

Het wijkteam als Haarlemmerolie !/?

Input voor de discussiebijeenkomst 'Zorg in de wijk' in het kader van de Toekomstverkenning Zorg van het Trendbureau Overijssel

Mei 2015, Erik Dannenberg

Inleiding

Gemeenten zijn verantwoordelijk geworden voor grote delen van welzijn en zorg die zich afspelen in de leefomgeving van de burger. Hierbij wordt door vele gemeenten, meer dan voorheen, gebiedsgericht gekeken naar ondersteuningsvragen. Buurt- of wijkteams gaan op samenhangende wijze inspelen op de vragen. Aldus gaat een groot deel van de zorg over van uitvoering van verzekerde rechten naar een brede basisvoorziening. Ook verzekeraars spreken steeds vaker over 'populatiegebonden bekostiging'. Dit betreft, hoewel de aard van de bekostiging anders is, een vergelijkbare ontwikkeling, nl. de focus op een geografisch gebied en de focus meer op gezondheid en gedrag in plaats van uitsluitend op ziekte en zorg.

Ik ben fan van deze ontwikkeling. Zie ook mijn [essay voor ZonMw](#) wat handelt over de nieuwe ordening van ondersteuning, welzijn en zorg. Om deze notitie stevig en praktijkgericht te starten, begin ik met 2 cases die de noodzaak laten zien van het aanbrengen van meer samenhang in de organisatie van ondersteuning in gezinnen en wijken.

Daarna richt deze notitie zich meer op de organisatorische kant van wijkgericht werken. Hoe dan? Er zijn kansen, maar het gaat niet vanzelf goed. En is wijkgericht werken als een soort [Haarlemmerolie](#) wel een oplossing voor alles? Kan het ook contraproductief werken? Tegen welke bestuurlijke en besturingsvraagstukken loop je aan bij de realisatie ervan? Zijn er weerstanden?

En er zijn risico's dat de goedbedoelde decentralisaties stuklopen op de verkeerde dingen, zoals uitvoeringszaken. Landelijk zien we de worsteling met uitbetaling van PGB's, maar lokaal kunnen dat zaken zijn als toegenomen bureaucratie en privacyregelingen.

Verwacht hier geen volledig uitgewerkt handboek. Deze notitie werpt bestuurlijke en operationele vragen op, springt van macro- naar microniveau en terug. Het is een aanzet tot nieuwsgierige vragen naar elkaars opinie om samen effectieve ideeën te vormen in een tijd dat het sociaal domein in wijken, buurten en dorpen opnieuw uitgevonden moet worden.

Casus 1 – schotten en kokers

Een gezin, vader, moeder en drie kinderen, woont in een doorsnee woonwijk in een rijtjeshuis. Alles verloopt naar wens. Beide ouders, geen van beiden 'hoogvliegers', hebben een leuke baan in uitvoerende werkzaamheden. De kinderen gaat het redelijk goed op school.

Tot die fatale dag waarop vader zijn ernstige eenzijdige auto-ongeval had. Na een periode in het ziekenhuis en een nog veel langere tijd in een revalidatiekliniek, komt hij thuis.

De omstandigheden zijn fors gewijzigd voor dit gezin.

Vader verliest zijn werk, terwijl de vaste lasten wel doorlopen. Er ontstaan stevige spanningen tussen vader en moeder over geldbesteding, maar ook over tal van andere onderwerpen. Als de kinderen te druk zijn of als ze iets aan vader vragen terwijl hij met iets bezig is, vallen er regelmatig boze woorden en af en toe een rake klap.

Familie en vrienden, die aanvankelijk zeer betrokken waren, haken een voor een af omdat hun goedbedoelde adviezen kennelijk niet helpen of omdat ze de voortdurende conflicten zat zijn.

Op aanraden van de huisarts komt het algemeen maatschappelijk werk op bezoek i.v.m. de ernstige spanningen. Gelukkig is de maatschappelijk werker goed bijgeschoold. Deze vraagt door op hoe vader was voor- en na het ongeluk. Daarna vraagt de werker aanvullende diagnostiek op niet-aangeboren hersenletsel. Dit blijkt inderdaad een belangrijke versterker van de relationele spanningen. Omdat de maatschappelijk werker geen langdurige begeleiding mag bieden, wordt een indicatie begeleiding gevraagd. De begeleider die voor vader komt geeft extra inzicht in het ontstaan van de conflicten (bijvoorbeeld dat vader geen twee dingen tegelijk meer kan), maar in de tijd tussen aanvraag en zorgtoewijzing is de zaak al zo geëscaleerd dat de beide begeleiders zich zorgen maken over de veiligheid voor moeder en de kinderen. Voor moeder wordt een melding gedaan bij het steunpunt huiselijk geweld en voor de kinderen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Beiden stellen een aanspreekpunt aan, maar deze stellen zich afwachtend op omdat er al hulpverleners in het gezin zijn. De financiële problemen, trigger voor veel strijd, wordt belegd bij een formulierhulp die eventueel nog een bewindvoerder kan inzetten als huisuitzetting dreigt, zeker nu er ook de nodige problemen zijn met het UWV omdat sommige formulieren niet tijdig zijn aangeleverd.

Een van de oplossingen kan zijn dat vader weer de arbeidsmarkt op gaat met beperkter mogelijkheden, maar daar kunnen en mogen genoemde instanties geen begeleiding bij bieden. Dat ligt bij een reïntegratiebureau. Zou 'beschut werk' iets voor vader zijn?

Met de kinderen gaat het op school niet goed. Spanningen thuis, geweld en slaapproblemen leiden tot teruglopende schoolprestaties. Het jongste kind vertoont fors problematisch gedrag. In de scholen zitten zorg-adviesteams, die met het motto 'het kind centraal', de kinderen diagnosticeren en verwijzen naar begeleidingsprogramma's. Het jongste kind wordt voorgedragen voor overplaatsing naar speciaal onderwijs.

Moeder wordt door de bedrijfsarts opgeroepen vanwege haar frequent kortdurend arbeidsverzuim.

Vraag 1: hoeveel wetten en regelingen ontdek je in de casus?

Vraag 2: welke hulpverlener heeft de regie? (formeel/informeel)

Vraag 3: hoe zou de hulp aan dit gezin in het nieuwe stelsel eruit moeten zien?

Casus 2 – schotten en kokers

In een middelgrote stad staan een aantal hoogbouwflats aan de rand van een 'zwakke woonwijk'. De flats zijn bij woningzoekers niet geliefd vanwege forse sociale- en veiligheidsproblemen. Wie kan, wacht liever wat langer op een huis dan daar te moeten wonen. De flats zijn 'de onderste trede van de woningladder'. Er wonen 69 nationaliteiten en 168 kinderen. Er zijn appartementen waar mensen wonen die er tijdelijk gebruik van maken, zoals studenten of mensen die in afwachting zijn van een andere woning. Anderen wonen er voor lange tijd, met name omdat er geen perspectief is op verbetering. Velen zijn er terecht gekomen na een relatiebreuk of een verblijf in opvangcentra. Er wonen ook statushouders en laatste kans-bewoners.

Veel flatbewoners hebben problemen op meerdere levensterreinen. Velen kampen met schulden, er zijn mensen die teveel drinken, er zijn er nogal wat zwakbegaafd, er zijn opvoedingsproblemen. Ook psychiatrische problemen komen voor, zoals de man die 's nachts veel schreeuwt met zijn Gilles de la Tourette-stoornis. Twee mensen hebben hun woning veranderd in een soort klooster en proberen flatbewoners te overtuigen van hun levensvisie. Dit leidt regelmatig tot agressie. In een andere flat wordt een wietplantage ontdekt.

De betrokken instanties zetten al jaren veel hulp in om de problemen te beheersen. Er is een 'schoon, heel en veilig'-team, dat vooral probeert de leefomgeving netjes te houden. De wijkagent beboet de foutparkeerders, maar is daarnaast gewaardeerd aanspreekpunt voor talloze sociale problemen. Het welzijnswerk doet het nodige, maar dat verleent geen hulp 'achter de voordeur'. Ondertussen doet de huismeester wat hij kan, in een beperkt aantal uren en met beperkte deskundigheid.

Dagelijks is er een stoet waar te nemen van hulpverleners die, op geleide van individueel geïndiceerde problematiek, de mensen bezoekt in de vele appartementen. Onder hen verslavingsdeskundigen, reclasseringswerkers, de wijkverpleegkundige, de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, opvoedingsdeskundigen, de GGD etc. Daarnaast is er de dagelijkse stoet van flatbewoners naar allerlei gesprekken in de omgeving, zoals van de sociaal raadslieden, de formulierhulp, het maatschappelijk werk, MEE etc. De begeleidster die in een van de huishoudens kwam op basis van de indicatie voor het zwakbegaafde kind zag nog vijf problemen, maar daar kon zij binnen het Awbz-kader geen hulp aan bieden. Dus vroeg ze hulpverleners van collega-instanties die daar voor ingehuurd waren om ook te komen. Dit patroon herhaalde zich in vele appartementen, waardoor de gemeente, kort voor de decentralisaties, vaststelde dat er ongeveer 70 instanties betrokken waren bij de hulp aan de flatbewoners. Dit aantal bleek overigens in elke woonwijk ongeveer gelijk te zijn.

- Vraag 1: Helpt het als de gemeente en zorgverzekeraar/zorgkantoor hier het 'doelgroepenmodel' zou vervangen wordt door een 'geografisch model'? Hoe zou dit moeten functioneren?
- Vraag 2: Wat zou er veranderd moeten worden in de zorg/welzijn-bekostigingssystemen?
- Vraag 3: Kunnen wijkteams helpen om de hulp efficiënter te organiseren?
- Vraag 4: Tot welke grenzen is het verantwoord om 'specialisten' te vervangen door 'generalisten'?

Lokale in plaats van regionale regie en inkoop

Een grote uitdaging is 'de zorg weer van ons maken' na een fusiegolf die zich in Nederland al tientallen jaren voordoet. Waar wetten met aanbodsturing, regionale inkoop via zorgkantoren en provincies, en toeleiding via indicatieorganen als CIZ en bureau Jeugdzorg het logisch maakten om op bovenregionale schaal te gaan organiseren, zullen gemeenten juist aandacht vragen voor lokale maatschappelijke vraagstukken, verbinding met burgerinitiatief en vroege signalering ('early warning') van opkomende problemen, micro of macro.

De switch naar lokale inkoop¹ brengt voor veel aanbieders, die vooral sectoraal gefuseerd zijn, grote problemen met zich mee. Men signaleert een geweldig toegenomen administratieve last vanwege de verschillende inkoopvoorwaarden per gemeente, maar ook klopt de gevraagde integrale zorg vaak niet bij het op een bepaalde doelgroep georiënteerde aanbod van de organisaties.

Daardoor gaan momenteel aanbieders in een bepaalde regio 'noodgedwongen' met elkaar in gesprek om geïntegreerde teams te vormen. Dit is geen veilig proces, want het samenwerken in allerlei geïntegreerde teams, al dan niet met detachingsconstructies, kan op termijn het bestaan van de organisatie voor dit type werk ter discussie stellen. Doe je mee met de anderen, dan loop je het risico werk kwijt te raken aan een toekomstig nieuw besturingsmodel. Doe je niet mee met de anderen, dan lig je er sowieso uit. Gaat de samenwerking van harte of is samenwerken de meest aanvaardbare vorm van tegenwerken?

Externe relaties die voor de continuïteit van de organisatie van belang zijn werden voorheen doorgaans door managers, directies en bestuurders onderhouden. Managementlagen dunnen uit door bezuinigingen en een andere visie op organiseren. Meer nadruk komt te liggen op het niveau van teamleiders en uitvoerende professionals om netwerken met gemeenten en stakeholders te onderhouden. Al die lokaal georganiseerde bijeenkomsten zijn voor de top van de organisatie gewoon niet meer te belopen. Het is van groot belang dat de organisaties hun operationeel leidinggevenden (of aandachtsfunctionaris per team) trainen in het voeren van het lokale gesprek. Dit vraagt een andere dan een klassiek hiërarchische benadering. De teams zullen zich als (relatief) zelfstandig team moeten opstellen. Veel valt hier te leren hoe netwerken van Zelfstandig Professionals dit doen. Ze moeten leren contextueel te handelen en voortdurend eigen afwegingen te maken. Per branche verschilt het enorm of men in een duidelijk wettelijk kader handelt (bijvoorbeeld de Wet Publieke Gezondheid, JeugdGGZ, gezinsvoogdij) of dat er veel handelingsruimte is omdat er vooral op bedoelingen en resultaten gestuurd wordt (maatschappelijk werk, opbouwwerk,

¹ Behalve voor specialistische / complexe zorg, deze wordt doorgaans (boven)regionaal ingekocht

opvoedingsondersteuning). Een helder kader voor teams is: Als je, binnen de beroepsstandaarden, besluiten neemt die betrekking hebben op je eigen werk en regio, dan ga je er zelf over. Als je besluiten neemt waarvan je aanvoelt dat ze effecten hebben buiten je team of regio, dan schaal je op naar leidinggevenden. Denk hierbij aan effecten op financieel, professioneel, kwaliteits- of publicitair terrein.

Het zal voor het (verminderd aantal) managers ook training vergen om taken los te laten. Je gaat erover of niet. Te vaak wordt een team 'zelfsturend' genoemd, maar wordt voortdurend van bovenaf ingegrepen. In die zin is de verhouding tussen Rijk en gemeenten vergelijkbaar met de dynamiek in organisaties. Vertrouwen grote zorgconcerns op 'de lokale democratie' in hun organisatie?

Verbinding met burgerinitiatief

De vorige paragraaf geeft bestuurders al hoofdbrekens genoeg. Nu wordt ook nog verwacht dat de zorg meer wordt afgestemd met zelforganisatie van burgers. Dit vindt op verschillende schaalniveaus plaats:

1. De cliënt
In plaats van een lineaire redenering in een verzekeringsmodel waarbij een omschreven probleem automatisch recht geeft op een bepaald aanbod, wordt van medewerkers nu verwacht niet te denken in 'waar heeft u recht op?' maar in 'wat heeft u nodig?' De oplossing kan dus per cliënt, per huishouden verschillen, afhankelijk van de mate waarin men zelf in staat is in oplossingen te voorzien. Cliënt en professional maken samen een plan, waarin aan de oplossing van een vraagstuk wordt gewerkt. Dit vraagt geen geïndiceerd vast aantal uren per week, maar een continue variabel aanbod, passend bij de vraag van dat moment. Op enige termijn kunnen wijkteams waarschijnlijk goed met deze werkvorm overweg, omdat het een herontdekking is van vroeger bestaande werkwijzen. Een koppeling aan het werk van de geherintroduceerde wijkverpleegkundige S1 ligt voor de hand.
2. De buurt
Buurtcoöperaties gaan partnerschappen aan met gemeenten. In ruil voor bepaalde zelfwerkzaamheid geven gemeenten de coöperaties invloed op de wijze waarop zorg wordt georganiseerd. Dit kan bijvoorbeeld gaan over vervoer, woningaanpassingen, hulp bij administratie of huishouding. Het is de verwachting dat deze trend doorzet, maar waarschijnlijk niet in alle woonwijken. Een recent rapport liet zien dat veel burgerorganisaties bestaan uit 'vermomde professionals', niet zelden mensen die zich positief of negatief kritisch afzetten tegen de huidige 'betonnen' structuren. Enerzijds ligt het voor de hand dat wijkteams allianties aangaan met deze zelforganisaties. Potentieel wordt er een goed functionerend evenwicht gevonden tussen informele- en formele zorg. ICT zal een effectieve

katalysator zijn voor afstemming en samenwerking. Aandachtspunt is, zoals in elk stelsel, hoe je voorkomt dat de mondige zelforganiserende burger juist méér zorg naar zich toetrekt dan de minder assertieve wijken en buurten. Ook bij zogenaamd objectieve indicatieorganen was dit al verre van effectief, omdat 'naoberzorg' vaak juist leidde tot méér in plaats van minder formele zorg, omdat men elkaar de weg wees naar de hulpverleningsinstanties.

Op dit punt mag van de gemeente beleidsregie verwacht worden, omdat zij deze effecten eerder (moeten) kunnen waarnemen dan veraf staande indicatie- en bekostigingssystemen.

Kijktip: [Austerlitz zorgt](#)

3. De belangenorganisaties

Tot nu toe waren belangenorganisaties vooral gericht op het niveau van de bekostigers van zorg (landelijke patiëntenverenigingen etc.) en op het organisatieniveau (cliëntenraden) en op het algemeen belang (bv. ouderenbonden). Nieuwe ontwikkelingen zijn die van gehandicaptenraden en Wmo-raden. Daarbij worden klassieke doelgroepen als sociale werkvoorziening, Wmo, uitkeringsontvangers, dagbestedingsgroepen, integratieraden etc. samengevoegd in één brede participatieraad. Wijkteams doen er goed aan zich goed te informeren over cliëntenadviezen en -wensen op beleidsniveau, zodat zij deze mee kunnen laten wegen in de dagelijkse praktijk. Gemeenten dienen deze informatie actief beschikbaar te stellen. Potentiële spanningsvelden kunnen ontstaan als de lokale cliëntenvertegenwoordiging andere adviezen geeft dan de (de)centrale cliëntenraden van de organisaties. De tegenstelling categorale zorg / geïntegreerde zorg kan hier ook opspelen.

Wijkteams zijn een oplossing, maar zijn er ook nieuwe problemen? Een grensverkenning in 7 punten

1. We zien wat we vroeger niet zagen

Van zorgorganisaties wordt verwacht dat ze 'de beweging naar voren maken', dat wil zeggen dat ze preventiever werken en bij beginnende problemen sneller interveniëren, waardoor het beroep op zwaardere vormen van zorg zal dalen. Dit is waarschijnlijk waar. Momenteel moet men vaak een lange en moeilijke weg afleggen voordat een indicatie rond is, zodat er intensievere hulp geboden kan worden. Er is ook een andere kant. In het domein van relatief lichte vraagstukken zouden waarschijnlijk veel problemen zichzelf oplossen, al dan niet met steun van het sociale netwerk. Sociale wijkteams lopen het risico aan hun eigen succes ten onder te gaan. Het klassieke probleem van de wachtlijst duikt dan weer op. Dan moeten er keuzes gemaakt worden of hulp korter wordt geboden, bepaalde problemen niet meer van hulp worden voorzien of dat er een aanvaardbare wachttijd is.

Ook in de gemeentelijke politiek wordt er verschillend gedacht over de grens tussen private en publieke verantwoordelijkheid (moet de overheid helpen bij relatieproblemen of schulden?) en over private of publieke uitvoering van overheidstaken (denk bijvoorbeeld aan de jeugdgezondheidszorg, veiligheidshuis, openbare geestelijke gezondheidszorg).

Gemeenten doen er goed aan door de wijkteams dermate breed in te richten dat deze vragen zich niet te snel voordoen, en dat wijkteams ruimte krijgen (met tijd en met vallen en opstaan) om zelf keuzes te maken, in overleg met cliënten, wie zichzelf wel weer redt en wie nu de meeste aandacht nodig heeft.

2. Blijft de expertise overeind?

Afgelopen decennia is veel diagnostische- en behandelexpertise ontwikkeld. In de uitvoering was dit doorgaans belegd bij op doelgroep georiënteerde organisaties. Hoe wordt expertise geborgd bij wijkteams die bevolkt worden door 'generalisten'?

Veel hulpverleners hebben een brede basisopleiding. Het betreft verpleegkunde/SPV, sociaal-agogische hulpverlening, financiële dienstverlening, opvoedondersteuning, (jeugd)gezondheidspreventie en algemeen welzijnswerk. De expertiseontwikkeling vond daarna vooral plaats in de gesegmenteerde doelgroeporganisaties, zoals rond zwakbegaafdheid, psychiatrische ziektebeelden, verslavingen, niet-aangeboren hersenletsel, opvoedvraagstukken, kindveiligheid etc. Het is verstandig als gemeenten de kennisgebieden gericht beschrijven in de subsidie/inkoopvoorwaarden. Daarin dient ook de verbinding met (bovenregionale) specialistische zorg goed beschreven te zijn. Het risico wordt al gesignaleerd dat in sommige gevallen te laat aanvullende specialistische zorg wordt ingeschakeld. Een vergelijkbare verhouding bestaat tussen huisarts en specialist. Er moet wel een common sense zijn over de momenten van op- en afschalen van zorg. Een positief nieuw punt is dat het wijkteam betrokken kan blijven als zwaardere zorg wordt ingezet. Dus 'doorverwijzen' kan vervangen worden door het betere 'erbij halen'. De gemeenten kunnen overwegen de specialistische zorg (deels) te bekostigen via de wijkteams (zorgtoewijzing). Ook de tussenvariant van 'consultatie' waarbij specialisten adviezen geven aan de generalisten, (door de verzekeraars helaas geschrappt) kan weer ingevoerd worden.

3. Wie wil er geholpen worden door een wijkteam?

Veel cliënten hebben geen behoefte aan hulp van een team, maar van een deskundig persoon. Denk aan hulp bij relatieproblemen, opvoedingsproblemen, verwerkingsproblemen. Op zich maken hulpverleners nu ook wel deel uit van een team, maar het woord wijkteam

kan ook belemmerend werken op het stellen van hulpvragen. 'Ziet nu iedereen in zo'n buurtteam dat ik problemen thuis, op m'n werk heb?'² Goedbedoelde initiatieven hebben soms niet het gewenste resultaat, zoals die Turkse maatschappelijk werker die aangenomen was om betere contacten te leggen met de Turkse gemeenschap. Die wilde echter absoluut niet geholpen worden door iemand uit de eigen gemeenschap... Het verdient aanbeveling te monitoren welke groepen vooral bereikt worden door wijkteams. Eerder werd gesignaleerd dat de best georganiseerde groepen in de samenleving in staat zijn veel zorg naar zicht toe te trekken, maar het omgekeerde kan ook gebeuren, namelijk dat de financieel draagkrachtige groep (nog meer dan voorheen) voor zichzelf hulp gaat organiseren. Daarmee kunnen de wijkteams vooral een voorziening gaan vormen voor de minder draagkrachtigen. De vraag is of dat erg is, gezien door de bril van de nieuwe wetgeving. Maar het moet niet omgekeerd gaan werken, in de zin dat mensen die het wat breder hebben per definitie worden uitgesloten van hulp. Ook achter een mooie voordeur kan veel leed schuilgaan wat men zelf niet opgelost krijgt.

Thans zijn er per woonwijk zo'n 27 registratiesystemen in gebruik. Als dit fors verminderd wordt, krijgen meer mensen toegang tot gegevens over cliënten. Deels is dit positief, want tot nu toe ging veel te veel mis op het langs elkaar heen werken van zo'n 70 organisaties per woonwijk. Maar als niet heel secuur geregeld wordt dat alleen relevante gegevens worden gedeeld tussen betrokken hulpverleners en instanties is het vertrouwen van de burger snel zoek en dan wordt 'zorgmijding' een onbedoeld neveneffect.

4. Is de samenleving wel klaar voor meer eigen verantwoordelijkheid?

Sinds medio jaren '60 is de verzorgingsstaat in rap tempo opgebouwd. Sociale zekerheid en zorg werden vooral een publieke verantwoordelijkheid. Mede daardoor hebben zich veranderingen voltrokken die een groter beroep op de samenleving niet eenvoudig maken:

- Gezinnen zijn kleiner geworden
- Gezinnen zijn verder uit elkaar gaan wonen
- De arbeidsparticipatie van vrouwen is fors omhoog gegaan
- De leeftijdsafstand tussen de generaties is groter geworden, waardoor tegelijk met de zorg voor kinderen er zorg voor de ouders ontstaat.
- De algemene vaardigheden binnen de bevolking om onderlinge hulp te verlenen zijn afgenomen

Nu wordt in rap tempo een groter beroep op het eigen netwerk gedaan.

² 'U kunt het allemaal niet meer aan? Ja, ik zie hier dat uw kind spijbelt, dat de school zich zorgen maakt, dat u achterloopt met betalingen, dat uw man aangesproken is omdat hij te weinig solliciteert...'

In sommige situaties kan dat ook best, maar er is ook risico op het overbelasten van mantelzorgers. Sommigen worden al zwaar (over)belast, anderen laten zich minder aanspreken op verantwoordelijkheden en gaan de weg van juridiseren van de rechten en plichten. Anderzijds ontstaan er waarschijnlijk allerlei nieuwe maatschappelijke verbanden waarbinnen onderlinge ondersteuning wordt geregeld. Denk aan de opkomst van de 'Krasse Knarrenhofjes', buurt-whatsapp of de wijze waarop ZP'ers hun onderlinge risico's opvangen. Het woord 'gezin' zou wel eens herontdekt kunnen worden in de oorspronkelijke betekenis van 'ghesinde' oftewel 'reisgezelschap', de groep waar je toe behoort en waarmee je door de tijd reist.

5. Financiële prikkels in de bekostiging

Voetbal is van achteren naar voren georganiseerd. De keeper geeft aanwijzingen aan de verdediging, de verdediging bedient middenveld en spitsen. Analooq aan zorg/welzijn, zou de complexe/specialistische zorg een voortdurend coachende / trainende rol moeten hebben naar wijkzorg (middenveld) en welzijn/preventie (spitsen). Dit om te voorkomen dat mensen in zware / dure zorg terechtkomen. De financiële prikkel werkt echter precies de andere kant op. Vaak is in de zwaardere zorg sprake van een beloning op productie, oftewel in voetbaltermen een 'beloning op ballen doorlaten'. Dit geldt voor ziekenhuizen (beloning op behandelen, geen beloning op preventie of niet behandelen) en voor zorg/welzijn in zijn algemeenheid.

Complexe zorg wordt doorgaans door gemeenten regionaal (deels zelfs landelijk) ingekocht.

Het ligt voor de hand de 'derde lijn' veel meer met consultatiefuncties te laten werken naar de voorliggende voorzieningen. Eerder in dit stuk werd dit al op inhoud geconstateerd. De verbinding naar de financiële systemen ligt voor de hand. Immers, hoe verbind je de systemen aan de visie die je nastreeft!

Een uitwerkingsvraag is of de huidige eerste, tweede en derde lijn meer als één team worden gepositioneerd of dat dit aparte organisatievormen kunnen zijn. Bij dit laatste bestaat vaak de neiging zwaardere zorgtaken af te wentelen op regionale voorzieningen of op de verzekerde (langdurige) zorg. Effecten zullen gemonitord moeten worden om bij te kunnen sturen. Een goed middel hierbij is het achteraf verrekenen van daadwerkelijke inzet van zwaardere zorg. Dit werkt echter alleen als het binnen één bekostigingsmodel plaatsvindt. Tussen de domeinen gemeentelijke zorg en verzekerde zorg (WLZ, V&V) is het nog maar zeer de vraag of dit goed gaat functioneren. Gemeenten en verzekeraars doen er goed aan dit vooraf goed af te stemmen om discussie op de verkeerde plek (aan het bed van de patiënt) te voorkomen.

6. Is de wijk wel het goede organisatieniveau voor alle vraagstukken?

De meeste gemeenten zijn bezig wijkteams in te richten. De nieuwe structuur moet ook een oplossing bieden voor ingewikkelde vraagstukken als hoe om te gaan met een gezin wat uit elkaar spat, waarbij vader op zichzelf gaat wonen, de oudste dochter zegt: 'bekijk het maar' en bij een vriend intrekt, het middelste kind bij moeder woont en het jongste kind bij oma verblijft. En alle gezinsleden wonen in andere gemeenten...

Een ander voorbeeld is dat een wijkteam met 'een gezin, een plan, een regisseur' meestal nog redelijk kan aansluiten op het basisonderwijs, maar de afstemming op voortgezet- en middelbaar beroepsonderwijs moet nog geregeld worden.

7. Maatwerk of maatwerk?

Er is verwarring over de term maatwerk. Enerzijds wordt bedoeld dat professionals en cliënten, in samenspraak met hun context, komen tot een op de persoon passend plan. Ongelijke monniken, ongelijke kappen. Anderzijds is maatwerk de Wmo-terminologie van een beschikking, waarbij aan een persoon een individuele voorziening wordt toegekend. Dit kan een woningaanpassing zijn, maar ook opname in een voorziening voor begeleid wonen. Tegen zo'n beschikking kan binnen zes weken bezwaar worden aangetekend etc. Als gemeenten de wijkteams te klein inrichten, dan wordt het een soort wandelend indicatiebureau. Als het te groot is, dan kan de willekeur te groot worden voor toekenning van complexe hulpverlening.

Tot op heden viel zo'n 10% van de Nederlandse hulpverlening onder laagdrempelige, voor de burger zonder indicatie toegankelijke voorzieningen. Voor alle overige zorg was een vorm van indicatie nodig. Dit is wereldwijd uitzonderlijk. Het is van belang dat in gemeenten/regio's een goed gesprek plaatsvindt over waar men deze grens opnieuw wil definiëren. Tot waar loopt de grens van de brede basisvoorziening waar professionals over handelingsruimte beschikken en waar dient maatwerk met een individuele beschikking te starten?

Hierbij speelt nog de potentiële kloof tussen enerzijds het visionaire / beleidsmatige verhaal van wethouders en beleidsmedewerkers en anderzijds de werkwijze van inkopers en juristen, waardoor in de praktijk toch een voorzieningenmachinerie ontstaat. Het verdient aanbeveling voortdurend te toetsen of nog overeenkomstig de bedoeling wordt gewerkt. Een interessant boek in dit verband is 'verdraaide organisaties' van Wouter Hart en Marius Buiting.