zingen in het buurthuis. Mevrouw voelt zich niet meer zo erg thuis in de wijk, omdat ze niemand meer kent in het trappenhuis en omdat ze voor haar boodschapje en haar geld een buurt verderop moet. Voor alle zekerheid heeft ze zich maar laten inschrijven voor het verzorgingshuis.

Mevrouw Jansen zorgde ervoor dat onze discussie helder bleef. We dreigden al discussiërend voortdurend af te glijden naar een technisch systeemverhaal. Leden van de discussiegroep zijn dan plotseling iconen van 'het systeem': de rijksregelgever, de budgethouder, de indicator/verdelers of de lokale regelneef. Met mevrouw Jansen uit de Vechtstraat kon elk van ons haar op ieder moment in het midden werpen: hoe zou zij hiermee omgaan, in welke situatie zit zij, hoe zou zij hierover denken? Mevrouw Jansen is de leefwereld zoals die door (potentiële) klanten van 'het zorgsysteem' gezien wordt.

Die leefwereld was regelmatig aanleiding voor nieuwe beroering. Zo bestaat er geen AWBZ-verstrekking 'betaling mantelzorg', terwijl dat de zorg een stuk goedkoper zou maken, de wachtlijsten zou verkorten en een enorme prikkel voor de werkgelegenheid zou zijn. Maar de gezellig babbelende zorgverzekeraar kwam met een rood hoofd tegenover de ambtelijke regelaar te staan. Die laatste wilde de toegang tot het aanbod regelen met een integrale indicatiestelling en de klant de precieze invulling laten uitmaken. Hij vond dat pas vraaggericht werken. Daarop riep de zorgverzekeraar dat iemand als mevrouw Jansen wellicht liever hulp bij het wassen van de auto heeft dan bij het poetsen van de wc. Maar dat durfde hij als zorgverzekeraar toch echt niet voor zijn verantwoording te nemen: 'Als we "autowassen" via de AWBZ gaan verstrekken, waar blijven we dan?'

Erosie van de dagelijkse zorg

Ondertussen kwamen we op basis van de interviews tot de volgende conclusies³: De drie belangrijkste behoeften van de mensen die we geïnterviewd hebben, zijn: (1) huis schoon, (2) winkels en dergelijke in de buurt en (3) boodschappen halen. Allemaal behoeften die dicht bij huis liggen.⁴ Verder heeft het merendeel van de geïnterviewde ouderen geen of nauwelijks een notie van het aanbod in de buurt. Ten slotte lijkt bij veel van de geïnterviewden sprake te zijn van een erosie van het informele steun- en zorgsysteem. Het sociale weefsel om de betrokkenen heen vertoont rafels en gaten. De kleine winkeliers die ook de rol van 'kleine adviseurs in dagelijkse zaken' hebben, de mevrouw van het postagent-

schap die met de financiën helpt, burens die even een boodschapje meenemen – ze zijn er nauwelijks meer.

Deze bevindingen richten de aandacht heel sterk op de dagelijkse vragen van de vrouwen en mannen Jansen in hun directe leefomgeving. Die dagelijkse vragen worden toch steeds weer vergeten. Maar we stuitten ook op een andere kwestie. Bij het onderzoek zijn we ervan uitgegaan dat we de vraag naar zorg en andere diensten en voorzieningen goed op het spoor kunnen komen in de interviews. Niet voor niets namen we de interviews bij de mensen thuis af. Daardoor is een directe koppeling van de informatie uit de interviews met de dagelijkse leefomgeving mogelijk: de indeling en staat van het huis, hoe makkelijk/moeilijk iemand vanuit huis op straat komt, de directe omgeving, de sfeer in het trappenhuis en de buurt, de levendigheid op straat enzovoort. Verder moesten de geïnterviewden een gedetailleerde beschrijving geven van een 'willekeurige dag', waarmee het verband tussen vraag en dagelijks leven in beeld komt. Daarvoor ontwikkelden we ook een zogenoemde 'catalogus voor de behoeften van het dagelijks leven'.

Deze catalogus bevat 65 behoeften op de onderdelen lichaam, wonen, mobiliteit, sociaal/maatschappelijk leven en informatiebehoefte. Ze zijn weergegeven in pictogrammen met een korte omschrijving waarin de begrippen en indelingen van de professionele zorg zo veel mogelijk waren vermeden. De geïnterviewde kiest de behoeften die voor hem of haar geldt / die hij of zij belangrijk vindt uit de catalogus.

Bij het ontwikkelen van de catalogus en ook tijdens de interviews merkten we hoe groot de neiging is om vanuit diensten (het aanbod) te denken – en in feite dus al een voorbarig 'antwoord' te formuleren voor behoeften en vragen. Het werkelijk inzoomen op de behoeften brengt chaos met zich mee. Per geïnterviewde ontstond een tamelijk caleidoscopisch beeld, een mengeling van verschillende – soms tegenstrijdige – behoeften. De geïnterviewden zijn meestal niet in staat hun vraag los van het aanbod te definiëren (het bestaan van een verzorgingshuis richt de vraag ernaar); van het reële aanbod hebben de meeste geïnterviewden bovendien vaak een verouderd, achterhaald of beperkt beeld. Ook kunnen ze hun 'vraag' niet altijd duidelijk articuleren en blijkt die vraag aan verandering onderhevig; wat iemand vandaag nog kan, blijkt morgen moeilijker te gaan en overmorgen een onmogelijkheid te zijn. De vraag is *fuzzy*, en niet eenduidig of constant.

We concludeerden dat vraaggericht (of vraaggestuurd) werken een gearticuleerde vraag behoeft en dat dat juist vaak te veel gevraagd is. Verder zijn vraag en aanbod geen los van elkaar staande zaken; een bepaald aanbod kan resulteren in een nieuwe vraag, of een verschuiving in de vraag (als 'dit' er niet is, maar 'dat' wel, geef mij dan 'dat' maar). En het bij elkaar brengen van vraag en aanbod is geen kwestie van een eenmalig gesprek, van het



'even in kaart brengen van de vraag', maar van een dialoog: een gedurende langere tijd in gesprek zijn met vragers en aanbieders die elkaar in dat gesprek opvoeden; een permanente dialoog.

Een overlappend aanbod

Mevrouw Jansen gaf ons, van beneden naar boven denkend, wat helderheid, al zagen we dat ze het zelf eigenlijk ook niet zo precies weet. Als we bij de zorgaanbieders kijken, en van boven naar beneden denken, zien we dat het aanbod nogal overlappend is. Zo bleek de informatie over het aanbod zeer gebrekkig. Als zelfs deskundigen zich moeten inspannen om wegwijs te worden in de warboel van aanbieders en aanbod, hoe zal het de gewone klant dan vergaan? En dan hebben we nog niet eens de zoon van mevrouw Jansen opgenomen in ons voorbeeld, of de winkel om de hoek. Want de behoeften van mevrouw Jansen worden niet alleen vervuld vanuit de professionele organisaties, maar in eerste instantie vanuit de privé-sfeer (kinderen, burens, mantelzorgers) en het commerciële circuit (werkster, boodschappendienst, restaurant, de diensten van een woningcorporatie of het postkantoor om de hoek). En wat men zich binnen de veste van het zorgsysteem nog te weinig realiseert is dat als het postkantoor dichtgaat, niemand verwacht dat de zorg in dat gat springt. Maar het gat is er wel. Zonder postkantoor om de hoek gaan bij mevrouw Jansen mis-

schien wel dingen mis, en dan wil ze niet meer in de Vechtstraat blijven wonen, dan wil ze naar 'het bejaardenhuis'.

Om dit overlappende aanbod te proberen te stroomlijnen is in Hilversum al langere tijd in drie wijken een experiment gaande met zogenoemde integrale woon-dienstenteams. De gedachte om deze teams te ontwikkelen is op een bijzondere wijze tot stand gekomen. Er heeft een inventarisatie van diensten plaatsgevonden op basis van ervaringen die zijn opgedaan in onder andere IJburg.⁵ Na een nauwkeurige analyse van de inventarisatie bleek 70 procent van de diensten geboden te worden door ten minste twee aanbieders. Kortom: de organisaties bieden heel veel van hetzelfde aan. In Hilversum werd vervolgens afgesproken de samenwerking te zoeken daar waar het ging om de basale, veelal schaarse, diensten. Diensten waarop markt en concurrentie geen invloed hebben.

Gezien de aard van de vraag en de aard van het aanbod is het dus onvermijdelijk dat er nieuwe organisatievormen komen om vraag en aanbod te *matchen* in ruimte en tijd. De dynamiek tussen vraag en aanbod vraagt om een meer gebiedsgerichte benadering.⁶ We kennen in de praktijk de *casemanager* al. Die helpt mevrouw Jansen in een één-op-éénrelatie en eventueel op verschillende momenten in haar leven met het vinden van de diensten die zij nodig heeft om te kunnen blijven wonen in haar

Vechtstraat. De casemanager is een bemiddelaar die aan de organisatie van het aanbod zelf niet wezenlijk sleutelt. In feite is het een nieuwe tussenlaag die tracht de logica van het systeem dichter bij het systeem van de leefwereld te brengen. Ook kennen we de formule van het Loket of de 'Gouden Gids' waarin het bestaande aanbod in een bepaalde stad of wijk is gebundeld en met behulp waarvan mevrouw Jansen haar weg vindt in Dienstenland. Zo'n Loket of Gouden Gids is in feite een catalogus die behoeften rubriceert en koppelt aan diensten en moet niet verward worden met de 'sociale kaart'.

Het ontwerp van iets dergelijks is geen sinecure. Het is een hels karwei om werkzaamheden in de thuiszorg, in het welzijnswerk of bij de woningbouwvereniging concreet op dienstenniveau in te vullen. Dit komt door toenemende specialisatie op alle geledingen, maar ook omdat men in zorg en welzijn niet spreekt over diensten maar over te bereiken doelen (zoals: mensen moeten weer zelfredzaam worden, mensen moeten geactiveerd worden, de omgeving moet leefbaar gemaakt worden door middel van functies als thuiszorg, sociaal-cultureel werk, huisarts enzovoort). Wat er feitelijk gebeurt op activiteitsniveau, is lastig te benoemen. Zo is al jaren bekend dat 50 à 60 procent van de klachten waarmee de huisarts wordt geconfronteerd van niet-medische aard zijn. Er is vrij nauwkeurig onderzocht wat de klachten

zijn, maar welke diensten van welzijn of zorg een bijdrage leveren aan de vermindering van de toeloop is nog nooit benoemd.

De nieuwe hype

Tussen onze eerste discussie en de meest recente is veel gebeurd. De wachtlijsten - voor met name de intramurale voorzieningen - slonken. Ze bleken voor een groot deel inderdaad vervuld door inschrijvingen 'voor het geval dat...'. In de loop van 2003 maakte de minister van Volksgezondheid bekend dat hij de AWBZ weer terug wilde brengen naar de oorspronkelijke doelstelling, namelijk langdurige curatieve zorg. 'Franje' als huishoudelijke zorg, vervoer, ondersteuning en begeleiding zou uit de AWBZ moeten verdwijnen. Voor de uitvoering van deze zaken worden de gemeenten in de nabije toekomst verantwoordelijk via de Wet op de maatschappelijke zorg, dienstverlening of ondersteuning.

Dit streven zorgt natuurlijk voor een flinke dosis poldermuis. Na de discussie over de wachtlijsten die ten onrechte de afgelopen jaren het debat over de zorg domineerde, zien we daarmee de nieuwe hype al aankomen. Wie is waarvoor verantwoordelijk, wie schrijft wie wat en hoeveel voor, wie geeft wie welke bewegingsvrijheid, wie doet het met wie en wie neemt daarin het voortouw? Of dit uiteindelijk de vragen van mevrouw Jansen

Advertentie

Professionals Between People and Policy: Transformations in Care and Welfare in Europe

Amsterdam en Utrecht, 7 en 8 oktober 2004

Professionals in zorg en welzijn hebben te maken met een optredende én terugtrekkende overheid, marktwerking, en steeds mondiger en diverser wordende burgers. Bovendien wordt hen voortdurend gevraagd wat precies het doel is van hun werk en of wat ze doen wel werkt. Professionals moeten sociale problemen oplossen op een verantwoorde, professionele en ethische wijze. Professionals: ze staan met de voeten in de klei en in het hart van de politieke discussie. Over hun relatie met burgers, overheid, management en markt gaat deze tweedaagse internationale conferentie.

Vragen die aan bod komen zijn: wat betekent de nieuwe 'ondernemende' overheid - nationaal én lokaal - voor professionals? Hoe reageren professionals op de toenemende eis om verantwoording af te leggen over hun werk (of hoe zouden ze moeten reageren)? Wat zijn de normatieve uitgangspunten van professionals en wat is het doel van hun werk? En is er bewijs ('evidence') dat hun interventie werkt? En niet in het minst belangrijk: wie zijn de 'klanten' van zorg en welzijn en hoe moeten professionals zich tot hen verhouden?

Met als buitenlandse sprekers oa. prof. dr. Eliot Freidson, prof. dr. Celia Davies en prof. dr. B. Jordan.

Georganiseerd door het NIZW, het Verwey-Jonker Instituut, de Universiteit van Amsterdam (ASSR/vakgroep sociologie en antropologie) en de Universiteit Utrecht (Algemene Sociale Wetenschappen en ICS). Voor aanmelden en het aanmelden van papers zie www.nizw.nl. Voor meer informatie mail m.kremer@nizw.nl

beantwoordt, valt nog te bezien. Vermoedelijk niet. Het lijkt er eerder op dat de wet zelf alle aandacht opeist en niet datgene wat de wet dient op te lossen.

Zorg, wonen en welzijn vormen samen één systeem waarin een precare balans heerst. Minder zorg betekent een groter beroep op 'welzijn', meer 'welzijn' maakt de behoefte aan zorg minder, mensen zijn en blijven trouwe huurders als de dienstverlening en de zorg optimaal is. Om vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen is een gebiedsgerichte organisatie van de dienstverlening en zorg nodig. Die vereist een gebiedsgerichte in plaats van sectorale financiering en gebiedsgerichte productieafspraken over te leveren diensten. Een inventarisatie van de behoeften van de totale populatie in een gebied van bewoners 'met een krasje' gaat daaraan vooraf, evenals een inventarisatie van de omgevingsfactoren. In een aantal gemeenten is het zorgkantoor samen met de lokale overheid – en soms ondersteund door woningbouwcorporaties en marktpartijen – begonnen met het creëren van een 'harde' infrastructuur (wijkservicepunten & ICT-voorzieningen) en een 'zachte' infrastructuur (integrale woondienstenteams, dienstenorganisaties), waarmee een gebiedsgerichte benadering voorzichtig gestalte begint te krijgen.⁷ Dat is het goede nieuws.

Bart Lammers is directeur van Bureau Ruyterveer. Karin Schaafsma is adviseur van de DSP-groep. Paul van Soomeren is partner van de DSP-groep.

Noten

- ¹ Schaafsma, Karin m.m.v. Bart Lammers en Paul van Soomeren, *Dwarskijk op zorg*. DSP-groep, 10 oktober 2002
- ² Dit was overigens vóór de grote, landelijk ingezette opschoning van wachtlijsten in 2002.
- ³ We beperken ons tot de conclusies die getrokken kunnen worden over de doelgroep die lijkt op mevrouw Jansen uit de Vechtstraat (over het algemeen van oudere leeftijd, nu nog zelfstandig wonend, maar om diverse redenen op de rand van de fulltime zorg balancerend). Er zijn ook interviews gehouden met ouders van gehandicapte kinderen. Daar speelde een andere problematiek. Deze groep neemt meer dan de ouderen het heft in eigen hand als het om het organiseren van de 'zorgketen' (technisch gesproken) gaat – zij het dat een en ander met vallen en opstaan wordt geleerd, waarbij vooral het ontbreken van een 'hulp in het doolhof der zorg' opvalt. Ook signaleren deze ouders scherp de beperking van het bestaande (zorg)aanbod.
- ⁴ Recente gegevens van het ministerie van VWS staven deze conclusies. Het blijkt namelijk dat de afgelopen twee jaar het aantal uren huishoudelijke zorg met 30 procent is toegenomen. Van de totale toename van de productie van de thuiszorg is 68 procent toe te schrijven aan huishoudelijke zorg. Bron: Ministerie van VWS, *Stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige zorg*. 15 september 2003.
- ⁵ Lammers, Bart en Arnold Reijndorp, *IJburg, een wijk zonder scheidslijnen*. Rotterdam/Utrecht: NAI/NIZW, 2001. In deze publicatie worden veel diensten opgesomd en geordend op een wijze die uitgaat van het dagelijks leven van mensen. In het *Handboek Wonen & zorg* staat per 1/12/2003 een artikel waarin ook een serie diensten is vermeld. Soomeren, Paul van, en Bart Lammers, *Handboek Wonen & zorg*. Amsterdam: Elsevier, december 2003.

⁶ In het onlangs gepubliceerde rapport *De handicaps van de samenleving* breekt de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) een lans voor community care. De Raad ziet dit in het licht van de overgang van zorg binnen de instelling naar leven binnen de gemeenschap. In de praktijk leveren de zorginstellingen nog steeds een vorm van instellingszorg – weliswaar niet meer binnen hun eigen muren, maar in de wijk. De manier waarop de zorg is georganiseerd, is, met andere woorden, niet wezenlijk veranderd.

⁷ Zie ook: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en Maatschappelijke Zorg in Noord-Brabant, *Het tijdperk van de verknoping. Naar een verdergaande samenwerking van wonen, zorg en welzijn in Noord-Brabant*. 's-Hertogenbosch: PRVMZ, november 2003

Let op! In mei van dit jaar verschijnt TSS niet als blad maar als boek!

Kiezen voor de Kudde

Lichte gemeenschappen en de nieuwe meerderheid

Jan Willem Duyvendak en Menno Hurenkamp (redactie)

We zijn tegenwoordig allemaal unieke wezens. De individualisering heeft ons bevrijd van opgelegde keuzes. De druk van moraal, familie, kerk en staat die voor iedereen bij geboorte een vaste levensroute uitstippelde is weg. Er zijn geen collectieve verbanden meer waar je verantwoordelijkheid aan af moet leggen. Volgens sommigen is dit goed en volgens anderen is dit erg slecht. Het idee dat individualisering een sterke maatschappelijke kracht is kom je in elk politiek programma en in elk beleidsdocument tegen. Maar niemand vraagt of het ook waar is.

Als je kijkt naar het gedrag van mensen, zoals dat in dit boek gebeurt, heeft het alle schijn van modern kuddegedrag. Hoewel schijnbaar bevrijd van dwang maken we toch massaal dezelfde keuzes, of het nu over het stichten van een gezin, het kopen van een auto of huis, het kiezen van een school of het kiezen van een jas gaat. Gevraagd naar opvattingen over het goede leven vinden we eigenlijk ook altijd ongeveer hetzelfde. We maken onszelf graag wijs dat we heel individualistisch optreden en denken, maar zoeken hardnekkig naar aansluiting bij groepen. Van individualisering blijkt in de praktijk weinig sprake. Herkennen van dit modern kuddegedrag voorkomt veel misverstanden en is noodzakelijk om over integratie van vreemdelingen na te denken.

Kiezen voor de Kudde is een bijdrage aan het Sociaal Debat en verschijnt als jaarboek van het Tijdschrift voor de Sociale Sector.