



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Zorg op afstand, bestaande techniek voor nieuwe doelgroepen: eindrapport

Grin, J.; Aarts, W.

Publication date

2011

Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Grin, J., & Aarts, W. (2011). *Zorg op afstand, bestaande techniek voor nieuwe doelgroepen: eindrapport*. UvA-SIPI.

<http://home.medewerker.uva.nl/j.grin/bestanden/totaal%20rapport%2016%20mrtZoA.pdf>

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.



FACULTEIT DER MAATSCHAPPIJ- EN

GEDRAGSWETENSCHAPPEN

Afdeling Politicologie

SIFI INTERCULTURELE
PARTICIPATIE EN
INTEGRATIE

Zorg op afstand, bestaande techniek voor nieuwe doelgroepen

Eindrapport

John Grin
Wilma Aarts

16 maart 2011

Opdrachtgever: Cordaan



Dr. Wilma Aarts (studie Culturele Antropologie, promotie sociale wetenschappen) werkt als onderzoeker en adviseur bij Stichting Interculturele Participatie en Integratie (SIFI) in Amsterdam. SIFI voert trainingen en innovatieve projecten uit die “mensen het heft in eigen hand doen nemen”. SIFI is actief en adviseert in het bijzonder op het gebied van culturele diversiteit en interculturele vraagstukken. wilma@s-iji.nl www.s-iji.nl

Prof. dr. John Grin is hoogleraar ‘beleidswetenschap, i.h.b. systeeminnovatie’ aan de Afdeling Politicologie van de Universiteit van Amsterdam en mede-oprichter en –directeur van het Kennisnetwerk Systeeminnovaties en transities (KSI). Hij was verantwoordelijk voor de kwalitatieve monitor in het landelijk programma Zorg op Afstand, dichterbij. www.home.medewerker.uva.nl/j.grin/; j.grin@uva.nl



Inhoudsopgave

Inleiding	5
Wat is Zorg op Afstand?.....	5
Reden voor het experiment bij Cordaan	6
Korte projectomschrijving.....	6
Doelstelling van het onderzoek.....	7
1 Zorg op afstand in Nederland	9
1.1. Het landelijk initiatief Zorg op Afstand.....	9
1.2. Ervaringen uit het landelijk initiatief Zorg-opAfstand.....	11
1.3 Het belang van de pilot bij Cordaan; vraagstelling van dit rapport.....	14
2 Cordaan en zorg op afstand	16
2.1 Cordaan.....	16
2.2 Project Zorg op afstand bij Cordaan.....	21
3 Zorg op afstand in de verstandelijk gehandicaptenzorg	27
3.1 Zorgverlening bij Cordaan aan verstandelijk gehandicapten.....	27
3.2 Invoering van Zorg op afstand bij verstandelijk gehandicapten	29
3.3 De effecten en meerwaarde van zorg op afstand	37
3.4 Conclusies en aanbevelingen	44
4 Zorg op afstand in de geestelijke gezondheidszorg	47
4.1 Cordaan en woon- en trajectbegeleiding in de geestelijke gezondheidszorg	47
4.2 Invoering van Zorg op afstand bij beschermd wonen op IJburg	50
4.3 De effecten en meerwaarde van zorg op afstand	54
4.4 Conclusies en aanbevelingen	60
5 Zorg op afstand in thuiszorg aan Surinaamse ouderen	63
5.1 Thuiszorg aan ouderen	63
5.2 Surinaamse ouderen in Amsterdam	65
5.3 Invoering van Zorg op afstand bij ouderen van Surinaamse afkomst.....	66
5.4 De effecten en meerwaarde van zorg op afstand bij Surinaamse ouderen	74
5.5 Conclusies en aanbevelingen	77
6 Zorg op afstand in thuiszorg aan ouderen van Turkse en Marokkaanse afkomst	79
6.1 Turkse en Marokkaanse ouderen en zorg	79
6.2 De invoering van Zorg op afstand bij Turkse en Marokkaanse ouderen.....	81
6.3 De effecten en meerwaarde van zorg op afstand bij Turkse en Marokkaanse ouderen	87
6.4 Conclusies en aanbevelingen	91
7 Samenvatting en conclusies	95
7.1. Aard en achtergronden van het experiment.....	95
7.2. Lessen omtrent invoering van ZoA	97
7.3. Lessen omtrent meerwaarde ZoA voor specifieke doelgroepen	103
7.4. Tot slot.....	106





Inleiding

In dit rapport doen we verslag van de ervaringen uit een uniek experiment bij Cordaan: de experimentele invoering van Zorg op Afstand bij aantal zorgteams. Het experiment was uniek, niet omdat Zorg op Afstand nog een relatief nieuw concept in de zorg is, maar omdat dit concept bij Cordaan is toegepast bij enkele specifieke doelgroepen: verstandelijk gehandicapten, psychiatrische cliënten die begeleid wonen en groepen ouderen van verschillende, allochtone afkomst: Surinaams, Turks en Marokkaans.

Immers, Zorg op Afstand (ZoA) is als concept nog jong, maar niet nieuw. De eerste ervaringen werden opgedaan in 2002, en vanaf 2004 fungeert er een platform waarin meerdere instellingen samen werken aan de verdere invoering in de zorg voor ouderen en voor chronisch zieken. De ervaringen daarmee zijn op meerdere plaatsen gedocumenteerd.¹ De toegevoegde waarde van het experiment bij Cordaan is dat hier ervaring is op gedaan met ZoA bij een aantal andere groepen cliënten, met heel specifieke achtergronden en kenmerken. Maar voor we daar verder op ingaan is het goed om eerst iets meer te zeggen over ZoA.

Wat is Zorg op Afstand?²

Zorg op afstand is zorg die op afstand wordt gegeven met moderne technologische hulpmiddelen in het bijzonder met een beeldverbinding. Terwijl zorg aan huis enerzijds bestaat uit concrete handelingen als een wond schoonmaken en een huis helpen opruimen, bestaat zorg anderzijds uit allerlei vormen van begeleiding en communicatie, zoals raad geven, ondersteunen, voorlichten, luisteren en bemoedigen en in de gaten houden van cliënten. Bij zorg-op-afstand gaat het vooral om die begeleiding en communicatie, want deze kan met telecommunicatiemiddelen ook op afstand worden geboden.

In dit project wordt met zorg-op-afstand videocommunicatie bedoeld. Bij videocommunicatie kunnen cliënt en begeleider elkaar zien en met elkaar praten. Dat geeft vertrouwen. Zorgverleners kunnen met zorg-op-afstand echt zien of en wat er aan de hand is bij een cliënt. Ze lijken fysiek dichtbij, en dat is een groot voordeel ten opzichte van communicatie via de telefoon.

Gebruik van videocommunicatie geeft de mogelijkheid te komen tot andere vormen van zorg aan mensen-thuis, aansluitend bij hun leefwereld en leefstijl. Vormen van zorg, waarbij mensen zich op hun gemak voelen, meer zelf regie voeren en professionals een meer begeleidende rol vervullen. Daarmee kan ZoA bijdragen aan een minder aanbodgedreven, en een meer klantgerichte zorg – zorg die met maatwerk inspeelt op de behoeften van cliënten.

In Nederland zijn meerdere vormen ontwikkeld, met name PAL4 en Viedome.³ Door Cordaan is gekozen voor een hoogwaardige videoverbinding via het zogeheten PAL4-systeem. PAL4 is een afkorting die staat

¹ De belangrijkste documenten zijn te vinden op at www.zorgopafstand.net

² Gebaseerd op folder 'Zorg op afstand altijd dichtbij', van Actiz, november 2008



voor Persoonlijke Assistent voor het Leven. Het werkt heel simpel met een aanraakscherm bij de cliënt en een speciale computer genaamd bidibox bij de zorgorganisatie. Het mooie is dat het een op internet gebaseerde toepassing is. Cordaan kan er veel meer mee doen dan alleen maar zorg aanbieden. Dat is goed, want ook voor een AWBZ-cliënt is zorg maar een onderdeel van het leven, en bovendien is ZoA juist op zijn best wanneer ze aansluit op de leefwereld. Voor het aanraakscherm van PAL4 kan Cordaan (met partnerorganisaties) ook ander aanbod of andere inhoud ontwikkelen, zoals bijvoorbeeld wijkinformatie, spelletjes of een virtuele ontmoetingsplaats.

Reden voor het experiment bij Cordaan

Thuiszorginstelling Cordaan heeft om verschillende redenen⁴ initiatief genomen tot het project 'Zorg op afstand, bestaande techniek bij nieuwe doelgroepen'. Een van de redenen is dat verschillende groepen zorggebruikers en zorgbehoeftigen, in het bijzonder wordt gedacht aan verstandelijk gehandicapten, psychiatrische mensen en allochtone ouderen, dreigen geïsoleerd te raken van de huidige samenleving waarin techniek en computers sterk zijn doorgedrongen.

Een andere reden is dat momenteel de zorg aan huis een deel van de zorgbehoeftigen onvoldoende ondersteunt, zodat zij moeten worden opgenomen. Opname heeft allerlei nadelen voor de zorggebruiker. Zorg op afstand kan de levenskwaliteit thuis juist verbeteren en zou opname onnodig kunnen maken.

Er is ook nog een meer algemene reden, die ook ten grondslag ligt aan het landelijk programma ZoA: de afnemende inzet en betrokkenheid van naasten en vrijwilligers in de zorg en het feit dat zorg steeds meer alleen aan professionals wordt overgelaten. De toename van professionele zorg aan huis bij huidige en toekomstige groepen zorgbehoeftigen is problematisch, vanwege een groeiend tekort aan arbeidskrachten in de zorg. ZoA kan helpen aan deze problematiek het hoofd te bieden.

Korte projectomschrijving

Met het experiment 'Zorg op afstand, bestaande techniek voor nieuwe doelgroep' voert Cordaan op experimentele basis videocommunicatie in bij doelgroepen waarbij ZOA tot nu toe niet of nauwelijks is toegepast. Het gaat hierbij om uiteenlopende doelgroepen, te weten verstandelijk gehandicapten, psychiatrische zorgdiënten en allochtone ouderen. De doelgroep allochtonen is wederom onderverdeeld in ouderen van Surinaamse, Turkse en Marokkaanse afkomst. Het zijn doelgroepen die veelal niet in beeld zijn bij de toepassing van deze techniek, maar die, in de visie van Cordaan, wel veel baat kunnen hebben bij zorg op afstand. Mits onder de juiste voorwaarden de techniek wordt ingezet en mits aanpassingen plaatsvinden in functionaliteit, presentatievormen, vormgeving enz.

³ www.pal4.nl en www.viedome.nl

⁴ Projectplan Cordaan (2008). *Projectplan Zorg op afstand, bestaande techniek voor nieuwe doelgroepen*.



Het project is november 2008 begonnen en duurde tot eind 2010. In de loop van het project is Zorg op afstand (ZOA) ingevoerd bij achtereenvolgens de doelgroep verstandelijk gehandicapten, de doelgroep psychiatrische cliënten, Surinaamse ouderen en tenslotte ouderen van Marokkaanse en Turkse afkomst. Steeds zou het scherm eerst bij vijf cliënten uit een doelgroep worden geplaatst. Dan zou worden gekeken hoe het gebruik van ZOA verloopt bij de aangesloten cliënten. Vervolgens zouden uit dezelfde doelgroep nog 15 andere cliënten worden geselecteerd en aangesloten. In totaal zouden volgens het plan 20 cliënten per doelgroep worden aangesloten, in totaal bij 80 cliënten. Een deel van de aangesloten cliënten zou ook een scherm geplaatst krijgen bij een naaste of mantelzorger. In de volgende hoofdstukken zal aan de orde komen in hoeverre Cordaan dit aantal beoogde aansluitingen heeft kunnen realiseren, en wat hierbij is ervaren en geleerd.



1 ZoA-scherm als venster op de wereld in de leefwereld van bewoners

Doelstelling van het onderzoek

Aan een onderzoeksteam van de Universiteit van Amsterdam (John Grin) en Stichting Interculturele Participatie en Integratie (Wilma Aarts) is de opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren naar de invoering van Zorg op afstand bij Cordaan. John Grin is hiervoor gevraagd vanwege zijn eerdere onderzoek naar Zorg op afstand en zijn onderzoek naar systeeminnovatie in het algemeen en SIFI vanwege de interculturele expertise.

Het onderzoek heeft drie doelen. Allereerst beoogt het onderzoek bij te dragen aan tussentijds leren. Het onderzoek kan gaandeweg gegevens en inzicht opleveren waarmee het Zorg-op-afstand experiment voor nieuwe doelgroepen kan worden ingericht, bijgestuurd en geoptimaliseerd.



Gezien het verkennende en vernieuwende karakter van het experiment, en het feit dat het wordt uitgevoerd bij vijf uiteenlopende doelgroepen, is een kwalitatief onderzoek het meest waardevol en haalbaar. Het onderzoek is erop gericht de veranderingen door de invoering van zorg op afstand te begrijpen en in beeld te brengen. Onderzocht wordt wat de aard is van de vernieuwing en verandering die de invoering van Zorg op afstand met zich meebrengt. Ten dele heeft het onderzoek al gaandeweg bijgedragen aan het leren. Het zwaartepunt in het leren vindt echter plaats aan het einde van de project- en onderzoeksperiode, nu alle doelgroepen zijn aangesloten. De omstandigheden voor vergelijking binnen en tussen doelgroepen is nu optimaal. Het op hoofdlijnen documenteren van de invoering bij Cordaan, en de vergelijking met projecten elders zien wij als een belangrijke doelstelling. Documentatie is ook van belang in het kader van het Transitieprogramma Langdurende Zorg (TPLZ).

Een tweede belangrijke onderzoeksdoelstelling is de effecten te bepalen van de invoering van zorg-op-afstand bij de verschillende nieuwe doelgroepen op alle betrokkenen bij die doelgroepen. Een belangrijke vraag is of de gewenste kwaliteits- en efficiencyverbetering optreden bij de specifieke doelgroepen. Deze vraag is essentieel omdat er, om na de projectperiode met zorg op afstand door te gaan, aanwijzingen nodig zijn dat Zorg op afstand bij deze doelgroepen daadwerkelijk meerwaarde kan betekenen. De gewenste meerwaarde heeft betrekking op onder meer klanttevredenheid, arbeidstevredenheid, efficiëntieverbetering en vooruitgang in de ogen van naasten (en mantelzorgers). Dit tweede onderzoeksdoel zal daarom in dit rapport centraal staan, en op basis van verzamelde gegevens en voorbeelden, literatuur en landelijk en internationaal onderzoek worden beantwoord.

Ten derde is het doel met dit onderzoek inzicht te verschaffen in de kosten en baten van de invoering van Zorg-op-afstand. Ook hierbij gaat allereerst om een kwalitatief beeld. De invoering van zorg op afstand gebeurt in een wereld die zowel binnen als buiten Cordaan sterk in verandering is. Met de kennis waarover we beschikken beogen we een overzicht te geven van de belangrijkste kosten en baten, voordelen en nadelen of complicaties, die komen kijken bij de invoering van zorg op afstand bij de verschillende specifieke doelgroepen.



1 Zorg op afstand in Nederland

Zoals in de Inleiding al werd vermeld, wordt er in Nederland al langer geëxperimenteerd met ZoA in de zorg voor ouderen en chronisch zieken. In dit hoofdstuk zeggen we iets meer over dat programma en de resultaten daarvan. Ze vormen immers de achtergrond van het project bij Cordaan, en de verwachtingen die daaraan ten grondslag lagen.

1.1. Het landelijk initiatief Zorg op Afstand

Sinds 2004 bestaat er een platform van instellingen die ervaringen uitwisselen met ZoA en gezamenlijk werken aan het creëren van de voorwaarden voor verdere invoering en verbreiding. Dit platform ontstond nadat de eerste vijf pionierende instellingen, samen met branche-organisatie ActiZ, er in waren geslaagd om de Staatssecretaris van Volksgezondheid ervan te overtuigen dat ZoA de potentie had om zelfredzaamheid en samenredzaamheid te bevorderen.⁵ Daarmee kon enerzijds de kwaliteit van de zorg, in het bijzonder zoals beleefd door cliënten, beter worden. Anderzijds zou het kunnen helpen om de toenemende kloof tussen de vraag naar zorg, en de beschikbaarheid van mensen die in de zorg willen zijn, te dichten.

Meer concreet leidde de betrokkenheid van de Staatssecretaris begin 2005 tot twee belangrijke regelingen voor de bekostiging voor ZoA. Per 1 januari 2005 kwam er een regeling die voorzag in bekostiging van verpleging, verleend via een videoverbinding, voor mensen met een AWBZ-indicatie voor verpleging. De tweede, experimentele, regeling trad op 1 juli 2005 in werking. Tot de regeling toegelaten thuiszorginstellingen krijgen, voor aan het videonetwerk aangesloten cliënten, boven op de reguliere zorg, vier uur verpleging-basis per maand, per aansluiting vergoed als –zoals in de toelichting aangegeven- compensatie voor omzetsderving. Dit laatste weerspiegelt de veronderstelling dat zorgarrangementen met ZoA leiden tot minder inzet van professionele zorg.

Om de verwachtingen omtrent de effecten van ZoA op cliënt-tevredenheid, arbeidssatisfactie en arbeidsproductiviteit te toetsen werd geregeld een zogenoemde kwantitatieve monitorrapportage uitgevoerd, door het Nivel.⁶ De resultaten waren bemoedigend. Tegelijk bleek uit een kwalitatieve

⁵ Brief van de Staatssecretaris van VWS d.d. 2 juli 2004 DVVO/ZA-U-2495664; p. 3.

⁶ J.T.Bos, D.M. de Jongh en A.L. Francke, *NIVEL Monitor invoering videonetwerken in de thuiszorg; verslaglegging van de eerste peiling*, , Oktober 2005. Henk Nouws en Linda Sander, *Monitoring Toekomst Thuis van Provincie Utrecht. Eerste tussenrapport: leerervaringen voorbereidingsfase*. De Vijfde Dimensie, Februari 2007; J. M. Peeters, J.T. Bos en A.L. Frack,; *NIVEL Monitor videonetwerken in de thuiszorg beperkte peiling*, april 2007. Te vinden op www.zorgopafstand.net



monitorrapportage⁷ en discussies tot de zorginstellingen dat invoering lang niet altijd meeviel. Veelal bleek het oplossen van ‘de problemen achter de moeilijkheden’ de macht van individuele instellingen te boven te gaan. Om zulke structurele problemen op te lossen, moeten ze worden geagendeerd bij overheden, verzekeraars, bedrijven en andere spelers met invloed op deze factoren.

In 2007 ontstond een kans om dit type problemen meer systematisch aan te pakken door een bijdrage vanuit het Transitieprogramma Langdurende Zorg.⁸ Dat programma steunde een reeks beloftevolle projecten, die met elkaar een aantal kenmerken gemeenschappelijk hebben. In het document *Mensenzorg*⁹, waarin TPLZ later mede op basis van deze experimenten een visie formuleert op een andere zorg, worden ze als volgt samengevat:

- *Mensgerichte zorg*: zorg voor hele mensen met elkaar in het volle leven. Mensen wier leven uit vele facetten bestaat, die verbonden zijn met hun gezondheid. Zorg moet zich daarop richten en zo veel mogelijk uitgaan van de zelf- en samenredzaamheid van mensen. De cliënt-professional relatie moet de menselijke brug zijn waarlangs zorg vorm krijgt.
- *Economisch volhoudbare zorg*: zorg schept waarde met een gezonde samenleving als uitgangspunt. Er is een paradigmawisseling nodig van reduceren van behandelkosten naar zinvol investeren in een gezonde samenleving. Waar niet alleen de vraag is hoeveel de zorg de maatschappij kost, maar ook wat het de maatschappij oplevert. Een systeem dat niet scheeftrekt naar cure, maar waarin cure, care en preventie in balans zijn met elkaar.
- *Maatschappelijk ingebedde zorg*: zorg is verweven met de rest van de maatschappij. De muren rondom het medische bolwerk verdwijnen. Vanuit eigen initiatief ontstaan vloeiende verbindingen met vrijwilligers, met andere professionals en met andere maatschappelijke domeinen. De zorg laat niet alle problemen op zich afwentelen maar denkt mee en biedt tegenwicht.

Het platform, waaraan inmiddels tien instellingen deelnamen, diende een aanvraag *Zorg op afstand, dichterbij* in, die eind 2007 werd gehonoreerd voor de periode tot eind 2010. In de projectaanvraag wordt onderkend dat de problemen ‘achter de ondervonden moeilijkheden’ vaak bestaan uit ingesleten patronen van handelen, die op hun beurt weer mede zijn gevormd door klassieke spelregels, wettelijke voorschriften, schotten tussen domeinen, rollen en verhoudingen, financieringsconstructen enzovoorts. Deze hebben zich ontwikkeld rond, en faciliteren dus vooral, de tot dusverre gangbare praktijken van zorg. Experimenten zoals in dit project, staan daar in sommige opzichten ‘dwars’ op, en ondervinden als

⁷ P. Stevens, Kwalitatieve monitor videonetwerken voor zorg-thuis. Bewegredenen, proces en ervaringen. november 2005.

⁸ www.tplz.nl.

⁹ Transitieprogramma Langdurende Zorg. *Mensenzorg – een transitiebeweging*. Zie <http://www.transitiepraktijk.nl/files/brochure%20mensenzorg.pdf>



gevolg daarvan moeilijkheden. Om ZoA echt goed mogelijk te maken moeten daarom niet alleen nieuwe werkwijzen worden ontwikkeld, maar ook andere structurele voorwaarden. ZoA vergt, anders gezegd, neer op een systeeminnovatie die onderdeel is van de transitie naar een andere zorg, met de zojuist genoemde kenmerken.

Het initiatief werd, in overeenstemming met deze onderliggende 'diagnose', met steun vanuit TPLZ als volgt georganiseerd. Kern was een overleg waaraan de projectmanagers van alle instellingen deelnemen, die beschikken over een functionerend videonetwerk: het netwerk van aanbieders van zorg-op-afstand. Dit netwerk vormde een soort besloten ruimte, waarin de projectmanagers ervaringen en kennis konden uitwisselen. In het netwerk werden daartoe op bepaalde punten gezamenlijk verdiepingsslagen gemaakt, bijvoorbeeld met betrekking tot financiering, integratie ZoA in het reguliere zorgpakket, opleidingen en ontwikkeling van infrastructuur en nieuwe diensten en applicaties.

Deze verdiepingsslagen door de instellingen werden mede gevoed door de kwantitatieve monitors, de kwalitatieve monitors en andere deskundigen. Ze leidden soms tot acties om de noodzakelijke voorwaarden te creëren. In andere gevallen leidden ze tot vragen voor nader onderzoek om de voortgang van het project te kunnen meten en bevorderen.

Daarnaast functioneerde binnen het programma *Zorg op afstand, dichterbij* een overleg van beleidinstanties, betrokken bij de invoering van zorg-op-afstand. Denk aan het ministerie van VWS, de Nederlands Zorgautoriteit (NZa), het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC), Mezzo, landelijke vereniging voor Mantelzorgers en Vrijwilligerszorg, alsmede Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Dit zogeheten nationaal overleg invoering zorg-op-afstand, onder voorzitterschap van ActiZ, besprak de resultaten van de monitors en wat de uitkomsten ervan betekenden voor het beleid. Wat kan en moet worden gedaan om de structurele voorwaarden voor invoering van zorg-op-afstand te verbeteren?

Het programma liep eind 2010 af. Op het moment dat we dit schrijven is nog onduidelijk hoe het precies zal worden voortgezet. Wel duidelijk is dat de betrokken zorginstellingen doorgaan met hun initiatief.

1.2. Ervaringen uit het landelijk initiatief Zorg-opAfstand

Op het moment dat Cordaan zijn experiment met ZoA bij bijzondere doelgroepen startte waren in het landelijke programma ruim 1000 cliënten betrokken bij diverse pilots. Uit de kwantitatieve¹⁰ en kwalitatieve¹¹ monitorrapportages kwamen een aantal interessante bevindingen naar voren over de wijze waarop ZoA werd ervaren door de belangrijkste betrokkenen: cliënten, zorgprofessionals en mantelzorgers.

¹⁰ Peeters, J.M., A.J.E. de Veer en A.L. Francke (2008). *Verslaglegging van de peiling najaar 2007; Monitor Zorg op afstand*. Utrecht: NIVEL.

¹¹ John Grin, Erica ter Haar-Van Twillert, Peter Stevens, *Zorg-op-afstand: altijd aanwezig en juist nabij*. Utrecht: ActiZ. Publicatienr. 08-016. November 2008.



Beleefde meerwaarde

Kort samengevat leidt onder cliënten zorg-op-afstand tot vergroting van gevoelens van veiligheid (bij 71 % van de ondervraagden¹²), gerustheid en zelfredzaamheid: 34% vindt de eigen zelfredzaamheid toegenomen, 32 % voelt zich zelfstandiger, 61 % verwacht beduidend langer thuis te kunnen wonen. Er zijn ook duidelijke aanwijzingen dat ZoA kan bijdragen aan preventie van complicaties bij aandoeningen als diabetes, al kan dit per definitie pas na langere tijd met zekerheid worden vastgesteld. Ook de vergrote mogelijkheden tot contact – zeker ook met anderen dan zorgverleners – blijken bij te dragen aan de kwaliteit van leven. Mantelzorgers voelen zich ontlast, omdat hun zorgbehoefte naaste zich veiliger voelt en omdat ze nu zelf ook een deel van de zorg op afstand kunnen verlenen.

Zorgverleners bevestigen dat deze voordelen zich uiten, en waarderen dat positief. Maar ook zij zelf beleven zorg-op-afstand als een verrijking van hun werk. Overigens moeten ze daartoe wel eerst over een drempel: onbekend maakt onbemind, omdat de idee van ‘afstand’ in de zorg een intuïtieve afkeer teweeg brengt. Maar een goed voorbeeld of een positieve eigen ervaring kan mensen gemakkelijk over die afkeer heen brengen: bekend maakt hier al snel bemind! Zo meent 81 % van de zorgenden in de wijk, en 91 % van de mensen op de zorgcentrale, dat videocontact grote toegevoegde waarde heeft boven telefonisch contact. Tevens vindt men dat ‘door de week heen’ meer contact mogelijk is. Verreweg de meesten denken dat ze met ZoA de toestand van hun diënt beter kunnen inschatten dan voorheen (80 resp. 84 %) en dat ze ook beter kunnen beoordelen of hulp (via rechtstreeks contact of via inschakeling van andere zorgverleners) noodzakelijk is (69 resp. 80%). De toegenomen contactmogelijkheden en de kansen om zelfstandig in te spelen op de behoeften van cliënten vergroten de arbeidssatisfactie bij vrijwel alle zorgenden. Uit de kwalitatieve monitorrapportage blijkt dat nog aanzienlijk meer mogelijk is door de ontwikkeling van nieuwe diensten en applicaties, zeker ook op het grensvlak van zorg, welzijn, wonen en commerciële dienstverlening.

Bijdrage ZoA aan oplossen langere termijn arbeidsmarkt vraagstuk

Deze resultaten hebben steeds duidelijker gemaakt hoe ZoA kan bijdragen aan wat wellicht de grootste lange termijn uitdaging voor de zorg is: het dichten van de kloof tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt.¹³ Niet alleen is met ZoA meer efficiency mogelijk (door bijvoorbeeld besparing op ‘voorkosten’). Ook houdt het voorgaande in dat de zorgvraag minder wordt als gevolg van toegenomen zelf- en samenredzaamheid, en meer mogelijkheden om langer thuis te blijven wonen. Tevens kan ZoA helpen om een antwoord te bieden op de uitdaging van de veranderende aard van de zorgvraag. Als gevolg van individualisering en toenemende diversiteit in achtergronden en levensstijlen wordt de zorgvraag complexer en minder eenduidig. ZoA helpt dit te overwinnen door een meer vraaggerichte manier van werken: diënten definiëren veel meer hun eigen zorgvraag, op hun eigen maat.

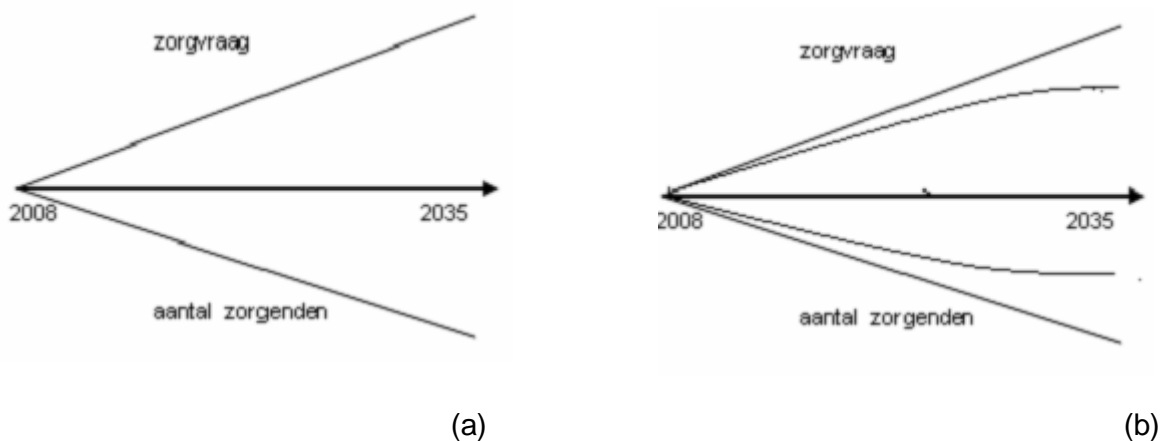
Tegelijk kan ZoA helpen om aan die vraag te voldoen op een wijze die de arbeidssatisfactie van zorgprofessionals vergroot. Het maakt immers de zorg weer aantrekkelijker op precies de punten waarop velen de afgelopen jaren zijn afgehaakt: het biedt meer ruimte voor professionele autonomie en

¹² Deze en de ander cijfers in deze paragraaf komen uit de kwantitatieve rapportage van Peeters e.a., op cit. Ze worden ondersteund door interviews in het kader van de kwalitatieve rapportage.

¹³ Grin e.a., *Zorg op Afstand...* op cit.



het 'eigenlijke' zorgen, met aandacht voor de cliënt als mens. Dat kan het weer aantrekkelijker maken om in de zorg werkzaam te zijn. Deze twee bewegingen zijn in figuur 1.1¹⁴. schematisch weergegeven.



Figuur 1.1. Schematische weergave van de verwachte discrepantie tussen de ontwikkeling van vraag en aanbod op de arbeidsmarkt in de zorg zonder (a) en met (b) Zorg op Afstand.

Rogier van Boxtel, bestuursvoorzitter van Menzis, schat dat op deze manier het probleem van de discrepantie tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt met een derde kan worden verminderd,¹⁵

Noodzakelijke voorwaarden voor verdere ontwikkeling van ZoA

Er zal nog wel het nodige werk verzet moeten worden om deze voordelen voluit en blijvend te incasseren. Uit de interviews met zorginstellingen, uitgevoerd in het kader van de kwalitatieve monitor en geduid in discussies in het overleg met de instellingen, blijkt ook dat er nog heel wat barrières moeten worden opgeruimd. Voor het incasseren van de voordelen en opruimen van de barrières zijn structuurveranderingen nodig, allereerst gericht op integrale zorg en dienstverlening afgestemd op de behoefte van de cliënt. Deze veranderingen moeten verdere integratie van zorg-op-afstand in het zorgproces mogelijk maken.

¹⁴ Ontleend aan Grin e.a., op cit.

¹⁵ Dubbelinterinterview Rogier van Boxtel, John Grin, 'Zorg op afstand is oplossing voor huidige situatie-', in *2025 - Opinieblad voor beslissers in de ouderenzorg*, jrg 4 (oktober 2008) nr. 5, p. 8-13.



Absolute voorwaarde daarbij is dat financieringsarrangementen worden ontworpen, die integratie van ZoA in de zorg mogelijk maken en uitlokken in plaats van, zoals nu, ontmoedigen. Begin 2009 hebben VWS, ActiZ en NZA een verklaring gepubliceerd waarin ze aangeven zich te zullen inspannen om dit op te lossen.

Verdere integratie van zorg-op-afstand in het zorgproces vraagt daarnaast om andere verhoudingen tussen professionals onderling (zorgenden en artsen, bijvoorbeeld), een andere attitude van zorgenden en andere professionals, en andere verhoudingen tussen professionals en hun diënten. Hoezeer deze veranderingen door velen ook positief worden gewaardeerd, ze vergen wel echt 'omdenken'. Zo'n *cultuuromslag* moet worden ondersteund door na- en bijscholing, en uiteraard de aanpassing van de opleidingen voor nieuwe beroepskrachten.

Daarnaast is een ander type management noodzakelijk. Voor ZoA is wenselijk dat de leiders van teams en bovenliggende managers flexibiliteit en afstemming binnen het primaire zorgproces ruimte geven en ondersteunen.

In de verschillende pilots is verder zichtbaar geworden dat integrale, op de behoeften van de cliënt gerichte zorg niet meer is te scheiden van andere gemak-, comfort- en welzijnsdiensten. Deze helpen alle om de kwaliteit van leven te verhogen en de mogelijkheden om langer thuis te kunnen blijven wonen te bevorderen. Schotten tussen deze domeinen en tussen 'privaat' en 'publiek' moeten dus geslecht.

De nieuw te creëren opties binnen zorg-op-afstand betreffen dus meer nieuwe diensten, ook uit andere domeinen dan de zorg. Verder gaat het om nieuwe applicaties, en om meer aansluitingen om zo ook meer mogelijkheden tot contact te krijgen. Ook daarvoor zijn structuurveranderingen nodig, onder meer in termen van infrastructuur en – ook hier – het slechten van de schotten tussen domeinen.

1.3 Het belang van de pilot bij Cordaan; vraagstelling van dit rapport

Tegen de achtergrond van de vorige paragraaf kunnen we de in de inleiding genoemde doelstellingen van dit rapport vertalen in een meer toegespitste vraagstelling.

Het ligt voor de hand om met name te kijken naar:

- De voorwaarden die nodig zijn voor de invoering van ZoA bij deze doelgroepen. Welke voorwaarden bleken van belang, welke problemen en barrières deden zich tijdens de invoering voor en welke maatregelen zijn nodig om die (in de toekomst) het hoofd te bieden?
- De meerwaarde van Zorg-op-Afstand voor cliënten, zorgprofessionals en mantelzorgers en andere naasten, en de overige maatschappelijke baten.
- De meerwaarde van ZoA voor Cordaan als organisatie.

De centrale vraag



Wat kan worden geleerd van het experiment *Zorg op Afstand bestaande techniek voor nieuwe doelgroepen* omtrent de voorwaarden voor effectieve invoering van Zorg op Afstand bij deze groepen, en omtrent de meerwaarde van ZoA bij deze doelgroepen?

wordt daarom vertaald in de volgende deelvragen:

1. Wat leert het verloop van het experiment over de noodzakelijke voorwaarden en andere aandachtspunten voor de invoering van Zorg-op-Afstand voor deze doelgroepen?
2. Wat is de meerwaarde van Zorg-op-Afstand voor cliënten, mantelzorgers, zorgenden, voor Cordaan als organisatie en voor de samenleving?

Vraag 1 wordt op twee manieren beantwoord. Enerzijds wordt in het volgende hoofdstuk besproken hoe het experiment op hoofdlijnen is verlopen. Anderzijds wordt in de daarop volgende hoofdstukken steeds het verloop van de pilot bij de verschillende groepen behandeld. In het laatste hoofdstuk geven we op basis van dit alles een samenvattend antwoord op deze eerste deelvraag. Om vraag 2 te beantwoorden doen we in de hoofdstukken over de verschillende groepen steeds verslag van de meerwaarde die ZoA daar blijkt te hebben. Ook deze vraag wordt samenvattend behandeld in het laatste hoofdstuk.

Met de beantwoording van deze vragen kan de toegevoegde waarde van het experiment van Cordaan aan eerdere ervaringen duidelijk worden. Ten eerste kunnen we zo zien, in hoeverre en welke extra voorwaarden hier vervuld moeten worden. Ten tweede wordt duidelijk welke meerwaarde ZoA voor deze specifieke doelgroepen kan hebben. Dat zal het beeld van de potentie van ZoA verder completeren.

Het is interessant om op te merken dat een analyse van deze doelgroepen nu juist interessant is vanuit de kern van ZoA: het bieden van maatwerk. Er is immers een scherm dat individueel kan worden ingericht met communicatiemogelijkheden, informatie, vermaak, gemak, alarmering et cetera. Hoewel er uiteraard ook binnen deze groepen verschillen bestaan, kan het experiment bij Cordaan helpen om, door onderlinge vergelijking, de aard van dat maatwerk scherper te appreciëren.

De opbouw van de rest van dit rapport is als volgt. Hoofdstuk 2 bespreekt kort het verloop van het experiment *Zorg op Afstand bestaande techniek voor nieuwe doelgroepen* bij Cordaan, met een bijzonder oog voor de voorwaarden voor ZoA. Daarna komen vier hoofdstukken waarin de pilots worden besproken voor achtereenvolgens verstandelijk gehandicapten, GGZ cliënten, Surinaamse ouderen en Turkse en Marokkaanse ouderen. In deze hoofdstukken wordt steeds eerst de aard van de zorg voor deze groepen bij Cordaan besproken, daarna het verloop van en de voorwaarden voor invoering van Zo en tenslotte de meerwaarde voor verschillende betrokkenen.



2 Cordaan en zorg op afstand

Dit hoofdstuk verschaft eerst enige algemene informatie over Cordaan, zodat duidelijk wordt in welke organisatie het experiment plaatsvindt, en de beschrijving in de volgende hoofdstukken beter te plaatsen is. Daarna wordt een schets gegeven van de projectorganisatie en het procesverloop. Ook dit kan worden gezien als achtergrondinformatie voor de volgende hoofdstukken die de experimentele invoering van ZoA bij de verschillende doelgroepen schetsten.

2.1 Cordaan

Cordaan biedt hulp aan ouderen, mensen met een verstandelijke of psychische beperking, of mensen die na bijvoorbeeld een ziekenhuisopname (tijdelijk) op thuiszorg zijn aangewezen. Zij krijgen de zorg die ze nodig hebben om zo zelfstandig mogelijk zichzelf te kunnen zijn. In 2009 heeft Cordaan hulp geboden aan bijna 17.000 cliënten. Cordaan biedt hulp waar en wanneer het nodig is: 24 uur per dag, zeven dagen per week.

Bij Cordaan werken huishoudelijk medewerkers, (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden, (persoonlijk) begeleiders, artsen, gedragsdeskundigen en paramedici. Cordaan bundelt kennis op het terrein van de thuiszorg, jeugdzorg, ouderenzorg, zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Cordaan werkt in bijna alle buurten van Amsterdam en Diemen, Zaandam, Nieuw Vennep, Huizen en De Bilt. Samen met huisartsen en andere organisaties probeert Cordaan te bewerkstelligen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Als dit om wat voor reden niet kan, biedt Cordaan allerlei woonmogelijkheden, veelal direct in de buurt. Daarnaast is er een aantal gespecialiseerde centra voor ouderenzorg en gehandicaptenzorg.

De Stichting Cordaan levert AWBZ-brede zorg met de volgende toelatingen per sector.

	V&V	VGZ	GGZ	Thuiszorg
Persoonlijke verzorging	ja	ja	ja	Ja
Verpleging	Ja	Ja	Ja	Ja
Huishoudelijke verzorging	Ja	Ja	Ja	Ja
Ondersteunende begeleiding	Ja	Ja	Ja	Ja
Activerende begeleiding	Ja	Ja	Ja	Ja
Behandeling	Ja	Ja	Nee	Nee
Verblijf	ja	Ja	Ja	Nee

Cordaan is een fusieorganisatie met wortels in de thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en psychiatrie. De organisatie is ontstaan uit juridische fusie tussen Stichting Verenigde Amstelhuizen en



Stichting IJlanden (2005), Stichting AGO (2006) en een bestuurlijke fusie met Stichting Amsterdam Thuiszorg (2008). Het bestuur van Cordaan wordt gevormd door de Stichting Cordaan Groep¹⁶. In 2008 is Cordaan bestuurlijk gefuseerd met Amsterdam Thuiszorg. Door de fusie is de thuiszorg in Amsterdam, zonder overheidssteun, van een faillissement gered en is de zorg en werkgelegenheid voor duizenden cliënten en medewerkers gewaarborgd. Door de fusie is een organisatie ontstaan die een brede groep cliënten een samenhangend, kleinschalig en buurtgericht pakket aan zorg en dienstverlening beoogt te bieden.

Na deze fusie, die in alle opzichten veel voeten in aarde heeft gehad, stond Cordaan in 2009 voor de opgave om op een zorgvuldige wijze thuiszorgactiviteiten in de organisatie van Cordaan in te bedden. Om een integraal, kleinschalig en buurtgericht aanbod te kunnen maken, probeert Cordaan de thuiszorgactiviteiten in samenhang met het overige aanbod van Cordaan in de regio in te bedden. Ook de bedrijfsvoering in de thuiszorg, wordt na jaren van achterstallig onderhoud, sterk verbeterd. In 2009 is een groot aantal maatregelen uitgevoerd of in gang gezet om kosten te reduceren en baten te verhogen.

Om kleinschalig en buurtgericht te kunnen werken is de organisatie in 2009 ingrijpend aangepast met als doel de aansturing te vereenvoudigen: minder hiërarchische lagen, directe aansturing en communicatie, goede inbedding in regio's en wijken en voldoende aandacht voor de borging van sectorspecifieke expertise. In 2009 is een nieuwe regiodirectie van start gegaan en is organisatiebreed een nieuw teammanagement benoemd. Tenslotte is in 2009 een Management Development traject ontwikkeld met als doel teammanagers in hun nieuwe rol te ondersteunen.

In het kader van de karakterisering van de huidige organisatie worden enkele nieuwe ontwikkelingen binnen Cordaan genoemd.

- *Persoonlijk begeleider*

Iedere cliënt krijgt binnen Cordaan een vaste contactpersoon. Deze persoonlijke begeleider is het vaste aanspreekpunt voor cliënt en familie. Hiermee beoogt Cordaan de communicatie te vereenvoudigen en

¹⁶ Onder bestuur van de Stichting Cordaan Groep staan per eind 2009:

- Stichting Cordaan;
- Stichting Cordaan Thuiszorg
- Stichting Prisma
- Stichting Paramedische zorg Cordaan
- Stichting Fonds Verenigde Amstelhuizen Eben Haëzer te Amsterdam, opgericht 4 januari 1999. In dit fonds zijn de gelden belegd van de verkoop van de woningen bij Eben Haëzer aan woningstichting Rochdale.
- Stichting Fonds Verenigde Amstelhuizen te Amsterdam, opgericht 4 januari 1999. In dit fonds zitten de gelden van de verkoop van de woningen van Osdorperhof aan woningstichting Rochdale.
- Stichting Cordaan Groep heeft een belang van 51 % in Trisvah Schoonzorg B.V., opgericht 3 juni 1998
- Stichting Cordaan Thuiszorg is 100% aandeelhouder van Cordaan Thuisdiensten BV en Stichting Meer Bewegen voor Ouderen.



beter in te spelen op specifieke wensen en verwachtingen. In de thuiszorg, gehandicaptenzorg en GGZ bestaat deze (of hiermee vergelijkbare) functie al langer. In 2009 is al ervaring opgedaan in alle verzorgings- en verpleeghuizen. In 2010 volgt verdere implementatie.

- *IJburg*

Op IJburg is het aantal beschermd wonen plaatsen uitgebreid. In Amsterdam bestaat een dringende behoefte aan woon- en begeleidingsmogelijkheden voor mensen die op langdurige psychiatrische begeleiding zijn aangewezen. In 2009 neemt het aanbod, op geleide van de vraag, stap voor stap toe.

- *Vorbereiding juridische fusie*

De voorbereiding op de juridische fusie tussen Cordaan en Cordaan Thuiszorg krijgt in 2010 zijn beslag. Het is de bedoeling om deze per 1 januari 2011 te realiseren. Op basis van de besluitvorming in de Raad van Toezicht van 20 mei 2010 zal voor 1 juli 2010 het voornemen tot juridische fusie bij de Kamer van Koophandel worden gedeponereerd. In dit verband is een goed verlopende exploitatie van groot belang.

- *Aanpassing Raad van bestuur*

Met de vorming van Cordaan uit fusie-onderdelen is een organisatie ontstaan met de ambitie om voor iedereen die gedurende korte of langere tijd zorg nodig heeft een dichtbij huis, breed, integraal en samenhangend aanbod aan zorgmogelijkheden te bieden. Deze doelstelling vraagt om een forse bestuurlijke inzet. Formeel kende Cordaan tot 2009 een tweehoofdige Raad van Bestuur). Om de inzet van de Raad van Bestuur te vergroten is begin 2009 besloten de directeur Integratie met een aantal bestuurlijke taken te belasten. Daarmee bestaat de Raad van Bestuur de facto uit drie leden.

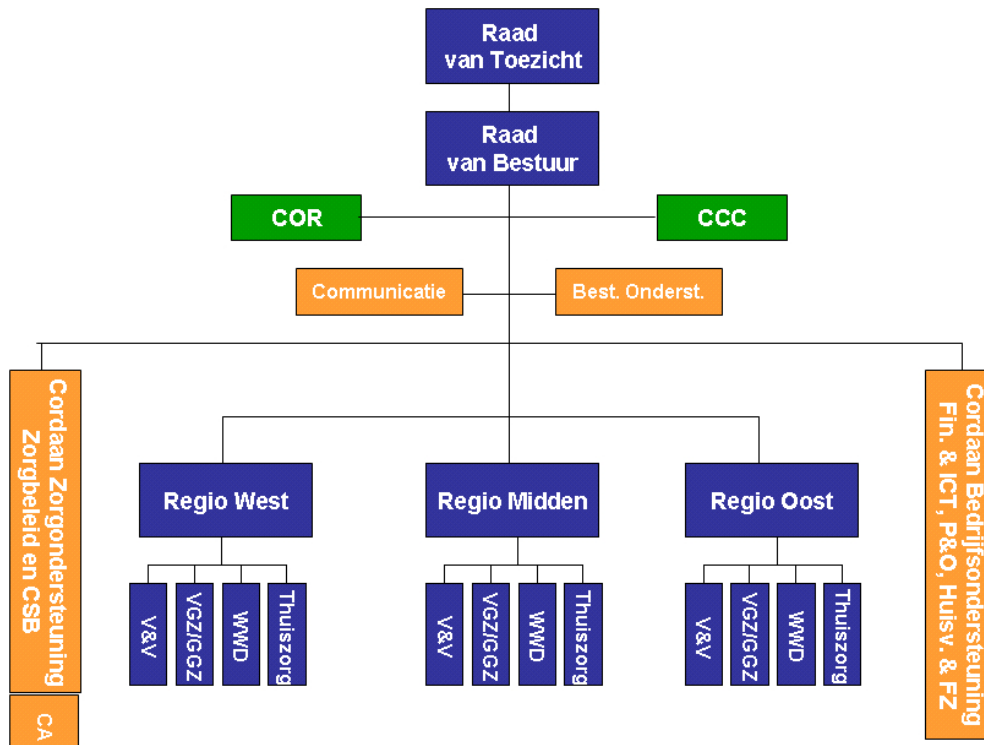
Besturingsmodel en organisatiestructuur

Om een beter functionerende ondersteuning van zorg- en bedrijfsvoering te bewerkstelligen en lagere overhead en een doelmatiger gebruik van infrastructuur op het gebied van huisvesting, facilitaire dienstverlening en ICT, is eind 2008 besloten een nieuw besturingsmodel vast te stellen. Belangrijkste elementen, zoals ook te zien in het organogram op de volgende bladzijde, zijn:

- regionale werkwijze waarbij het zorgaanbod op het terrein van Thuiszorg, Verzorging en verpleging (V&V), Verstandelijk gehandicaptenzorg (VGZ), Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en Werk, Welzijn en Dagbesteding in drie regio's is ondergebracht
- versterking van de sectorale aansturing op het terrein van Thuiszorg, V&V, VGZ, GGZ en Werk, Welzijn en Dagbesteding
- vermindering van het aantal hiërarchische lagen
- versterking van de directe aansturing door de regiodirectie van het teammanagement
- borging van de aansturing Welzijn, Werk en Dagbesteding gedurende 2009
- borging van de begeleiding en zorg voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking
- vorming van Cordaan Zorgondersteuning, Cordaan Bedrijfsondersteuning en de Cordaan Academie.

In 2009 heeft een afzonderlijk directieteam de thuiszorgactiviteiten van Cordaan aangestuurd. De medezeggenschap van medewerkers en cliënten kent om deze reden een onderscheiden cliënten- en ondernemingsraad.

Bron: Jaardocument Cordaangroep 2009 (2010).



Het organogram van Cordaan¹⁷

Overlegstructuur

Op alle niveaus binnen Cordaan is afstemming, aansturing en overleg nodig. De overlegstructuur van Cordaan onderscheidt de volgende functies:

- afspraken met cliënt en / of familie over de inhoud van de zorg
- aansturing van het primair proces in de regio
- sectorale ontwikkeling van het zorgaanbod
- coördinatie en afstemming van het beleid van de organisatie
- bestuur en strategie van de organisatie
- toezicht.

Op de volgende bladzijde is de overlegstructuur schematisch weergegeven.

Medezeggenschap medewerkers en cliënten

Elke regio van Cordaan (west, midden, oost) heeft een eigen Ondernemingsraad, en Cordaan Thuiszorg ook. Daarnaast behartigt een centrale Ondernemingsraad de gemeenschappelijke belangen. Voor de cliënten is er de Centrale Cliëntenraad Cordaan. Daarnaast heeft Cordaan voor de sectoren die in dit rapport en experiment aan de orde zijn (thuiszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en geestelijke

¹⁷ Jaardocument Cordaan Groep 2009 (2010:19).



gezondheidszorg) aparte, sectorale cliëntenraden. Per lokaal team bestaan vaak nog een aparte sectorale cliëntenraad.

Afstemming zorg	Persoonlijke begeleider cliënt/familie			
Aansturing primair proces	Managementteam regio West	Managementteam regio Midden	Managementteam regio Oost	
Sectorale ontwikkeling	Sectoroverleg V&V	Sectoroverleg VGZ/GGZ	Directieteam Thuiszorg	
Coördinatie en afstemming	Directieraad			
Bestuur en strategie	Raad van Bestuur			
Toezicht	Raad van Toezicht	Auditcommissie zorg	Auditcommissie Financien	Remuneratie-commissie

Overlegstructuur Cordaan¹⁸

Meerjarenbeleid

Het meerjarenbeleid van Cordaan is uitgewerkt in het Meerjarenbeleidsplan 2008 – 2010 “Van Mens Tot Mens”. Hierin zijn de strategische doelstellingen uitgewerkt.

Bij de ontwikkeling van het primaire proces staan de komende jaren onder meer de volgende twee speerpunten centraal die ook van belang zijn voor het project Zorg op afstand:

- De zorginhoudelijke ontwikkeling van Cordaans aanbod sluit aan op veranderingen in de vraag en de samenstelling van de bevolking.¹⁹
- De ontwikkeling van een passende aanbod op het terrein van welzijn, werk en dagbesteding voor ouderen, mensen met een verstandelijke beperking en mensen die langdurig op psychiatrische zorg zijn aangewezen.

Verder:

- Om Cordaans missie te realiseren bouwt Cordaan de komende jaren de samenwerking uit met organisaties op het terrein van de eerste lijn, thuiszorg, welzijn, onderwijs en wonen.

¹⁸ Jaardocument Cordaan Groep 2009 (2010, p 20).

¹⁹ Jaardocument Cordaan groep 2009 (2010, p 38).



- In 2009 is de notitie “Zorg in beweging” opgesteld met daarin een visie op het toekomstige zorgaanbod
- Per september 2009 zijn teammanagers formeel aangesteld (en is bovenliggende managementlaag verdwenen).
- Voor teammanagers is een Management Development programma ontwikkeld dat in 2010 verder wordt uitgerold
- Cordaan BedrijfsOndersteuning en Cordaan ZorgOndersteuning zijn deels geformeerd in 2008 en deels in 2009.
- 2010 staat daarbij in het teken van de verdere professionalisering van de dienstverlening

Cordaan in de huidige vorm en omvang is een jonge organisatie. Door fusie en streven naar efficiencyverbetering zijn veel veranderingen gaande. Dit leidt enerzijds tot turbulentie en beweging in de organisatie en anderzijds tot onzekerheid en belasting die een organisatieverandering met zich meebrengt. Cordaan ontwikkelt zich tot een veelzijdige organisatie. Als er over en weer kruisbestuiving gaat plaatsvinden binnen de organisatie kan het geheel van Cordaan meer worden dan de som der delen. Door uitwisseling en dialoog tussen de sectoren kan er aanscherping en verdieping plaatsvinden van visievorming op zorgsoorten en op de relatie tot cliënten.

2.2 Project Zorg op afstand bij Cordaan

Cordaan is eind 2008 gestart met het project Zorg op afstand, bestaande techniek voor nieuwe doelgroepen. Hiertoe heeft Cordaan een projectvoorstel ingediend bij het transitieprogramma Langdurende Zorg (TPLZ). Deze paragraaf schetst kort de projectorganisatie en de grote lijnen van het projectverloop.

Projectorganisatie

Voor het sturen en uitvoeren van het project is een projectorganisatie in het leven geroepen met de volgende onderdelen:

- Een **stuurgroep**: daar worden de belangrijkste (financiële) beslissingen genomen.
- Een tweekoppige **projectleiding**, een full time projectleider van binnen Cordaan, een part time projectleider van buiten Cordaan. De projectleiders maken deel uit van de stuurgroep en projectgroep. De projectleiders hebben de dagelijkse leiding over de uitvoering van het project.
- Een **projectgroep**, waarin onder meer de voorzitters zitting hebben van de 4 werkgroepen die de opdracht hebben ZoA experimenteel in te voeren bij één van de 4 doelgroepen
- **Vier werkgroepen die** ieder de opdracht hebben ZoA bij één doelgroep in te voeren.



stuurgroep

De stuurgroep kwam eens in de 6-8 weken bijeen, en bestond uit:

- Directeur huisvesting (voorzitter)
- Directeur financiën
- ICT manager
- Programmamanager welzijn
- Directeur zorgondersteuning
- ZoA-projectleider (Cordaan)
- ZoA-projectleider (extern)
- Secretaresse

De voorzitter van stuurgroep had voor zij directeur huisvesting werd bij Cordaan bij branchevereniging Actiz gewerkt als programmaleider Zorg op afstand. Zij was hierdoor zeer betrokken bij ZoA en goed op de hoogte. In de stuurgroep werden beslissingen genomen over het project die financiële consequenties hadden, wijzigingen ten opzichte van het projectplan en de oorspronkelijke begroting. Er werd ook besproken wat de projectleiding tegenkwam bij de uitvoering van het project. In de stuurgroep werd de jaarbegroting opgesteld, en werd er goedkeuring gegeven aan extra uitgaven. Ook werd er voorwerk verricht en in gang gezet voor de toekomst van ZoA na het project.

De samenstelling van de stuurgroep en frequentie van de vergaderingen gaf aan de projectleiding en het project een effectieve structuur en werkwijze. Eens per 6 weken kwam de stuurgroep bijeen en kon de projectleiding advies krijgen. Doordat er een directeur financiën bij was konden er snel beslissingen worden genomen. Er zijn in de stuurgroep ook inhoudelijke discussies gevoerd over hoe verder te gaan met (ZoA binnen) Cordaan, zoals terug te lezen in de notulen van de stuurgroepvergaderingen.

Projectleiding

Er was sprake van een tweekoppige projectleiding. De projectleider van Cordaan was 4 dagen per week belast met de projectleiding. Als gewezen teammanager, al tientallen jaren werkzaam bij Cordaan, kent ze de organisatie heel goed. Deze projectleider heeft een goed netwerk binnen Cordaan, kent de processen waarop je kunt meeliften en die je beter kunt omzeilen. In het begin vond ze het moeilijk dat ze geen zeggenschap had over mensen, geen orders kon geven, maar altijd draagvlak moest opbouwen om medewerking te krijgen. De externe projectleider die minder dagen in het project werkte had al ervaring met zorg op afstand, meer ervaring als projectleider en een netwerk in het land. Terwijl de interne projectleider eerder praktisch en sociaal was gericht, was de externe projectleider wetenschappelijk, strategisch en beleidsmatig georiënteerd. De twee projectleiders hebben daarmee aanvullende capaciteiten en persoonlijkheden. Een project van dergelijke omvang heeft twee projectleiders nodig. Bij afwezigheid wegens vakantie of ziekte hebben de projectleiders elkaar kunnen afwisselen.



De projectleiders hebben elkaar aangemoedigd. Er zijn momenten geweest waarop één van de projectleiders dacht: “Dit is het einde van het project, nu kan het niet meer verder. Ik weet niet of het nu of wel verder gaat.” De ander hielp dan te denken: “Nee dit is een hobbel, hoe lossen we dit op?” Ze hielpen elkaar om tegenslagen niet als fouten of einde te zien, maar als fenomeen. Ze konden zich dips veroorloven. De andere projectleider kon dan de andere kant van de zaak naar voren halen, en benadrukken wat al was bereikt. De projectleiders moesten immers laten zien dat ze erin geloofden, en moesten de volgende stappen tonen aan de werkgroepvoorzitters. De externe projectleider zei geregeld naar aanleiding van uitlatingen van werkgroepvoorzitters: “Mopperen is een teken van betrokkenheid.”

projectgroep

In de projectgroep werden lopende zaken besproken. Enerzijds werden er vragen besproken die men tegenkwam uit het veld (van de werkvloer) en anderzijds vragen uit de stuurgroep. De projectgroep was een knooppunt. Ook zijn er in de projectgroep kleine thema's aan de orde gesteld, zoals bijvoorbeeld de mantelzorgviewers. Tevens is bijvoorbeeld de ommezwaai besproken ten aanzien van de urenregistratie en –dedaratie van de uren ten behoeve van het project. Eerst ging men uit van uren die gewerkt en gedeclareerd moesten worden. Vervolgens is een ommezwaai gemaakt naar geoormerkte uren , waarvoor iemand apart kon worden aangesteld, hetgeen de voortgang bevorderde. Dit is in de werkgroep goed met elkaar doorgesproken. Werkgroepleden konden onderwerpen aan de orde stellen. En er was sprake van kennisoverdracht tussen de sectoren.

De projectgroep kwam iedere 4-6 weken bijeen en bestond uit:

- De 2 projectleiders
- Voorzitters van de 4 werkgroepen
- Medewerker ICT
- Manager opleidingen
- Medewerkers Communicatie
- Secretaresse huisvesting

Naast het reguliere projectgroeptoverleg had de interne projectleider eens per maand een bilateraal overleg met elke individuele werkgroepvoorzitter. Dit deed de interne projectleider al of niet met de externe projectleider samen. Ook had de projectleider regelmatig een apart overleg met andere werkgroepleden en regelmatig overleg met de communicatiemedewerker. Er was een apart communicatieplan, over onder meer de film die over het project zou worden gemaakt en de webkrant. Er was een apart communicatieoverleg. Ook had de projectleider apart overleg met de manager opleidingen als deze bij de projectgroep afwezig was geweest. Op deze manier zorgde de projectleider ervoor dat de betrokkenheid op peil bleef.



De projectgroep liep vloeiend in de ogen van de projectleider. Steeds werden problemen gesignaleerd en keek de projectleiding hoe ze de voortgang vloeiend konden laten verlopen.

Gaandeweg kreeg de projectleider de bevoegdheden en taken helderder. Hoe ver reikt de rol van de projectleider? Een projectleider is geen teammanager, en heeft geen personele bevoegdheden.

Bepaalde zaken zoals het aanstellen van medewerkers moesten daarom aan de teammanagers (in twee gevallen tevens werkgroepvoorzitters) worden overgelaten.

Naast die reguliere overlegstructuur vonden er extra overleggen plaats. Zo is er aanvankelijk onder leiding van iemand van aanbieder/leverancier Pal4 eens per maand een overleg geweest over hobbels bij de aansluiting van cliënten. Wat kom je tegen? Het ging er ook over content-management van het scherm.

werkgroepen

Gericht op elk van de vier doelgroepen is er een werkgroep gevormd. De werkgroepen stelden een plan van aanpak op voor een specifieke doelgroep, voerden dat uit en stelden dat zo nodig bij. Elk team volgde zijn eigen leercurve en moest zelf tegen dingen aan lopen. Het hielp wel enigszins als de latere teams waarschuwingen of adviezen kregen, maar veel problemen en mechanismen, daar moeten de teams en voorzitters toch zelf tegenaan lopen. De cultuur van elk team heeft beïnvloed hoe er met het experiment is omgegaan. In het oog springen bijvoorbeeld verschillen tussen hoe er in de VGZ en GGZ omgegaan is met het ZoA-experiment. In het VGZ-team leidde het experiment tot veel methodische bespiegelingen en vragen, en in het GGZ-team was daarvan veel minder sprake. Ook de samenstelling van de werkgroep was van invloed. Twee werkgroepen werden door een teammanager voorgezeten, en twee werkgroepen werden voorgezeten door een inhoudelijk betrokkene, die wel betrokkenheid had met de betreffende doelgroep, maar geen team met begeleiders en cliënten onder zich had. De uitvoering en kennisoverdracht verliep moeizamer bij de pilot in de werkgroepen waarvan de voorzitter geen directe relatie hadden met een zorgteam.

Tot slot noemen we enkele aspecten die betrekking hebben op het hele project en niet zozeer op de doelgroepspecifieke pilots:

- *Externe betrekkingen/klankbordgroep*

Volgens het projectplan zou er een klankbordgroep worden ingesteld van partijen als de gemeente, woningcorporaties en zorgverzekeraars die het project zouden volgen. Er zijn door leden van de stuurgroep pogingen ondernomen om een klankbordgroep op te richten, maar dit is niet gelukt. De klankbordfunctie door externen is op een andere wijze ingevuld. Onder meer met het symposium van november 2009 waar externen waren uitgenodigd. Maar ook discussies die zijn gevoerd met woningbouwcorporatie en met het aanjaagteam van de gemeente Amsterdam. De gesprekken gingen over de (mogelijke) maatschappelijke baten van ZoA door Cordaan, en waren erop gericht interesse en betrokkenheid bij ZoA op te wekken en mogelijkheden voor samenwerking te onderzoeken. Achterliggend idee is dat aanbod het best met andere partijen kan worden samengesteld en dat in de



toekomst bij verdere uitwerking en uitvoering zowel kosten, baten als de inrichting van ZoA ten dele bij andere partijen dan Cordaan kan komen te liggen. Daarover wordt een zogeheten maatschappelijke business case opgesteld. Aan extern draagvlak is bijvoorbeeld ook gewerkt doordat de projectleiding in februari 2010 een presentatie over ZOA en mantelzorg heeft gehouden op een conferentie van Markant. Ook een communicatiemedewerkster en een betrokkene bij de GGZ-pilot hebben op een congres een presentatie gehouden over ZoA.

Het betrekken en laten meedenken van externen was in dit eerste ZoA-project van Cordaan lastig. Als ZoA bij een organisatie voor het eerst wordt ingevoerd is het hoog gegrepen er externen intensief bij te betrekken. Cordaan had zelf nog onvoldoende weet en beeld van wat ZoA kon bij Cordaan, en wat Cordaan ermee wilde. Externe partijen laten meedenken over ZoA maakt het meest kans van slagen in de vorm van samenwerking in het kader van een concreet lokaal of thematisch deelproject, zoals buurtservicewijk.

- *intervisie*

In het project is nagedacht over opleiding en kennis delen over ZoA. Er is geëxperimenteerd met intervisie als methode om het leren werken met ZoA te stimuleren en van elkaar te leren. Al doende is januari 2010 bedacht dat intervisie een bijdrage kan leveren. Het experimenteren met ZoA gaat met vallen en opstaan. Degenen met een aanjaagrol in een team of bij een doelgroep, kunnen wel wat steun gebruiken. Intervisie lijkt daarin enigszins te voorzien. Tevens wisselen team intersectoraal op uitvoeringsniveau kennis uit.

- *Intern draagvlak*

Het verkrijgen van draagvlak binnen Cordaan wordt lange tijd als problematisch gezien binnen de stuurgroep. Naast het symposium van november 2009 vinden twee belangrijke evenementen plaats in dat kader. Een presentatie aan de directieraad in mei of juni 2010, en een presentatie en discussie- en vragenuurtje met de cliëntenraad en ondernemingsraad 16 september 2010. De presentatie aan de directieraad is van belang met het oog op voortzetting van ZoA na de projectperiode. De presentatie aan Cliënten en Ondernemingsraad is van belang omdat medewerkers een sleutelfactor vormen bij de acceptatie en invoering van ZOA. Opvallend in de discussie is dat leden van de OR terughoudender zijn ten opzichte van ZoA, dan leden van de Cliëntenraad. Dit komt overeen met de praktijk: bij medewerkers is meer terughoudendheid te bespeuren dan bij cliënten.

- *techniek*

Bij het spreken over en werken met ZoA, is veel aandacht uitgegaan naar de techniek en de aanbieder PAL4. Bij aanvang van het project is er de eerste maanden van 2009 een verkenning uitgevoerd naar mogelijke aanbieders, en hun mogelijkheden en beperkingen. De stuurgroep kwam uit bij de keuze tussen twee aanbieders die in Nederland al op dit gebied actief zijn. Op basis van kosten, referenties en mogelijkheden is gekozen voor Pal4. De stuurgroep wilde snel een keuze maken, omdat er pas echt voortgang zou kunnen worden gemaakt met de uitvoering van het verdere project. De keuze om voortvarend te beslissen is begrijpelijk en goed verdedigbaar. Na beëindiging van dit eerste ZoA-project bij Cordaan kan de keuze voor een aanbieder beter doordacht en gefundeerd worden heroverwogen.



Over de techniek, en hoe een en ander is bevallen is een aparte rapportage uitgebracht.

Bij de aanleg²⁰, aansluiting en invoering van ZoA komen allerlei technische complicaties naar voren. Veel wensen over veranderingen in het aanbod hebben een technische component. In de teams werd vooral gereageerd op de klantgerichtheid van de aanbieder, die positief werd gewaardeerd, en de gebruikersvriendelijkheid van de schermen, de bidibox en het werkstation. Begeleiders vinden het werkstation weinig gebruikersvriendelijk. Elders in Cordaan, vooral bij ICT-mensen wordt vooral gekeken naar de compatibiliteit van bijv Pal4 met alarmering, elektronisch cliëntendossier en dergelijke. Voor dit project was gebruiksvriendelijkheid voor cliënten en begeleiders het belangrijkste, voor de toekomst en duurzame invoering wordt compatibiliteit ook belangrijk

²⁰ In reactie op aansluitingsproblemen zijn bij teams en stuurgroep de gedachte opgekomen over een andere verbinding of aanbieder (UMTS of UPC verbindingen), en zijn als tussenoplossing 2 dongels aangeschaft.



3 Zorg op afstand in de verstandelijk gehandicaptenzorg

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe zorg op afstand experimenteel is ingevoerd bij een team dat zorg verleent aan verstandelijk gehandicapten. In de eerste paragraaf wordt eerst omschreven hoe de zorg aan verstandelijk gehandicapten eruitziet en is georganiseerd bij Cordaan en in het bijzonder bij het team Westerpark. De tweede paragraaf beschrijft de invoering van Zorg op afstand in dat team. Paragraaf 3 gaat in op effecten van Zorg op afstand bij verstandelijk gehandicapten voor cliënten, begeleiders, mantelzorgers en Cordaan en de overige maatschappelijke effecten en wat er geleerd is in het experiment. Paragraaf 4 trekt conclusies en blikt vooruit op voorzetting en uitbreiding van Zorg op afstand voor deze doelgroep bij Cordaan.

3.1 Zorgverlening bij Cordaan aan verstandelijk gehandicapten

Op het terrein van de Verstandelijke gehandicaptenzorg biedt Cordaan begeleiding aan verstandelijk gehandicapten op ruim vijftig woonlocaties voor individueel en/of groepswonen in Amsterdam. Daarnaast organiseert Cordaan dagbesteding (activiteiten en werkvormen) voor intra- en extramurale cliënten. Cordaan verleent zorg aan mensen met een AWBZ-indicatie voor zorg en vaak ook verblijf.¹

Cordaan vindt zelfstandigheid belangrijk. Sommige dingen kunnen verstandelijk gehandicapte cliënten niet, maar heel veel dingen kunnen ze wel zelf. Cordaan erkent wat cliënten wel kunnen en helpt bij wat ze moeilijk vinden. Samen met hen maakt de persoonlijk begeleider in een ondersteunings- en begeleidingsplan afspraken over de hulp die cliënten nodig hebben

Cordaan helpt verstandelijk gehandicapten bijvoorbeeld bij het vinden van een appartement of bij het vinden van werk, of met trainingen die zij nodig hebben om hun werk goed te kunnen doen. Ook wordt soms een cursus aangeboden die cliënten leert omgaan met geld.

Om een indruk te geven van de grootte van de VG-sector bij Cordaan kijken we naar het aantal cliënten eind 2009 (zie tabel). Eind 2009 had Cordaan ruim 1000 VG-clieënten met zorgzwaartepakketten voor zorg en verblijf. Daarnaast bood Cordaan begeleiding aan ruim 500 extramurale cliënten en had Cordaan ruim 1300 VG cliënten voor dagactiviteiten.

1Kerngegevens Cordaan aantal VGZ-clieënten eind 2009

Aantal cliënten met zorg en verblijf	1009
Aantal cliënten dagactiviteiten	1363
Aantal extramurale cliënten exclusief cliënten dagactiviteiten en WMO-zorg	509

Bron: Jaardocument Cordaangroep 2009 (2010: 24).



Begeleiding van verstandelijk gehandicapten door ambulant team Westerpark

Zorg op afstand is bij Cordaan het eerste ingevoerd bij een VGZ-team. De pilot Zorg op Afstand (ZoA) voor de doelgroep verstandelijk gehandicapten is uitgevoerd in wijk Westerpark.²¹ Vanuit een kantoor op de Buyskade bedient ambulant team Westerpark van Cordaan een grote groep mensen met een verstandelijke beperking die op zichzelf woont en wil blijven wonen. Enerzijds wonen cliënten met een verblijfsindicatie in één van de 21 zogeheten ZIN-woningen in Westerpark. Die indicatie voor zorg en verblijft wordt uitgedrukt in een zorgzwaartepakket (ZZP). De cliënten ontvangen 'zorg in natura' (ZIN), ze wonen in een woning die Cordaan huurt en ontvangen begeleiding. Anderzijds telt Westerpark ongeveer 40 cliënten met extramurale indicatie; zij huren zelf een woning en ontvangen extramurale zorg en dienstverlening in de vorm van Ondersteunende Begeleiding (H121).

Vanuit ambulant team Westerpark worden aan VG-clieënten zorg en diensten verleend door persoonlijk begeleiders (A en B) en woonbegeleiders. Persoonlijk begeleiders A hebben de verantwoordelijkheid voor het opstellen van het ondersteuningsplan van hun cliënten en de indicatiestelling. Begeleiders B en woonbegeleiders begeleiden ook cliënten, maar dragen geen verantwoordelijkheid voor het opstellen van ondersteuningsplannen en indicaties. De begeleiders werken in een team onder leiding van een teammanager. Het gaat om een team van 10-15 begeleiders, met manager en enige administratieve ondersteuning. Het Ambulant team Westerpark werkt doordeweeks overdag. 's Avonds na 19.00 uur en hele dagen in het weekend heeft de cliënt de twee woonvoorzieningen in de wijk als achterwachtmogelijkheid. Het hangt van de mate van handicap en zelfstandigheid af in hoeverre de cliënt ook gebruik maakt van deze begeleiding op de twee woonvoorzieningen. In de sector VGZ heeft Cordaan twee Cliëntenraden: de Cliëntenraad VGZ, die geheel uit cliënten met een verstandelijke beperking bestaat, en de sectorale cliëntenraad VGZ. Op diverse niveaus (wijk- en locatieraden) in de VGZ is overleg met vertegenwoordigers van cliënten en verwanten.²²

Eerst zou ZoA concreet worden gemaakt en in eerste instantie bij de begeleiding van vijf cliënten worden ingezet. Vervolgens zou ZoA naar in totaal 20 cliënten worden uitgebreid. Al naar gelang het succes van het project, zou de pilot in deze wijk als voorbeeld gaan dienen voor de rest van Cordaan. In de praktijk zal ongeveer de helft van de aan de pilot deelnemende cliënten van team Westerpark een verblijfsindicatie hebben en een ZIN-woning wonen, en de andere helft heeft geen verblijfsindicatie, maar een zogeheten extramurale indicatie.

De meeste deelnemende ZIN-clieënten hebben zorgzwaartepakket 1 (het lichtst), 2 of 3. Cliënten met zorgzwaartepakket 1, 2 of 3 kunnen zelfstandig wonen in een huis in een woonwijk, of in een kleine wooneenheid van Cordaan. Deze cliënten kunnen ook samenwonen met hun vriend(in). Cliënten maken afspraken met hun begeleider. Die komt af en toe bij cliënten thuis. Cliënten kunnen ook bellen met de begeleider, of langsgaan in het steunpunt. Cliënten met zorgzwaartepakket 2 of 3 hebben altijd in de

²¹ Bron: Plan van aanpak Zorg op Afstand Verstandelijk Gehandicapten, 2009

²² Jaardocument Cordaangroep 2009 (2010, p 20).



buurt van hun woning een steunpunt of inloop waar voortdurend een begeleider aanwezig is. 's Nachts is er iemand in de buurt, voor als er problemen zijn. In het steunpunt kunnen zij ook andere mensen ontmoeten en samen dingen doen. Vaak wonen er andere cliënten van Cordaan in appartementen om hen heen. Cliënten met zzp 2 en 3 zijn dus minder zelfstandig en moeten meer kunnen terugvallen op hulp in de buurt.

De begeleider helpt cliënten bij het oplossen van problemen, afspraken maken en nakomen, het huis leren schoonhouden, geldzaken regelen, contact hebben met familie en burens, het vinden van een sportclub, hobby's en andere dingen voor de vrije tijd. Om zelfstandig te wonen moeten cliënten het volgende kunnen: zichzelf verzorgen (wassen, aankleden, eten klaarmaken), nieuwe dingen leren, vaak alleen kunnen zijn, de weg vinden in de buurt, rekening houden met burens en kunnen communiceren. Goed vaak alleen kunnen zijn en goed verbaal kunnen communiceren, wordt alleen bij zzp1 verwacht en minder bij zzp 2. Daar zijn ook cliënten die zich goed duidelijk kunnen maken met taal, foto's of pictogrammen en minder vaak alleen kunnen zijn.

De andere helft van de aan de pilot deelnemende cliënten heeft geen indicatie voor verblijf; zij hebben een extramurale indicatie. Extramurale cliënten hebben minder recht op, en als de indicatie kloppend is vastgesteld ook minder behoefte aan zorg, dan cliënten met een verblijfsindicatie uitgedrukt in een zorgzwaartepakket. Extramurale cliënten hebben geen recht op 24-uurs diensten. De bekostiging van extramurale cliënten is anders dan die van verblijfscliënten. De inkomsten uit zorg aan extramurale cliënten geschiedt ook anders, alleen op basis van tijd die in aanwezigheid van de cliënt aan de cliënt is besteed. Alleen voor extramurale cliënten die een ZoA aansluiting krijgt het team 4 uur per maand extra vergoed. Dit omdat ZoA ertoe kan leiden dat minder uren aan een cliënt worden besteed en dat dit leidt tot inkomstenderving.

3.2 Invoering van Zorg op afstand bij verstandelijk gehandicapten

Deze paragraaf beschrijft hoe de invoering in de tijd is verlopen en wat de belangrijkste leerpunten waren. Alhoewel het werkelijke verloop complexer en genuanceerder is dan hier wordt geschetst, beoogt de processchets een zinnige illustratie te bieden van een invoeringsproces van ZoA. Gemakkelijk wordt immers vergeten welke aanloopproblemen aan de orde komen bij de invoering van Zorg op Afstand in een sector, in dit geval de verstandelijk gehandicaptenzorg, in een team, bij medewerkers en bij cliënten. De invoering van ZoA bij nieuwe cliënten, medewerkers of teams kan ten dele met vergelijkbare problemen of complicaties gepaard gaan als hier worden geschetst.

Context: overige ontwikkelingen en veranderingen

Voor een goed begrip van de ervaringen met ZoA is het goed stil te staan bij veranderingen die los van de invoering van ZoA plaatsvonden, zoals:



- De reorganisatie bij Cordaan waarbij de laag boven de teammanagers verdween (zie ook 2.1). Reorganisatie zorgde voor personeelwisselingen, onrust en vermindering van enthousiasme voor overige vernieuwing/verandering (waaronder ZoA).
- Er waren en dreigden veranderingen in de indicatiestelling waardoor de vrees bestond dat huidige cliënten niet meer in de zorg zouden blijven. Dit had onder personeel ook ongerustheid tot gevolg.
- Er waren o.m. door reorganisatie personeelwisselingen (teammanager, teamleden) die eraan bijdragen dat functie-invulling en werkuitvoering worden heroverwogen.
- Veranderingen in declarabele werkzaamheden. Declarabel zijn bij een deel van de cliënten alleen de werkzaamheden die begeleiders uitvoeren in aanwezigheid van cliënten. Dit prikkelt tot herbezinning op uitvoering van persoonlijke begeleiding (waar en hoe)²³

Voornoemde ontwikkelingen stonden los van de invoering van ZoA, maar hadden wel invloed op de acceptatie ervan.

De invoering van ZoA in het VGZ team Westerpark

Verstandelijk gehandicapten vormen de eerste doelgroep waarmee binnen Cordaan geëxperimenteerd is met ZoA. November 2008 begon de voorbereiding van deze eerste ZoA pilot voor deze doelgroep. Januari 2009, enkele maanden na het begin van de voorbereiding, wordt de voortrekkersrol in de VGZ overgegeven van een directeur uit de VGZ aan de teammanager van team Westerpark aan de Buyskade, alwaar de pilot zal worden uitgevoerd. De teammanager wordt werkgroepvoorzitter. Cordaan verkeert op dat moment volop in reorganisatie en dus onrust. De invoering van ZoA voor de VGZ start op basis van een plan van aanpak voor ZoA in de VGZ, zoals ook voor de andere doelgroepen plannen van aanpak worden geschreven. Uit die plannen van aanpak blijken de vooronderstellingen en ambities.

Toepassingen

Achteraf kan worden gezegd dat het plan van aanpak te ambitieus was over het aantal voorzieningen dat aan cliënten zou kunnen worden geboden in het experiment. Ook waren er te hoge verwachtingen over

²³ Door nieuwe personele bezetting, en door veranderingen in de beleidomgeving van de zorg voor VG-clieuten, en door komst van zoa zijn routines onder de loep genomen. Bijv ook de zorg in af- of aanwezigheid van de cliënt. In het team was het 1,5 jaar geleden gewoonte om vrij veel op kantoor te vertoeven. Zorg voor cliënten betekent vaak: hulp bij administratie en financiën en emotionele ondersteuning. Het laatste jaar wordt steeds meer zorg bij en in aanwezigheid van de klant verleend, soms ook met inzet van ZoA. Een deel van de zorg die wordt verleend wordt alleen vergoed als deze wordt verleend in aanwezigheid van de cliënt. Kosten/baten-bewustzijn in team leek niet sterk en leidend, maar wordt opgefrist: op zoek naar verhoging inkomsten en reductie van kosten. Men ging vooral op zoek naar win win situaties: betere zorg in combinatie met meer inkomsten: meer zorg in aanwezigheid van cliënten: levert meer inkomsten en maakt cliënten bewuster van wat er voor hen wordt gedaan.



de diversiteit aan problematieken en cliënten waarmee in het experiment zouden kunnen worden geëxperimenteerd en waarover conclusies zouden kunnen worden getrokken. Het plan van aanpak²⁴ noemt de mogelijkheden voor ZoA vooraf als kansrijk worden gezien voor deze doelgroep.²⁵ Het gaat dan om eenvoudige spelletjes, informatie (via geluid en beeld in plaats van tekst) over activiteitenprogramma van inloopcentra van Cordaan en andere welzijnsorganisaties, en inschrijfmogelijkheden daarvoor. Daarnaast wordt de mogelijkheid om via het scherm aanvullend OV te regelen en om contact te leggen met familie en mantelzorgers als kansrijk gezien. Wat betreft beveiliging, ziet men goede kansen voor rookmelders en voor alarmering op basis van bepaald geluidsniveau (schreeuwen). Dit voor cliënten in ZIN-woningen mits de cliënt daartoe toestemming geeft; er is vanuit die woningen vaak geluidsoverlast. Wat betreft begeleiding, ziet de werkgroepvoorzitter kansen voor psychosociale ondersteuning, hulp bij het nemen van beslissingen, dagstructuur aanbrengen of vasthouden (onder meer met wegtikklok), en gedragsregulatie in crisissituatie, als de cliënt bijvoorbeeld verward is, of verdrietig. Dan kan de begeleider via ZoA de situatie van de cliënt beter inschatten en begeleiden. Er is dus een hele reeks aan toepassingen voorzien.

Missie

Het plan van aanpak beschrijft de missie van ZoA in de VGZ, daar waar ZoA voor staat op langere termijn, als volgt:

Zorg op Afstand helpt de cliënt de regie over zijn eigen leven te behouden en zo veel mogelijk zelf te blijven doen. Het vergroot de kansen om als een gewone burger zijn leven te kunnen leiden, met optimaal persoonlijke contact (naar aard en omvang), en individueel maatwerk dat aansluit op de leefwereld van cliënten.

Aan deze missie is in het experiment inderdaad gewerkt. Ervaringen tot nu wijzen erop dat ZoA inderdaad kan helpen deze missie te realiseren.

Visie

De visie waar Cordaan met ZoA in de VGZ voor staat, is als volgt verwoord:

Zorg op Afstand voor mensen met een verstandelijke beperking, zelfstandig wonend in een ZIN-woning of in eigen huurwoning, behoudt en/of vergroot de mate van zelfstandigheid, en vergroot het contact met mensen en de kwaliteit hiervan. Het is tevens een middel om of de stap te kunnen maken van wonen in een woonvoorziening naar een eigen (ZIN)woning, of om de stap te maken van ZIN-woning naar eigen huur- of koopwoning, en/of om langer in deze eigen woning te kunnen blijven wonen. Voor familie is ZoA een middel om makkelijker contact te maken met zowel cliënt, als begeleider. Voor de begeleider wordt ZoA een welkome aanvulling voor het makkelijker kunnen samenwerken en informatie uitwisselen, met

²⁴ Plan van aanpak ZoA VGZ, van Maarten Commandeur, versie april 2009.

²⁵ Gekeken wordt naar mogelijkheden die kansrijk zijn, bij cliënten kunnen aanslaan, en niet naar mogelijkheden die voortkomen uit een visie op een gewenste ontwikkeling van de zorg.



cliënt, familie en andere hulpverleners. De technologie van ZoA is begrijpelijk en hanteerbaar gemaakt voor cliënten.

Van deze beschreven visie of opgave is veel (nog) niet gerealiseerd, en is ook nog niet duidelijk of het realiseerbaar is. Bijvoorbeeld om verstandelijk gehandicapten met ZoA een overstap te laten maken van woonvoorziening naar zelfstandig wonen. Ook aan informatie-uitwisseling tussen cliënt, begeleider en mantelzorger, en aan het hanteerbaar en begrijpelijk maken van de techniek moet nog veel gebeuren.

Vragen

Met deze VGZ-pilot wil Cordaan volgens het plan van aanpak verschillende vragen onderzoeken, namelijk:

1. of de inzet van ZoA tot een hogere kwaliteit van leven leidt?
2. of de inzet van ZoA tot uitstel of afname van zorgvraag leidt?
3. Of ZoA geschikt is voor deze doelgroep?
4. Of ZoA voor deze doelgroep aanvankelijk kan of moet worden ingezet voor welzijn overgaand in zorg?

De pilot heeft inderdaad duidelijk gemaakt dat ZoA geschikt is en geschikt gemaakt kan worden voor een deel van de doelgroep verstandelijk gehandicapten. Bij deze doelgroep lijkt de 'omweg' via welzijn niet altijd noodzakelijk of zelfs gewenst. ZoA inzetten in persoonlijke begeleiding is voor een deel van de cliënten de grootste meerwaarde van ZoA. Voor een deel van de cliënten zijn de extra's op het gebied van welzijn zelfs belastend en verwarrend. Dit geldt echter maar voor een deel van de cliënten, en zou in de loop van de tijd ook nog kunnen veranderen.

Verder wijst deze pilot uit dat ZoA inderdaad de kwaliteit van leven van cliënten kan verhogen. Op dit moment is nog geen sprake van uitstel of afname van de zorgvraag, maar op termijn kan dit nog wel worden verwacht op basis van eerste ervaringen uit deze pilot (zie volgende paragraaf).

Betrokken medewerkers

Een belangrijke keuze bij de invoering is geweest dat het gehele team zou meewerken. Alle begeleiders van wijkteam Westerpark, zowel die van het ambulante team als van de twee woonlocaties (die voor ZIN-clieënten buiten kantooruren als achterwacht dienen voor alarmering e.d) participeren in het project volgens het plan van aanpak.

In de meeste andere organisaties in Nederland waar ZOA (met als kern videocommunicatie ofwel beeldbellen) wordt ingevoerd, is er één zorgcentrale.²⁶ Cordaan heeft geen zorgcentrale. Bij Cordaan is sprake van decentrale invoering van ZoA in teams die relatief autonoom werken. Bij Cordaan heeft iedere cliënt in de VGZ een vaste persoonlijke begeleider (A), en daarnaast nog één of twee begeleiders. Daardoor hebben bij Cordaan alle begeleiders van cliënten met ZoA en alle collega's uit het team te

²⁶Een zorgcentrale is een telefooncentrale waar alle vragen en klachten van cliënten binnenkomen en worden afgehandeld of doorverbonden. Met ZOA heeft/krijgt de zorgcentrale vooral de taak om vragen te behandelen en af te handelen en niet zozeer om door te verwijzen.



maken met ZoA. Dit maakt dat ZoA bij veel mensen moet worden geïntroduceerd; er moet veel draagvlak worden gecreëerd en handigheid in de omgang ermee tot stand worden gebracht.

Introductie bij team

Na de voorbereiding in de werkgroep wordt ZoA in mei 2009 geïntroduceerd bij het team, om het team voor te bereiden op de selectie van cliënten en de invoering van ZoA bij hen. De werkgroep bestaat aanvankelijk uit de werkgroepvoorzitter (teammanager), één begeleider van het ambulante team en één van de locatieteams en een gedragdeskundige, waarbij de precieze rollen nog met moeten worden uitgewerkt.

In een teamvergadering waarbij de teammanager, de projectleider, een ICT-deskundige, enkele begeleiders (de begeleiders van de eerste geselecteerde cliënten) en de onderzoeker aanwezig zijn, komt naar voren dat er veel weerstand is bij begeleiders. De werkdruk en administratieve lasten worden al als hoog ervaren, en begeleiders vrezen verdere verzwaring door het ZoA-project waar zij niet om hebben gevraagd. Uitbreiding van werkuren is voor de aanwezige begeleiders niet wenselijk in verband met hun evenwicht tussen werk en privé/zorg voor eigen gezin.

Eerste aansluitingen

In de daarop volgende maanden worden de eerste vijf cliënten geselecteerd en aangesloten. De eerste vijf cliënten die worden aangesloten en worden gevraagd mee te denken zijn cliënten van wie de werkgroep het idee heeft dat zij van de beoogde kansrijke diensten het meest vaak gebruik zullen maken, en die te maken hebben met een reeks uiteenlopende problematieken die men met ZoA wil aanpakken. Het plan van aanpak is ook op dit punt ambitieus.

Als enkele cliënten zijn aangesloten, lopen hun begeleiders er de eerste weken en maanden tegenaan dat ze niet weten hoe ze de cliënten wegwijs moeten maken, dat ze niet weten waar ze inhoud voor het scherm vandaan moeten halen die aansluit bij het niveau en de interesse van hun cliënt. Het kost hen ook extra tijd die ze niet hebben. De begeleiders willen graag hun cliënt goed introduceren en wegwijs maken, maar ze beschikken zelf over te weinig tijd, informatie en vaardigheden om dat te doen. Ze voelen zich daar ongelukkig over. Als bekend wordt dat de teammanager (enkele maanden na de eerste aansluitingen) elders bij Cordaan gaat werken en ook een team-lid vertrekt dat een aanjaagfunctie voor ZoA, zakt het gebruik van ZoA in, en komt de aansluiting van nieuwe cliënten stil te liggen. De mogelijkheid om extra uren te declareren voor ZoA, en om middelen daarvandaan te gebruiken om personeel meer of nieuw personeel voor ZoA in te zetten wordt niet opgepikt. Zoals gezegd willen de bestaande medewerkers niet méér werken. Dreigend klantenverlies scheidt bovendien het beeld en de verwachting dat het team eerder moet krimpen dan mag groeien.

De eerste dip, en erna

De teammanager vertrekt in de zomer van 2009 en wordt opgevolgd door een nieuwe teammanager. De nieuwe manager wordt aan het eind van de zomer door de projectleiding bijgepraat en is enthousiast.



Tegelijkertijd constateert hij dat het ZoA project bijna tot stilstand is gekomen. De teammanager in de rol van werkgroepvoorzitter laat deze situatie even doorbestaan om deze samen afwisselend met de projectleiding en het team goed te analyseren en een herstart of nieuwe impuls voor te bereiden. De nieuwe werkgroepvoorzitter/teammanager zet de klacht van tijdgebrek en de roep om extra personeel om in plannen en daden om nieuwe medewerkers aan te stellen die zich een aantal uur speciaal aan ZoA gaan wijden. Alleen de teammanager, niet de projectleiding, heeft de personele bevoegdheden hiertoe. In november 2009 wordt een medewerkster voor 10 uur per week aangetrokken om met cliënten te oefenen en om technische problemen die cliënten en begeleiders tegenkomen te behandelen en bij de aanbieder aan te kaarten. Met groot geduld gaat de medewerkster naar cliënten om met hen te oefenen een spelletje te spelen op het ZoA-scherm, iets op te zoeken op internet, of contact te zoeken met een begeleider. De begeleiders zijn blij dat zich iemand bekommert om ZoA. De ZoA-kracht is enigszins los van het team bezig, totdat er per januari 2010 een begeleider wordt aangetrokken die deel uitmaakt van het team en die speciaal 2 dagen belast is met de coördinatie van ZoA. Er ontstaat nu, ook met een gedragskundige die een paar uur aan ZoA mag besteden een klein speciaal ZoA-ploegje dat elkaar stimuleert en gedachten ontwikkelt. De ervaring dat invoering van ZoA bij een nieuw team speciaal daarvoor aangewezen medewerkers vereist, zal hierna ook bij de andere doelgroepen worden aanbevolen en toegepast.

Doelenworkshop

Dan, in januari 2010 wordt onder leiding van de onderzoeker met het hele team, waaronder de nieuwe teammanager en het ZoA-ploegje, een workshop gehouden over ZoA. De teammanager is dan voldoende ingewerkt en voorbereid, er zijn eerste positieve ervaringen opgedaan met het oefenen met cliënten in het gebruik, er is in reactie op wensen uit het team formatie-uitbreiding gerealiseerd. Nu de pilot op het punt staat uit te rollen van 4 naar 20 cliënten, is men klaar om het hele team te betrekken en te laten meedenken.

In de doelenworkshop reflecteert het team op begeleidingsdoelen in de VGZ, op welk deel van het werk gericht is op cliëntdoelen en welk deel niet, en op de mogelijke inzet van ZoA bij het werken aan specifieke cliëntdoelen. De workshop bestaat enerzijds uit een algemene discussie over begeleidingsdoelen en anderzijds uit de opdracht aan begeleiders om aan de hand van specifieke cliënten begeleidingsdoelen op te schrijven en concrete plannen te maken over de inzet van ZoA daarbij. Doel van de workshop is informatievoorziening, visievorming op ZoA, een impuls geven aan het elan bij begeleiders om met ZoA aan de slag te gaan. Het resultaat is ook dat begeleiders tot concrete voornemens komen over de inzet van ZoA bij specifieke cliënten.

uitrollen

Het ZoA-ploegje zet zich in om het aantal aangesloten cliënten te verhogen. Januari 2010 waren 7 cliënten, in maart waren het er 18. Er was dus een enorme inhaalslag gemaakt. De voor 2 dagen als ZoA-coördinator, aangestelde begeleider met een passie voor methodiekontwikkeling, richtte zich er ook op om de inzet van ZoA op te nemen in de ondersteuningsplannen. Het per cliënt opstellen van speciale



werkplannen voor het beeldschermproject (zie bijlage) met ingeplande evaluatiemomenten versterkte de aandacht van begeleiders voor ZoA wel enigszins. Routines zoals snel de telefoon pakken of toch maar zoals gewoonlijk altijd op huisbezoek gaan, blijken echter hardnekkig.

Plannen bijstellen

In de maanden erna loopt de ZoA-ploeg ertegenaan dat het voor veel cliënten toch lastig bleek te werken met de ZoA-schermen. Terwijl eerder, onder meer in het ambitieuze plan van aanpak, het doel was gesteld om cliënten op het ZoA-scherm zo veel mogelijk voorzieningen te verschaffen, brak nu het idee door dat het voor de VG-doelgroep meer geschikt was om met een bijna leeg scherm te beginnen, en dat dan langzaam op en uit te bouwen, naar vermogen en behoefte van de cliënt. Dit individuele maatwerk, zo werd ook in de stuurgroep geconstateerd, bracht wel extra kosten met zich mee.

De eerdere vooronderstelling was geweest: hoe meer voorzieningen via het ZoA-scherm konden worden geboden, hoe aantrekkelijker ZoA zou zijn voor cliënten, en hoe groter de toegevoegde waarde. Het blijkt echter belangrijker te bepalen wat voor elke cliënt de meest essentiële voorziening is die men met ZoA kan bieden. Minder is vaak meerwaarde, vooral bij deze doelgroep. Ook geldt dat de invoering van ZoA stapsgewijs gebeurt en dat het gebruik van ZoA moet groeien en zijn tijd nodig heeft. Deze conclusies zullen in dit experiment nog vaker worden getrokken.

In diezelfde periode ontwikkelde de gedragsdeskundige een screeningslijst waarmee bij cliënten vooraf werd gepeild en ingeschat of zij met een ZoA-scherm zouden kunnen omgaan. Tegelijkertijd liep in het team een onderzoek naar het IQ van de cliënten, gericht op het inventariseren van gevolgen van eventuele veranderingen in doelgroepafbakening naar IQ. De ZoA-ploeg kijkt of er een verband kan worden vastgesteld tussen het IQ van cliënten en de geschiktheid van (bepaalde toepassingen van) ZoA voor hen. De uitslag wordt januari 2011 verwacht.

Techniek als focus van aandacht

In het project wordt geconstateerd dat problemen met telecommunicatievoorzieningen (vaak geschaard onder de noemer technische problemen en storingen) vooral op VG-clieënten een negatief effect hebben. Deze doelgroep heeft een beperkt overzicht en incasseringsvermogen, en loopt daardoor meer risico om gefrustreerd te raken en af te haken. Een voorbeeld zijn internetpagina's die soms te groot zijn voor het ZoA-scherm van PAL4, waardoor cliënten ze niet op de gangbare manier (via een kruisje) kunnen wegklikken. Als het cliënten niet lukt het scherm uit te zetten, trekken ze vaak de stekker eruit. En als dat veelvuldig gebeurt, kan dat tot storingen leiden. Techniek, uitvoering en vormgeving zijn cruciaal voor de kans op het welslagen van ZoA bij cliënten en begeleiders. Tevens is het van belang aan techniek niet een te absolute waarde aan toe te kennen. Het team heeft hiermee geworsteld en geëxperimenteerd.



In juni 2010 vindt een overleg plaats tussen Pal4 en het VG-team waarbij wordt besproken welke technische klachten verholpen kunnen worden en met welke kenmerken van ZoA het team en de cliënten moeten eren leven en werken.²⁷

Zomer 2010 werd op kantoor op verzoek van het team naast de bidibox een werkstation geplaatst, een apparaat dat ook gemiste oproepen zouden registreren. Het apparaat, ontworpen voor zorgcentralisten, bleek echter niet voldoende gebruiksvriendelijk voor het team. Er waren te veel handelingen noodzakelijk voor één actie. De complexiteit en storingsen hebben ervoor gezorgd dat cliënten en begeleiders (tijdelijk) zijn afgehaakt. Weer werd het belang van een robuust, betrouwbaar, gebruiksvriendelijk apparaat duidelijk voor acceptatie door team en doelgroep.

Eerder was er een roep geweest om een ombouw op kantoor rond het bureau met ZoA-werkstation. Er was eerder al een koptelefoon aangeschaft zodat gesprekken van cliënten niet door het kantoor te horen was. Echter nog steeds is er bij enkelen nog onvrede en aarzeling over de omgeving waarin begeleiders dit als intiem ervaren contact met cliënten willen aangaan. Belangrijk bij een experiment als dit is om alle moeilijkheden niet meteen te willen oplossen, maar om ze te begrijpen doorgronden en ervan te leren. Het is belangrijk ervaren weerstanden van begeleiders serieus te nemen en te erkennen, zonder dat het altijd nodig is een (technische of praktische) oplossing te treffen. Voor het team (manager en begeleiders) is het belangrijk weerstanden te erkennen, en er zich samen over te verwonderen, (wat maakt dat begeleiders zich ongemakkelijk voelen?) zonder dat altijd het ongemak weggenomen kan of moet worden.

Doorleren doorexperimenteren integratie in de zorg voor deze doelgroep

1 juli 2010 zou de extra ureninzet ten behoeve van ZoA ten einde lopen. De werkgroep heeft toen bij de stuurgroep een verzoek ingediend om de extra uren-inzet te mogen verlengen tot het einde van het jaar. Op verzoek van de stuurgroep heeft ook de onderzoeker advies uitgebracht. Aanbevolen werd de extra ureninzet voort te zetten. Door inzet van extra uren is immers in het team draagvlak voor ZoA ontstaan, en een leergierig team dat ZoA probeert toe te passen bij een doelgroep die vanwege verstandelijke beperking (minder incasseringsvermogen en overzicht) extra eisen stelt. De pilot voor deze doelgroep loopt het langst en is het verst. Daardoor kunnen in deze pilot gevorderde leerervaringen worden opgedaan die voor alle ZoA-doelgroepen waardevol, zoals de ervaringen met het werkstation (de mogelijkheden en beperkingen ervan).

Een argument was verder dat voor ZoA bij deze doelgroep na de projectfase nog geen financiering in zicht is. In het half jaar zou met extra ureninzet kunnen worden bekeken of de potentiële besparingen ook in de praktijk zouden kunnen worden bewezen, bijvoorbeeld of echt een deel van de huisbezoeken kan worden vervangen door ZoA-contact, hetgeen tot nu toe niet is gebeurd. Of/ook zouden voorbeelden van mogelijke meerwaarde in de praktijk kunnen worden onderzocht, bijvoorbeeld of mantelzorgers meerwaarde beleven door ZoA, bijvoorbeeld doordat ze zich minder belast voelen. Of dat

²⁷ Daarnaast is gesproken over verdere ontwikkeling van ZoA speciaal voor de VGZ, en samenwerking daar bij tussen Cordaan en Pal4.



onderling cliëntencontact ook voor deze doelgroep te realiseren is. De stuurgroep heeft voortzetting van de extra uren toegekend.

Aan het eind van het jaar 2010 loopt de extra ureninzet af. Degene die in 2010 ZoA in het team heeft gecoördineerd vertrekt uit het ambulante team naar woonlocatie Marcantilaan, waar wel een scherm staat, onder andere voor de achterwacht. De teammanager en de regionale directeur VGZ/GGZ hebben besloten 2011 in ZoA te investeren met de bedoeling ZoA in 2012 kostendekkend te kunnen uitvoeren. Het ZoA-scherm moet bij cliënten wel een echte functie hebben in de zorg, en niet slechts een welzijnsfunctie, zo vindt de teammanager. “Als een cliënt ZoA niet gebruikt in het kader van zorg, maar bijvoorbeeld alleen voor internet, dan moet het weg.”²⁸ De ZoA-coördinator op de Buyskade is opgevolgd door een begeleider van de Marcantilaan, die het komende jaar de taak heeft het gebruik van ZoA te monitoren, om een verdere integratie van ZoA in de zorg tot stand te brengen, want de inzet van ZoA staat nog nu slechts in de kinderschoenen, en moet nog technisch robuuster en gebruiksvriendelijker (eenvoudiger) worden.

Terugkijkend op de invoering van ZoA in dit team in de projectperiode van bijna twee jaar, zien we dat ZoA na de voorbereiding en planvorming eerst bij 5 cliënten is ingevoerd. Er is in het team weerstand ervaren. Begeleiders moeten de begeleiding met ZoA erbij opnieuw uitvinden. Eerste moeilijkheden zijn hanteerbaar gemaakt, door binnen het team een apart ZoA-ploegje aan te stellen die ervaringskennis kon bundelen. Er zijn toen stappen gezet om de rest van het team meer te betrekken en te laten meedenken, waardoor meer draagvlak is ontstaan. Er zijn eerste stappen gezet om ZoA deel te maken van de begeleiding. De vraag is gaandeweg verschoven van “kan ZoA wel bij deze doelgroep?” naar “voor wie is het wel en niet geschikt?”, naar “welke meerwaarde en besparingen willen we er precies mee realiseren?”. Het gebruik van ZoA in het team is aan het einde van de projectperiode nog afhankelijk van de ZoA-gangmakers. Nu staat het team op het punt om, onder leiding van manager en de nieuwe begeleider/coördinator, de verdere ontwikkeling en toepassing en inpassing van ZoA in de VGz vorm te geven.

3.3 De effecten en meerwaarde van zorg op afstand

Deze paragraaf beschrijft de effecten van ZOA voor cliënten, begeleiders, en naasten. Beschreven wordt in het bijzonder, in hoeverre en hoe kan ZOA bijdragen aan de autonomie en participatie van cliënten. (Hoe) kan ZoA eraan bijdragen dat meer cliënten naar tevredenheid (van henzelf, hun naasten en begeleiders) zelfstandig kunnen gaan of blijven wonen?

²⁸ Als een scherm een belangrijke welzijnsfunctie heeft en een cliënt meer zelfredzaam maakt, is 1) voor deze cliënt een belangrijke ontdekking gedaan en wordt 2) aangeraden om op één of andere manier deze verworvenheid te laten behouden, bijvoorbeeld door begeleiding bij de aanschaf en het gebruik van een gewone pc.



Effecten voor cliënten

2 Impressie van gebruik ZoA door cliënten Westerpark

Mogelijke voorzieningen Zorg op afstand	Aanwezigheid bij cliënten	In welke mate gebruikt door cliënten
<i>Beeldcommunicatie cliënt-Cordaan</i>	<i>Altijd</i>	<i>Bijna altijd</i>
<i>Beeldcommunicatie cliënt-begeleider</i>	<i>Altijd</i>	<i>Vaak</i>
<i>Beeldcommunicatie Cliënt-naaste</i>	<i>Soms</i>	<i>Soms</i>
<i>Computerspelletjes naar keuze</i>	<i>Bijna altijd</i>	<i>Vaak</i>
<i>Spelletjes/vermaak Pal 4</i>	<i>Altijd</i>	<i>Vaak</i>
<i>Email</i>	<i>Altijd</i>	<i>Soms</i>
<i>Beperkte, beschermde internetlink of – verbinding</i>	<i>Bijna altijd</i>	<i>vaak</i>
<i>Internet</i>	<i>Soms</i>	<i>Soms?</i>
<i>Agenda</i>	<i>Altijd</i>	<i>(bijna) nooit</i>

Alvorens in te gaan op de effecten en meerwaarde van Zorg op afstand geven we een impressie van het gebruik van het Zorg op Afstand-scherm door de VG-clieñten (zie ook bovenstaande tabel). De VGZ-clieñten gebruiken het scherm vooral voor contact met het wijkteam op de Buyskade en contact met de begeleiders. Een deel van de cliënten heeft ook een scherm bij een naaste of mantelzorger met wie ze contact leggen. Daarnaast wordt het scherm door de meeste cliënten gebruikt voor spelletjes zoals patience en schaken. Een deel van de cliënten neemt deel aan spelletjes en vermaak van Pal4, zoals Bingo. Enkelen gebruiken het scherm voor beperkt internet of gewoon internet, en een nog kleine groep gebruikt het scherm voor email.

De cliënten gebruiken het scherm voor de volgende (in het plan van aanpak onderscheiden) functionaliteiten:

- Begeleiding (dagstructurering, advies, aandacht, dagelijks contact)
- Welzijn, contact met familie en mantelzorg
- Ontspanning en service

Zoals de volgende tabel laat zien wijkt het huidige gebruik van functionaliteiten (laatste kolom) af van die zoals verwacht in het plan van aanpak. Ontspanning en service werd vooraf niet als belangrijk gezien, maar is dat voor een deel van de cliënten zeker wel. Welzijn en begeleiding waren als belangrijk gezien, en blijken dat ook te zijn. Verwacht werd dat ZoA zou worden gebruikt voor veiligheid en preventie, maar dat is nog niet geboden en gebeurd. Ten tijde van het plan van aanpak werd vanuit alle (technische) mogelijkheden gedacht. De invoering van ZoA verloopt echter gefaseerd. Er wordt bij die fasering prioriteit gegeven aan begeleiding en welzijn.



Tabel 3 Verwachte en reeds gerealiseerde functionaliteiten op ZoA-scherm

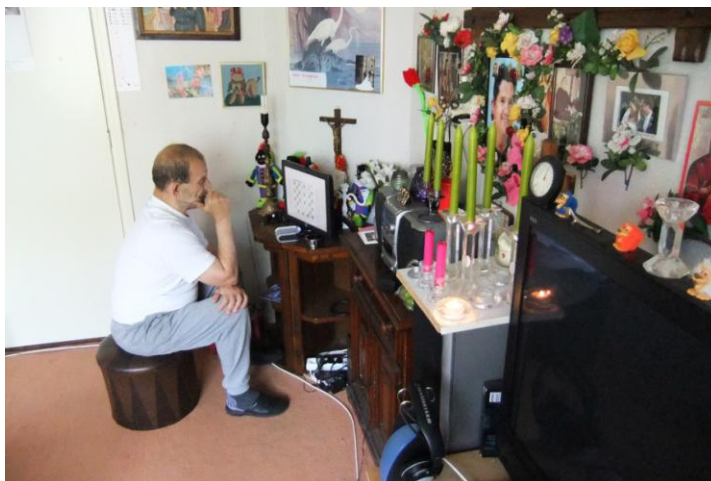
Functionaliteit	Verwacht in plan van aanpak	Realisatie nu
Ontspanning en service	-	+
Welzijn, contact met familie en mantelzorg	+	+
Veiligheid (toezicht, signalering)	+	-
Preventie (Bijv medicatiebewaking) en zelfzorg	+	-
Begeleiding (dagstructurering, advies, aandacht, dagelijks contact)	+	++
Medisch/psychologisch consult (huisarts, fysiotherapeut, behandelaar GGZ)	-	-

Cordaan heeft voor ogen dat het ZoA scherm met zijn voorzieningen wordt gebruikt in de zorgverlening. De bedoeling is dat ZoA wordt gebruikt om naast de zorg van nabij (afspraken cliënt-begeleider thuis of op kantoor) aanvullend zorg op afstand te verlenen en om de zelfstandigheid, participatie en regie van cliënten te versterken.

Deze pilot wijst uit dat ZoA de kwaliteit van leven kan verbeteren voor cliënten. De mate waarin en de wijze waarop varieert van persoon tot persoon.

De belangrijkste gebleken meerwaarde voor cliënten betreft:

1. de ervaren ondersteuning, (begeleiding)
2. het aanleggen en onderhouden van een sociaal netwerk (welzijn)
3. de dagbesteding, (ontspanning en service)
4. en de ontwikkeling van cliënten.



2 Cliënt die scherm gebruikt voor spelletjes en contact met begeleiders (foto Hans van der Vliet)



1. Ondersteuning

Voor de meeste cliënten heeft ZoA daarnaast invloed op de mate en kwaliteit van ondersteuning die ze ontvangen. Cliënten met ZoA ontvangen niet minder ondersteuning (dan voorheen, of dan anderen), maar in verschillende gevallen wel meer frequente of continue ondersteuning. Een deel van de persoonlijke afspraken thuis of op kantoor is bij verschillende cliënten vervangen door korte beeldbelcontactmomenten. Cliënten hebben minder stress hebben, omdat ze minder dan voorheen vragen hoeven uit te stellen – ze kunnen bijvoorbeeld een net ontvangen brief, die ze zorgen baart, post tonen voor het scherm.

Het visuele contact biedt voor de cliënten de nabijheid die zij nodig hebben en die maakt dat ze het contact als persoonlijk ervaren, bijna net als een persoonlijke ontmoeting. Men begrijpt elkaar beter dan bij telefooncontact. Verder zijn de mogelijkheden om zelf contact te zoeken met begeleiders uitgebreid. Dat geldt in de praktijk overigens alleen voor cliënten van wie de begeleiders en zichzelf gebruik maken van beeldbellen.

Een deel van die cliënten gaat meer de regie en meer initiatief nemen om ondersteuning te zoeken op de momenten dat ze dat willen of nodig hebben. Als begeleiders echter niet het voortouw nemen om te gaan (en blijven) beeldbellen, blijven cliënten bij hun gewoonte om te bellen naar de vaste kantoortelefoon of mobiele telefoon van de begeleider. Cliënten hebben dan niet de kans om te ontdekken of beeldbellen wel of geen meerwaarde voor hen heeft. Er is minder snel sprake van escalaties.

2. Sociaal netwerk (welzijn)

Ook heeft ZoA voor een deel van de cliënten meerwaarde op het terrein van hun sociale netwerk. Beeldbellen biedt extra mogelijkheden om contacten aan te gaan of te onderhouden. Het gaat dan niet alleen om contact met begeleiders, maar ook met lotgenoten (medediënten) en naasten. Ook biedt Pal4 ontmoetings- en contactfuncties waar enkele cliënten gebruik van maken. Zo kunnen cliënten hun netwerk vergroten. Indirect draagt dat ook bij aan hun gevoel van veiligheid. Sociale contacten en een netwerk vormen vaak een zwak punt voor VGZ-diensten. Dat ZoA eraan kan bijdragen hun zelfredzaamheid op dit gebied te vergroten is erg waardevol.

3. Dagbesteding (ontspanning en service)

Voor een deel van de cliënten (met of zonder werk of andere vaste dagbesteding) biedt het ZOA-scherm mogelijkheden voor verrijking van de dagbesteding. Voor de één in de vorm van het spelen van spelletjes, voor de ander het raadplegen van internet, voor nog een ander email-verkeer of vermaak via Pal4. Ook participatie in de samenleving in bredere zin wordt zo bevorderd. Zo is er cliënt T. wiens arbeidscontract onlangs afgelopen is. Hij gebruikt het scherm vooral om internet te raadplegen, een nieuwe baan te zoeken, en ook om dingen over zijn interesses op te zoeken. Zo zoekt hij bijvoorbeeld artiesten of schrijvers op die hij kent, en verkent hij zijn omgeving, de straten van Amsterdam, via



internet (google maps) en de geschiedenis van stratennamen. De ZoA-kracht heeft met hem geoefend en inhoud opgespoord die hij, en andere cliënten interessant vinden. Nu hij tot zijn spijt zonder werk zit, biedt het scherm hem mogelijkheden om zijn tijd toch aangenaam te besteden en zichzelf te redden.

4. Ontwikkeling (ontspanning en service)

De mogelijkheid tot ontwikkeling was in het plan van aanpak niet genoemd, maar is voor deze doelgroep wel belangrijk. ZoA kan meerwaarde aan cliënten bieden als hen op maat ontwikkelingsmogelijkheden worden geboden. Voorbeelden hiervan zijn het leren werken met een computer, het leren werken met internet of email. Verder kan specifieke inhoud worden geboden, bijv een lesprogramma hoofdrekken of schaken. Cliënten kunnen leren informatie te zoeken. Zaak is steeds wel de inhoud op maat, aansluitend bij individuele interesses en verstandelijke vermogens aan te bieden. Als het gaat om programma's of spelletjes waarmee cliënten zich kunnen ontwikkelen, is het wel van belang regelmatig genoeg nieuwe variaties of niveaus aan te bieden. Te moeilijk is een probleem, te makkelijk of kinderachtig kan evenzeer een probleem zijn. De computer kunnen gebruiken en informatie opzoeken kan zeker bijdragen aan de autonomie van cliënten.

Het opsporen of ontwikkelen van geschikte inhoud voor deze doelgroep is overigens een arbeids- en kennisintensieve aangelegenheid. Samenwerking met collega-instellingen buiten Cordaan, en mogelijk ook PAL4 is hiervoor wenselijk.

Met deze pilot wil(de) Cordaan onderzoeken of de inzet van ZoA bij cliënten tot een hogere kwaliteit van leven leidt, en tot uitstel of afname van zorgvraag.

Kwaliteit van leven

Het beeld op basis van interviews met cliënten en begeleiders is dat cliënten meerwaarde ervaren van ZoA, maar dat deze voor een deel van de cliënten nog niet substantieel is. Cliënten bellen niet vaak via ZoA, besteden niet veel tijd achter het scherm, en ervaren geen grote toename in hun gevoel van veiligheid of hechten hieraan geen groot belang. Het is een plezierige toevoeging in hun leven en aan de zorg, maar de meerwaarde is in de huidige situatie nog niet substantieel. Tegelijkertijd merken begeleiders op dat cliënten minder gespannen zijn omdat ze minder genoodzaakt zijn vragen uit te stellen.

Uitstel of vermindering van zorgvraag?

Op dit moment ontvangen cliënten die ZoA hebben, niet minder zorg dan voorheen of dan cliënten zonder ZoA. Er zijn geen aanwijzingen dat op korte termijn de vraag naar zorg afneemt. Wel zijn er aanwijzingen dat spanningen en escalaties worden voorkomen. Er is dan niet zozeer een vermindering van de gewone zorgvraag, maar wel neemt de behoefte af aan zorg rondom incidenten, de zwaardere onverwachte zorgvraag. Verder lijkt het erop dat ZoA nog niet zozeer de huidige zelfstandigheid van cliënten versterkt, maar wel bijdraagt aan hun toekomstige zelfredzaamheid. Bijvoorbeeld computervaardig zijn, of initiatiefrijker worden, maakt op dit moment nog niet het verschil tussen wel



of niet zelfstandig kunnen wonen, maar kan daarvoor in de toekomst wel van doorslaggevend belang worden.

Effecten en meerwaarde voor begeleiders

De invoering van ZoA heeft bijgedragen aan het opnieuw beschouwen van de zorg. Elke medewerker gaat zich afvragen hoe hij kan en wil ik begeleiden? Er vindt herbezinning plaats op werkinvulling: Doen we wel het maximale optimale om cliënt te activeren, te betrekken, alleen over te nemen wat cliënt niet kan, en hoe kan ZoA daar precies bij worden ingezet?. Welke mogelijkheden en risico's heeft ZoA juist voor de sector van de zorg aan verstandelijk gehandicapten. (Bijvoorbeeld mogelijkheden om een oogje in het zeil te houden, en risico dat cliënt te makkelijk beeldbelt, minder zelfstandig wordt.)

De invoering van ZoA zorgt voor allerlei veranderingen voor de begeleiders. ZoA moet een plek krijgen in de wijze van contact houden en begeleiden. Als cliënten ZoA gaan gebruiken, hebben zij daar begeleiding bij nodig, en begrip en aandacht voor moeilijkheden en vragen daarbij . ZoA vraagt dus nieuwe dingen van begeleiders:

- ZoA moet onderdeel gemaakt worden van begeleiding van cliënten
- Vaker, ook ongepland contact met eigen cliënten en die van een ander. Contact wordt dus relatief belangrijker, meer interactie.
- Vaker ongepland contact, dus vaker in eigen werkzaamheden gestoord worden
- Er worden extra eisen gesteld aan begeleiders: wegwijs zijn in ZoA etc en wegwijs kunnen maken
- Nog een extra communicatiekanaal naast telefoon, mobiel, persoonlijke afspraak
- Betere indruk van cliënten

Zorg op afstand heeft ook meerwaarde voor begeleiders. Het belangrijkste positieve effect voor begeleiders is toenemende tevredenheid van cliënten en een meer regelmatig of effectief contact met cliënten door beeldbellen. De tevredenheid van cliënten draagt bij aan de medewerkerstevredenheid. De volgende effecten en voordelen voor medewerkers zijn geconstateerd:

- Met zelfde tijdsinvestering meer (dus vaker) contactmomenten mogelijk. Hierdoor meer voortdurende zorg voor cliënten en / of beter zicht op welbevinden van cliënten.
- Op afstand beter kunnen inschatten hoe het echt is met cliënt, doordat de begeleider mimiek en lichaamshouding van de cliënt kan zien.
- Meer zicht op de cliënten van collega's, daardoor meer collegialiteit maar ook meer informatieoverdracht en flexibiliteit nodig.
- Voor een aantal cliënten betere zorg kunnen leveren, door op afstand betere inschatting te kunnen maken van gesteldheid van de cliënt.
- Last van storingen en strubbelingen en cliënten moeten begeleiden bij hun frustraties met ZoA.



(Potentiële) meerwaarde voor naasten

Als het dankzij ZoA beter gaat met een verstandelijk gehandicapte cliënt, omdat de cliënt zelfstandiger is, zich veiliger voelt, zich beter vermaakt, of meer contacten heeft, kunnen naasten meerwaarde van ZoA ervaren. Zij hoeven zich dan als naaste minder zorgen te maken om hun verstandelijk gehandicapte dierbare. Ook kunnen naasten zelf de voordelen van ZoA ondervinden als zij ZoA gebruiken in hun contact met hun verstandelijk gehandicapte dierbare en eventueel ook met zijn of haar begeleider.

In de pilot hadden verschillende cliënten via ZoA contact met hun naasten. Die naaste was in het ene geval een mantelzorger en in het andere geval een lotgenoot of medecliënt. In dit onderzoek zijn nog geen duidelijke aanwijzingen naar voren gekomen van de meerwaarde voor van ZoA mantelzorgers. Hiernaar is te weinig gericht onderzoek verricht. Een mantelzorger had na een storing of verbouwing de verbinding niet meer hersteld en gebruikt, omdat ze met haar naaste persoonlijk en telefonisch contact onderhield. Of, en hoe, ZoA meerwaarde kan brengen is een punt van verder onderzoek en vraagt aandacht en initiatief van begeleiders. Begeleiders kunnen beeldcontact tussen cliënt en naaste in de driehoek begeleider-client-naaste aanzwengelen. Dit kan betrokkenheid bij ZoA en gebruik vergroten. Wel is meerwaarde gebleken dat ZoA meerwaarde kan hebben voor contacten tussen naasten. Voordelen betreffen dan dat een naaste beter en persoonlijker contact kan onderhouden met de cliënt, en meer zicht heeft op zijn of haar welbevinden. Andere voordelen waren dat ZoA de mogelijkheid biedt meer op afstand te blijven in situaties en relaties waar veel nabijheid wel leidt tot elkaar meeslepen in escalaties. Zo zijn er twee cliënten die elke dag s' morgens onder begeleiding beeldcontact hebben, voor de één vervult dat vooral de behoefte aan nabijheid, en voor de ander vooral de behoefte aan afstand, en voor beide de behoefte aan contact en weten hoe het met de ander is. Beiden komen hierdoor meer toe aan hun eigen leven. Het beeldcontact staat naast dagelijkse ontmoetingen.

Meerwaarde voor Cordaan

Het experiment met ZoA heeft grote baten opgeleverd voor Cordaan, en biedt perspectief op blijvende baten voor Cordaan.

- Zo heeft de invoering van ZoA bijgedragen aan frisse blik van begeleiders op de zorg aan verstandelijk gehandicapten en op cliëntdoelen, en aan deskundigheidsbevordering. Dat opent perspectief voor betere, effectievere, meer gerichte zorg.
- ZoA heeft ook het innovatieve vermogen en de vernieuwingsgezindheid bevorderd
- Het zelfde geldt voor het kosten-baten bewustzijn van begeleiders en team managers
- Tenslotte heeft ZoA de collegialiteit bevorderd
- De pilot bij verstandelijk gehandicapten opent de ogen voor een inrichting van een ZoA-schermbord die eenvoudig is, weinig taal vereist etc. Veel van wat hier wordt geleerd en verzameld, is bruikbaar voor andere minder geletterde of talige doelgroepen



- Cordaan heeft zicht gekregen op een mogelijk invoeringsmodel voor ZoA. Dit model is ook voor andere teams tot op zekere hoogte bruikbaar

Overige maatschappelijke meerwaarde

Overige maatschappelijke baten van ZoA zijn:

- Het voorkomen van overlast, door veelvuldig contact met bepaalde diënten en door begeleid contact tussen cliënten met hulp van ZoA. De maatschappelijke baten komen te goede aan onder meer omwonenden, en de woningcorporatie
- ZoA heeft ook geleid tot het voorkomen van escalatie en misschien een opname, iets wat leidt tot besparingen die ten goede komen aan de overheidsfinanciën en de belastingbetaler
- De screening en het IQ onderzoek leidt tot een beeld van betere, meer kosteneffectieve zorg, een voordeel voor AWBZ en belastingbetaler

3.4 Conclusies en aanbevelingen

In deze paragraaf worden conclusies getrokken over de huidige situatie wat betreft ZoA bij VGZ-diënten. Hoe staat het nu met de invoering en het gebruik van ZoA. In hoeverre zijn cliënten en begeleiders tevreden? In hoeverre en hoe draagt ZoA bij aan grotere autonomie van cliënten? Vervolgens worden aanbevelingen gedaan over het continueren van ZoA in dit team en bij deze doelgroep. Wat zijn mogelijke doelen en noodzakelijke randvoorwaarden bij continuering van ZoA.

Een tussentijds oordeel

Wat is aan het einde van de projectperiode het oordeel over ZoA bij deze doelgroep, over de potentie, over de praktijk? In hoeverre is men tevreden?

ZOA is op experimentele basis ingevoerd bij VGZ-diënten. Als we kijken en praten met cliënten, begeleiders en naasten komen steevast negatieve en positieve geluiden naar voren. Men is, kort samengevat, positief over wat ZOA kan of zou kunnen, en men is kritisch over hoe het nog vaak loopt. Zonder uitzondering noemt iedereen dat er nog te veel storingen zijn. En dat leidt bij cliënten en ook wel bij begeleiders tot stress.

Een eerste conclusie is dat bij een deel van de VGZ-clieënten ZOA goed inzetbaar is. Een belangrijk doel van het experiment was te bepalen of deze doelgroep wel zou kunnen omgaan met ZOA, en of ZOA wel geschikt te maken zou zijn voor deze doelgroep. Het antwoord op deze vragen is ja. Wel is het gebruik van geschreven taal, en van de Engelse taal bij bepaalde toepassingen voor een deel van de cliënten een probleem. En voor de één behoort email en/of internet tot de mogelijkheden en interesses, en voor de ander niet.

Het experiment laat dus zien dat ZOA bruikbaar kan zijn voor VG-diënten en dat het meerwaarde voor hen kan hebben. Tegelijkertijd is duidelijk dat de huidige wijze van uitvoering en functioneren nog



onvoldoende is om cliënten substantiële meerwaarde te bieden. Enerzijds wordt de meerwaarde beperkt door de storingen van ZOA en bepaalde gebruikersonvriendelijkheid (voor de doelgroep). Anderzijds is de meerwaarde tijdens het experiment mede beperkt geweest doordat begeleiders niet altijd de rol van aanjager en initiatiefnemer spelen bij het beeldbellen, en omdat er niet voor alle cliënten met ZOA steeds nieuwe specifieke, voortschrijdende doelen worden gesteld en in de praktijk nagestreefd.

Op dit moment is de meerwaarde van ZOA nog vooral een belofte en nog slechts bescheiden in de praktijk. De tijd lijkt nu rijp voor het verbreden en verbeteren van reeds geconstateerde mogelijkheden dan voor verdere uitwerking in allerlei nieuwe toepassingsmogelijkheden en samenwerkingsverbanden.

Aanbevelingen voor continuering

Duidelijk is dat Zorg op Afstand in de VGZ meerwaarde heeft in termen van de kwaliteit van leven van cliënten. Met name daardoor draagt het ook bij aan arbeidssatisfactie van professionals. Duidelijk is ook dat deze voordelen nog aanzienlijk groter kunnen worden wanneer de opbrengsten van dit experiment worden verwerkt in de verdere ontwikkeling van ZOA voor VGZ, bij Cordaan en ook elders. Verder is helder dat een apart VGZ-project zeer gewenst is: het is een doelgroep met veel diversiteit, specifieke problematiek en situatie. De inhoud van het werk, de begeleiding van deze doelgroep is doelgroep-specifiek. Het is wellicht zinniger een project op te zetten met andere organisaties in de VGZ, dan Cordaan-breed, ook om te vermijden dat te zeer de techniek centraal komt te staan. De uitdaging moet zijn een gerichte meerwaarde te realiseren voor deze doelgroep. Stel doelen die autonomie, zelfredzaamheid, participatie en tevredenheid van cliënten bevorderen. Uit voorgaande evaluatie volgt dat concrete doelen kunnen zijn:

- Een deel van de cliënten computervaardig
- Een groot deel van de cliënten een iets groter netwerk
- Bijna alle cliënten meer regie bij hulp vragen en formuleren
- Bijna alle cliënten meer initiatief

Uit de bespreking hierboven volgt een hele reeks aandachtspunten voor die verdere ontwikkeling:

1. Het verbeteren van de betrouwbaarheid van de techniek.
2. Het vaststellen van indicaties en contra-indicaties: voor wie is ZOA wel en niet geschikt: indicaties en contra-indicaties (mogelijk met screeningslijst)
3. Op de werkvloer do's en don'ts formuleren op basis van ervaringen
4. Het identificeren van een repertoire aan toepassingen op de verschillende gebieden: dagbesteding, ondersteuning, sociale netwerken, ontwikkeling. (Welke spelletjes, instructiefilmpjes, cursussen slaan aan bij veel of specifieke cliënten). Dit kan worden gebaseerd op best practices (ook met opgedane kennis uit intelligentieonderzoek): wat is maximale effect dat al is bereikt bij een enkele cliënt? Hoe kan dat bij dit individu worden bestendigd, hoe kan het ook bij anderen worden gerealiseerd?
5. Een systematisch invoeringstraject voor individuele cliënten, waarmee de juiste elementen van dit maatwerk op maat van individuele cliënten kan worden aangeboden;



6. Bekostiging speelt een belangrijke rol. Voor de doelgroep VG kan ZoA meerwaarde bieden. Er zijn voorbeelden, al zijn deze nog moeilijk te generaliseren en te kwantificeren. Bijvoorbeeld cliënten met een hoog zorgzwaartepakket in zin-woningen, bij hen zou ZoA rendabel moeten kunnen zijn. Verder weg wonende cliënten met hoge ZZP zouden op afstand door moeilijke periodes geholpen kunnen worden. Een bedreiging hierbij is verandering van huidige bekostigingsregels of indicatiestelling.

Een aantal zaken lijkt van belang bij continuering van ZoA bij deze doelgroep:

- Behoud van de opgedane ervaringskennis: zorg dat kennis behouden blijft/ effectief wordt overgedragen
- Behoud en uitbouw van de meerwaarde van ZoA bij huidige cliënten. Zonder extra maatregelen is het niet onwaarschijnlijk dat de meerwaarde van ZoA bij cliënten gaat afnemen en niet verder groeit. Voor uitgroeien van de meerwaarde is het nodig dat manager ZoA actief blijft steunen. Dat er monitoring van gebruik van ZoA en doelen blijft plaatsvinden. Manager moet er op toezien dat ZoA opgenomen wordt en blijft in ondersteuningsplannen en in de daadwerkelijke ondersteuning. Monitoring en periodiek rapporteren van de ontwikkeling van het gebruik en de meerwaarde aan leider en stuurgroep van een (nieuw) ZoA-project lijkt noodzakelijk. Die monitoring kan als voorwaarde worden gesteld voor het handhaven van schermen bij huidige cliënten.
- Invoering van ZoA is bij dit team het meest ver, maar nog niet voltooid en verankerd. Er zijn al stappen gezet om met Pal en evt collega-organisaties verder te werken aan ZoA voor VG cliënten. Een nieuw project is gunstig voor verdere ontwikkeling van ZoA bij dit team.
- Ga door met ZoA in dit team: manager die erachter staat, deel van begeleiders ziet meerwaarde en allen hebben ervaringskennis opgedaan.
- Projectperiode heeft duidelijk gemaakt waar de complicaties en valkuilen liggen. Nu beslissen over noodzakelijke veranderingen in toepassing van ZoA bij dit team.
- Volg de invoering en toepassing van zorg op afstand op de voet.
- Ga door bij cliënten die al scherm hebben en het willen houden.



4 Zorg op afstand in de geestelijke gezondheidszorg

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe zorg op afstand experimenteel is ingevoerd bij een team in de geestelijke gezondheidszorg. In de eerste paragraaf wordt eerst omschreven hoe de geestelijke gezondheidszorg vooral aan zelfstandig beschermd wonenden eruit ziet en is georganiseerd bij Cordaan en in het bijzonder bij het team IJburg. De tweede paragraaf beschrijft de invoering van Zorg op afstand aldaar. Paragraaf 3 gaat in op de effecten van Zorg op afstand voor cliënten en andere betrokkenen, en wat er geleerd is in het experiment. Paragraaf 4 trekt conclusies en kijkt vooruit op voorzetting en uitbreiding van Zorg op afstand voor deze doelgroep bij Cordaan.

4.1 Cordaan en woon- en trajectbegeleiding in de geestelijke gezondheidszorg

De zorg voor GGZ staat bij Cordaan van oudsher sterk op zichzelf. Pas de laatste jaren vindt meer uitwisseling en samenwerking plaats met andere zorgsoorten, met name die voor verstandelijk gehandicapten. Cordaan GGZ is gespecialiseerd in begeleiding van mensen die langdurige psychiatrische en / of psychosociale problemen hebben. Tabel 1 geeft aan de hand van enkele kerngegevens een indruk van de omvang en aard van de geestelijke gezondheidszorg bij Cordaan.

4 Kerngegevens geestelijke gezondheidszorg Cordaan in 2009/ per eind 2009

Aantal cliënten in zorg/behandeling	1057
Aantal beschikbare bedden/plaatsen per einde verslagjaar, inclusief kleinschalig wonen (voorheen beschermd wonen), inclusief deeltijdplaatsen en inclusief BOPZ-aanmerking	244
<i>Waarvan kleinschalig wonen</i>	244
Aantal verzorgingsdagen, inclusief kleinschalig wonen, inclusief BOPZ	81.513
Aantal ambulante contacten	6595
Aantal dagen dagactiviteiten	23.060
Aantal personeelsleden in loondienst	180
Aantal FTE personeelsleden in loondienst	133
Totaal bedrijfsopbrengsten (in euro's)	13.330.699
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	12.731.228
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	599.471

Een belangrijk verschil met de zorg voor verstandelijk gehandicapten uit het vorige hoofdstuk is dat bij GGZ zorg cliënten niet alleen begeleiding van Cordaan ontvangen. Ze hebben ook een behandelaar bij een andere zorgaanbieder, bv Arkin of GGZ inGeest, en daarnaast een psychiater die met of voor de cliënt een behandelplan opstelt. Persoonlijk begeleiders van Cordaan mengen zich niet in de therapie maar verzorgen de woonbegeleiding (en trajectbegeleiding). Minimaal eens per jaar is er afstemming



tussen begeleiders en behandelaars, en er is regelmatig contact met de sociaal psychiatrisch verpleegkundige die als intermediair tussen cliënt en psychiater fungeert.

Meer specifiek biedt het onderdeel geestelijke gezondheidszorg van Cordaan beschermd en begeleid wonen, dagbesteding op en vanuit dagactiviteitencentra, trajectbegeleiding en werkvormen. Er wordt gewerkt vanuit de Rehabilitatiemethodiek. Rehabilitatie betekent iemand weer een rol in de maatschappij helpen te vervullen. De methode staat bekend om de vertrouwensband en gelijkwaardige relatie tussen cliënt en hulpverlener. Met de rehabilitatiemethode wordt de cliënt op (een van) de leefgebieden wonen, werken, leren, dagbesteding en/of sociale contacten ondersteund.²⁹

Typen woonvormen waar Zorg op Afstand is toegepast

Beschermd woenvormen

Cordaan heeft drie zogeheten 24-uurs locaties met individuele woningen erom heen, één 24-uurslocatie zonder losse woningen eromheen, en twee locaties die louter bestaan uit losse woningen. Van dit laatste in IJburg, één van de locaties waar Zorg op Afstand is toegepast, een voorbeeld. De locatie IJburg is een van de 24 Nederlandse vestigingen voor RIBW (regionale instelling beschermende woonvormen).³⁰

Cordaan RIBW biedt verschillende vormen van beschermd wonen. Samen met cliënten zoekt Cordaan naar de woonvorm die het beste bij cliënten past. Bijvoorbeeld 24-uurszorg met begeleiding 's nachts, of een woonvorm waar alleen overdag begeleiding aanwezig is. Op de locatie IJburg is alleen overdag en 's avonds begeleiding aanwezig; er is geen nachtdienst.

Begeleid Zelfstandig Wonen

Naast beschermd woenvormen biedt Cordaan RIBW ook de mogelijkheid tot ondersteuning in de eigen woonomgeving. Dit kan wanneer de cliënt al een eigen woning heeft, maar ook is er de mogelijkheid om vanuit Cordaans beschermd woenvorm door te stromen naar een eigen woning. Voor beschermd en begeleid zelfstandig wonen hebben cliënten een indicatie nodig van het CIZ, en betalen ze een eigen inkomensafhankelijke bijdrage. Cordaan heeft zes locaties waar cliënten begeleid zelfstandig kunnen wonen. Eén daarvan is de Stadionbuurt (Cordaanregio West).

²⁹ Jaardocument Cordaan 2009, blz 21.

³⁰ Bron website www.ribwalliantie.nl



Zorgzwaartepakketten voor GGZ cliënten bij Cordaan

Als een GGZ-cliënt beschermd of begeleid zelfstandig wil wonen of zich wil aanmelden voor een werkproject of DAC bij Cordaan heeft hij een indicatie nodig met het oog op de bekostiging van de zorg. Deze indicatie, het Zorgzwaartepakket (ZZP), bepaalt welke zorg de cliënt kan ontvangen, en welke ondersteuning hij van Cordaan kan verwachten. Over het algemeen geldt: hoe hoger het Zorgzwaartepakket, hoe intensiever de zorg en ondersteuning waar cliënten recht op hebben. De cliënten van team IJburg hebben zorgzwaartepakket 1c, 2c of 3c.

Zorgzwaartepakket 1c

Mensen met een Zorgzwaartepakket 1c kunnen hun leven voor een groot deel zelf indelen, maar hebben moeite met structuur aanbrengen in de dag en de week, moeite met het omgaan met andere mensen of met het uitvoeren van complexe taken en hebben last van concentratieproblemen en geheugenverlies. Cordaan biedt dan een veilige, beschermde woonomgeving, hetzij zelfstandig met begeleiding in de buurt op afspraak, hetzij met 1 tot 5 medebewoners in een kleine groep. Begeleiding is meestal niet aanwezig op de locatie, maar oproepbaar en op loopafstand.

De persoonlijk begeleider helpt bij het maken van keuzes en de omgang met beperkende factoren in het leven, het onderhouden van sociale contacten en daarnaast met praktische taken: persoonlijke administratie, het huishouden leiden, gezonde voeding en hygiëne. Doorgaans biedt op IJburg (anders dan elders vaak het geval is) dezelfde begeleider ook trajectbeleiding aan: zij of hij helpt de cliënt stap voor stap op weg naar de eigen doelen op het gebied van werk, wonen en leren. Een en ander is vastgelegd in het persoonlijk plan. De doelen uit het persoonlijk plan sluiten aan bij de wensen, interesses en mogelijkheden van de cliënt en zijn gericht op stabilisering van hun situatie en ontwikkeling waar dat mogelijk is. Elk jaar evalueert de cliënt samen met zijn persoonlijk begeleider de doelen, en stelt ze bij waar nodig. Trainen en begeleiden naar zelfstandig wonen is mogelijk. Ook trainingen op het gebied van sociale contacten en het vinden van werk of zinvolle dagbesteding behoren tot de mogelijkheden.

Een cliënt kan ervoor kiezen deel te nemen aan groepsactiviteiten binnen het huis, op het dagactiviteitencentrum (DAC) of in het buurthuis. Ook vrijwilligerswerk of betaald werk is mogelijk, zowel zelfstandig als in een groep. Samen met hun persoonlijk begeleider bespreken cliënten wat voor hen op dat moment de meest passende vorm van dagbesteding is, en naar welke werkvorm zij eventueel in de toekomst toe zouden willen groeien.



Zorgzwaartepakket 2c

Cliënten met zorgzwaartepakket 2C hebben doorgaans dezelfde beperkingen als mensen met ZZP 1c, maar wensen, meestal, vanwege een psychiatrische aandoening, voortdurend begeleiding in de buurt. Gewoonlijk biedt Cordaan aan cliënten met zorgzwaartepakket 2c een veilige, beschermde woonomgeving in een kleine groep met 1 tot 8 medebewoners. De bewoners op IJburg wonen echter zelfstandig in een appartement (dat hoort gewoonlijk bij het lichtere ZZP 1c). Dat geldt ook voor de bewoners van Kraaipan, een apart project van Ypsilon, vereniging van familieleden en betrokkenen van mensen met schizofrenie of psychose. Ypsilon heeft ambulante woonbegeleiding uitbesteed aan Cordaan. Deze cliënten hebben geen ZZP indicatie, maar een indicatie voor individuele begeleiding. De woningen worden niet uit de AWBZ bekostigd, maar door cliënten zelf gehuurd (in dit geval via Ypsilon). Op dezelfde wijze als bij ZZP 1c is deelname aan dagbegeleiding mogelijk. De begeleiding vervult dezelfde rol als bij ZZP1c, maar is permanent aanwezig.

Zorgzwaartepakket 3c

Dit zorgzwaartepakket is bedoeld voor mensen met een chronische, langdurige, psychiatrische aandoening. Sommigen hebben daarnaast verslavingsproblematiek of een lichte verstandelijke handicap. Deze cliënten wonen beschermd, in groepen van 2-9 mensen. De bewoners op IJburg wonen echter zelfstandig in een appartement (dat hoort gewoonlijk bij het lichtere ZZP 1c). Beschikbare begeleiding en dagelijkse activiteiten zijn op dezelfde manier geregeld als voor ZZP1c en 2c.

4.2 Invoering van Zorg op afstand bij beschermd wonen op IJburg

5 Tijdslijn invoering Zorg op afstand

December 2008	Versijnen plan van aanpak van werkgroep ZoA in RIBW op IJburg
Januari 2009	Stuurgroep bespreekt notitie en discussieert over het eerder starten van RIBW pilot.
Mei 2009	Start/opening nieuwe RIBW locatie op IJburg, cliënten betrekken nieuwe woningen
Juni/juli 2009	Plaatsing eerste schermen
Eind juni 2009	Nulmeting contactregistratie
Januari 2010	Vertraging van deze pilot ivm verhuizing/uitbreiding naar Stadionbuurt en omdat team uiteen is gevallen
Begin 2010	Begin inzet extra uren tbv zoa
Maart 2010	13 cliënten zijn aangesloten
18 maart 2010	Doelenworkshop team met onderzoeker
April 2010	17 cliënten zijn aangesloten
Juli 2010	Mijlpaal-feestje: 1 jaar ZoA op IJburg: bewoners lezen brief aan directeur voor.



Zomer 2010	Einde inzet extra uren zoa
------------	----------------------------

Beschrijving

Eind 2008 start de voorbereiding van de experimentele invoering van ZoA bij RIBW op IJburg met het plan van aanpak van de werkgroepvoorzitter en de nieuwe manager van het team op IJburg waar ZoA zal worden ingevoerd. Dit plan dat januari 2009 in de stuurgroep wordt besproken bepleit om de GGZ pilot januari 2009 van start te laten gaan. Overweging is dat men ZoA van meet af aan in de nieuw te betrekken woningen op IJburg aan de bewoners wil aanbieden. Vanwege onvolledigheid van het team, en weerstand bij omwonenden tegen de komst van psychiatrische buurtbewoners acht de stuurgroep op dat moment starten te risicovol.

Enkele overwegingen uit het plan van aanpak:

- De cliënten krijgen te maken met andere zorg dan bestaande vestigingen, er zal geen nachtdienst aanwezig zijn. Er zal beeldcontact zijn met ander vestigingen met nachtdienst.
- De doelgroep voor de pilot bestaat uit cliënten die beter in staat moeten zijn om aan te geven wat ze nodig hebben
- Er is nog geen activiteitencentrum op IJburg, dus cliënten hebben een andere vorm nodig om hun netwerk en wereld te vergroten. Dat kan met ZoA.
- Mogelijke meerwaarde van ZoA is dat cliënten contact kunnen leggen met begeleiding, maar ook met familie, lotgenoten, leeftijdsgenoten en mensen met zelfde interesse.
- Door de mogelijkheid van internet en chatten, kunnen cliënten op een voor hen veilige manier uit isolement treden.
- Cliënten hebben mogelijk minder professionele hulp nodig.
- Cliënten kunnen zich met ZoA sociale vaardigheden eigen maken.
- Cliënten zijn met ZoA minder afhankelijk, zij kunnen zelf in hun eigen omgeving dingen opzoeken op internet.

Enkele van de vragen/hypothesen:

- Kan zorg op afstand het sociale isolement van bewoners doorbreken?
- Verkleint ZoA de vraag naar intensieve zorg of het beroep op andere vormen van zorg?



- Is deze vorm van zorg geschikt voor een zwaardere doelgroep, de zorgmijders met ingewikkelde psychiatrische problematiek die moeilijk frequent face to face contact kunnen hebben, terwijl dat wel geïndiceerd is;

Het plan van aanpak noemt de volgende risicofactoren voor de invoering van ZoA:

- Weerstand vanuit medewerkers en bewoners/ familie
- Nieuw team, veel energie voor nieuwe omgeving en opzet en stabilisatie
- Aandacht voor autonomie en achterdocht.

De in het plan van aanpak genoemde toepassingen en effecten, evenals de voorziene risicofactoren, zullen in de experimentele invoering van ZoA inderdaad van toepassing blijken. Er zijn dus adequate inschattingen gemaakt.

Cordaan startte met het plaatsen van schermen bij cliënten vanaf juni 2009. Het idee was om dit te doen bij een nieuw team en op een nieuwe locatie; direct als cliënten hun nieuwe woning betrekken en een nieuw team van start gaat op de nieuwe locatie IJburg.

In de praktijk werden cliënten op Zorg op Afstand aangesloten in juni, enkele maanden nadat ze zich in hun nieuwe woning hadden gevestigd. Er is voor begeleiders dan nog niet veel werk. De oplevering van nog meer nieuwe woningen, en het betrekken van die woningen door cliënten is onzeker. IJburg is in Amsterdam een nieuwe wijk in opbouw, het ligt op een eiland en is vanaf Amsterdam Centrum bereikbaar met een tram. RIBW IJburg wordt opgeleverd en betrokken, met minder woningen en cliënten dan bedoeld of gepland, mede door weerstand bij omwonenden. Er is veel onzekerheid en verandering op deze locatie. Nieuw is dat cliënten allen een eigen voordeur hebben, waardoor ontmoeting niet spontaan plaatsvindt. Cliënten trokken zich veel terug.

Wat opvalt is dat er nog geen vastgeroeste en zelfs geen gevestigde routines zijn. Begeleiders zijn erg tastend bezig. Onder begeleiders bestaat nog geen duidelijke visie op de zorg, begeleiders zijn nieuwsgierig wat de methode Rehabilitatie, waarmee ze nog niet eerder hebben gewerkt, inhoudt. Op Zorg op afstand is ook nog geen visie. Kenmerkend aan de sfeer en visie zijn onervarenheid, terughoudendheid om voor de cliënt te denken of de leiding te nemen of om een cliënt te pushen. Het team kent verder ook een groot verloop, mede omdat er nog weinig concrete taken liggen. Voordat het team zich gesetteld heeft zijn er verschillende begeleiders naar een andere werkgever vertrokken.

IJburg combineert zo een nieuw, jong team met een nieuwe locatie. Er bestaat op dat moment nog geen beeld van wat een realistische ambitie is of kan zijn. Eén van de leden van het team krijgt vier uur extra



toegewezen om de zaken rond Zorg op afstand te coördineren. Daarnaast wordt er voor de begeleiding van de invoering van ZoA een oproepkracht van buiten het team voor vier uur aangesteld. Beide krachten met ZoA-taken gaan op bezoek bij Pal4 en bij Zuidzorg, een andere organisatie in Zuid-Nederland waar ook op kleine schaal met ZoA in de GGZ wordt gewerkt, om zich te oriënteren en ideeën op te doen. De trekker was welwillend, maar ook wat eenzaam en erg onervaren. Ze werd langdurig ziek, en trad daarna toe tot een ander team. Haar werk werd overgenomen door een ander teamlid. Ondanks de goede samenwerking met de externe ZoA-ondersteuner was deze wisseling natuurlijk een lastige factor.

Een volgende verandering was de beslissing om een team te vormen dat op twee van elkaar verwijderde locaties werkt: IJburg (Cordaanregio Oost) en Stadionbuurt (Cordaanregio West). Gedurende elf maanden werken de begeleiders en de teamleider van team IJburg, op de twee locaties. Dit was overigens wel een goede aanleiding om ZoA te gebruiken. Verschillende begeleiders legden vanaf een ZoA-scherm dat in kantoor Stadionbuurt was geplaatst contact met hun cliënten op IJburg. Na een zekere periode besluit Cordaan de teamleden niet langer op twee locaties te laten werken, maar aparte teams te maken op IJburg en in Zuid. En meer recent besloot Cordaan dat IJburg een experimenteellocatie wordt voor een lokale combinatie van zorgsoorten: VGZ en GGZ onder één teammanager, en lokale samenwerking met collega-instellingen. Al met wordt er dus veel geëxperimenteerd en verandert er veel.

Onervarenheid, terughoudendheid als principe van GGZ en de rehabilitatie-methodiek, en het nog ontbreken van een visie op de invoering van zorg op afstand leiden ertoe dat begeleiders aanvankelijk weinig sturen bij de invoering van zorg op afstand. Dat wil zeggen, begeleiders stellen zich op dat moment geen doel om ZoA nadrukkelijk onder de aandacht te brengen bij hun cliënten, en nemen niet het initiatief om contact met cliënten tot stand te brengen als cliënten daar niet om vragen. Daar komt bij dat er aanvankelijk problemen zijn met internet op kantoor, waardoor cliënten al wel op hun ZoA-scherm kunnen intemetten, maar via het scherm nog geen contact kunnen leggen met hun begeleider op kantoor IJburg. Na enige tijd wordt dit opgelost.

Verder is het zo dat cliënten heel dicht bij kantoor wonen. Het kantoor bevindt zich op de begane grond van een flat. Cliënten wonen verspreid op de etages daarboven. Dit stimuleert het gebruik van zorg op afstand voor contact tussen cliënten en begeleiders niet. De dagen dat een begeleider in de Stadionbuurt werkt, is er meer aanleiding /noodzaak om via ZOA contact te leggen met cliënten.

Tegen deze achtergrond organiseert de onderzoeker (WA) een workshop over begeleidingsdoelen en de inzet van ZoA daarbij. Daarmee krijgt het denken over hoe ZoA in te zetten op deze locatie een impuls. Begeleiders zetten aan de hand van concrete cliënten begeleidingsdoelen op een rij en ze noemen voorbeelden voor de mogelijke inzet van zorg op afstand. Vervolgens werken begeleiders individueel en in tweetallen doelen en (mogelijke) toepassingen op papier uit. Daarna worden doelen en toepassingen in het team uitgewisseld. Een verslag van deze werkbijeenkomst wordt in het hele team (ook onder



afwezig) verspreid, ter inspiratie en stimulering. De bedoeling is dat teamleden concrete doelen stellen met hun eigen cliënten. Wat gaan ze met hen uitproberen op het gebied van ZoA? Ondanks het methodische principe van terughoudendheid in de begeleiding, komen de begeleiders in werkbijeenkomst tot de slotsom dat als cliënten er geen kennis mee maken, ze ook niet kunnen weten of ontdekken of ze ZoA willen.

Na de workshop krijgt de inzet van ZoA in het contact met cliënten een impuls. Begeleiders gaan duidelijk initiatief nemen tot contact met ZoA, en presenteren duidelijker dan voorheen dat het de bedoeling is ZoA te gebruiken voor contact met de begeleider en dat het, ook voor het experiment en het behoud van ZoA voor cliënten belangrijk is met ZoA leerervaringen op te doen. Op de maandelijkse bewonersvergadering wordt ZoA een vast terugkerend onderwerp. Het aantal aansluitingen bedraagt in april intussen 17 cliënten. Juli 2010 houdt RIBW IJburg een mijlpaalfeestje vanwege het 1-jarig bestaan van ZoA op IJburg. Hoezeer ZoA dan bij cliënten leeft, wordt duidelijk uit het feit dat de bewoners samen een brief hebben opgesteld waarin ze vertellen wat ZoA voor hen betekent. Ze lezen de brief voor aan de directeur, ook om hun pleidooi om ZoA te mogen behouden en ermee door te gaan kracht bij te zetten. Inmiddels is het team tot rust gekomen, en begint er bij verschillende cliënten de wens te ontstaan om ZoA te gebruiken om contact te leggen met hun familie.

Eind 2010 gebruikt een deel van de cliënten (ongeveer de helft) ZoA in het contact met de begeleiding. Een deel van de cliënten die ZoA niet gebruikt, gebruikt het niet omdat ze weerstand hebben tegen de techniek. Een ander deel van het niet-gebruik heeft te maken met het nog niet accepteren en onder ogen zien van de eigen situatie, problematiek en noodzaak van behandeling en begeleiding. Deze vorm van niet-acceptatie is meer bij jongere cliënten te zien.

Deze mate waarin ZoA wordt gebruikt, door ongeveer de helft van de cliënten, wordt door begeleiders gezien als waarschijnlijk het maximaal haalbare, gezien de omstandigheid dat cliënten en begeleiders in de huidige situatie zo dicht bij elkaar gehuisvest zijn. Niettemin vindt men het nog 'te vroeg' om het scherm weg te halen bij cliënten bij wie het nu niet werkt. Standaard aanwezigheid van de apparatuur geeft ook duidelijkheid: alle cliënten op IJburg hebben nu toegang tot ZoA.

4.3 De effecten en meerwaarde van zorg op afstand

Meerwaarde voor cliënten

Vooraf leefden ten aanzien van ZoA bij GGZ cliënten de volgende vragen:

1. Kan zorg op afstand het sociale isolement van bewoners doorbreken?



2. Verkleint ZoA de vraag naar intensieve zorg of het beroep op andere vormen van zorg?
3. Is deze vorm van zorg geschikt voor een zwaardere doelgroep, de zorgmijders met ingewikkelde psychiatrische problematiek die moeilijk frequent face to face contact kunnen hebben, terwijl dat wel geïndiceerd is?

Isolement doorbreken

Op de eerste vraag kan positief worden geantwoord, want ZoA blijkt voor GGZ cliënten op verschillende fronten meerwaarde te hebben:

- Contact met de begeleiders
- Ondersteuning bij innemen medicatie
- Contact met familie
- Contact met lotgenoten
- Maatschappelijke participatie via internet

ZoA en het contact met begeleiders

Voor cliënten is door de inzet van ZoA meer regelmatig contact mogelijk met de persoonlijke begeleider. ZoA vergroot de bereikbaarheid van de eigen persoonlijke begeleider. Er is door ZoA persoonlijker (oogcontact) en tegelijkertijd minder indringend contact mogelijk met de begeleiding. De manieren waarop cliënten contact kunnen leggen met begeleiding zijn toegenomen. Het is voor een aantal cliënten gemakkelijker geworden om zelf initiatief te nemen voor contact met hun begeleider. Een deel van de cliënten was aanvankelijk wantrouwend tegenover contact met hun begeleider via ZoA.

Ondersteunen van medicatie

Een bijzonder element in de rol van ZoA bij de begeleiding betreft het ondersteunen van het innemen van medicijnen. ZoA kan een tussenstap vormen in het zelfstandig worden van cliënten bij het innemen van medicijnen. Voor een deel van de cliënten is dit geen aantrekkelijke optie, omdat medicijnen ophalen voor hen één van de weinige contactmomenten is; voor enkelen zijn deze contactmomenten erg belangrijk. Ze helpen de cliënt de dag te structureren en niet geheel in een isolement te raken. ZoA kan ervoor zorgen dat er een vorm van contact met de buitenwereld blijft, maar kan er in een ander geval ook voor zorgen dat de drempel om naar buiten te komen hoog wordt.

ZoA en contact met familie



Tot verrassing van alle betrokkenen bleken cliënten zelf nogal eens ZoA te willen inzetten om het contact met familie te herstellen en onderhouden. Tegelijkertijd is er bij de begeleiding het besef dat dit contact erg kwetsbaar is en goede ondersteuning behoeft. Vanwege de instabiliteit (wisselvalligheid) van veel cliënten en contactueel onvermogen dat soms ook bij de families aanwezig is, kunnen contacten met familie ook gemakkelijk mislopen. Het besef dat er goede ondersteuning en begeleiding nodig is, heeft gemaakt dat het team hiermee tot nu toe terughoudend is.



ZoA en contact met lotgenoten

Bijzonder is verder dat er op IJburg via ZoA contact is ontstaan tussen cliënten, tussen lotgenoten. Contact met de buitenwereld is voor veel psychiatrische cliënten problematisch. Contact met andere cliënten, blijkt in de praktijk wel een mogelijkheid. Het gaat dan om cliënten die elkaar kenden, maar ook cliënten die elkaar niet kenden. Zo drukte een cliënte eens per ongeluk op de 'bel-knop' van een buurvrouw en zijn beide cliënten sindsdien via het ZoA-scherm aan de praat geraakt. Ze hebben nu regelmatig contact, vooral via het scherm, en informeren bij elkaar hoe het met de ander gaat.

ZoA bevordert in die gevallen het zelfstandiger en zelfredzamer worden van cliënten en de rehabilitatie. Begeleiding kan er effectiever door worden.

Maatschappelijke participatie via internet

Cliënten kunnen via internet en wijk informatie op hun ZoA-scherm vanuit hun woning rondkijken in de buitenwereld en eraan deelnemen. Dat betekent bijvoorbeeld dat cliënten vanuit hun huis IJburg gingen verkennen, ze gingen bijvoorbeeld: opzoeken waar op IJburg de huisarts zit. Ook ging een cliënte zelf op zoek naar mogelijkheden voor schuldhulpverlening bij maatschappelijk werk. Ontdekken waar een geschikte meubelwinkel zit in Amsterdam en wat goede meubelaanbiedingen zijn is een ander voorbeeld. Cliënten die (soms met tijden) problemen hebben met naar buiten gaan, kunnen op deze manier de drempel verlagen en toch al op hun manier deelnemen. Het zelf gaan zoeken naar mogelijkheden voor extra ondersteuning voor de omgang, ondersteuning waarin Cordaan in principe zelf kon voorzien, zagen de begeleiders als een vorm van activering en participatie. Ze beoordeelden het als positief omdat het aansloot bij de persoonlijke doelen van de cliënt.



3 Cliënt en begeleider achter het scherm (foto Hans van der Vliet)



Wat opvalt bij bij GGZ cliënten is dat zij de toepassing van ZoA vaak bezien vanuit de mate waarin contact voor hen op een bepaald moment wenselijk en te verdragen is. Afstand, nabijheid en indringendheid zijn belangrijke thema's voor psychiatrische cliënten. Voor bepaalde cliënten kan aan de deur of binnen komen erg indringend zijn; in een aantal gevallen kan contact via ZoA als minder indringend worden ervaren. Maar in een aantal gevallen kan ook contact via ZoA als erg indringend worden ervaren. ZoA is een extra medium waarmee de gewenste afstand en nabijheid kan worden gereguleerd. Hierover moet nog extra ervaringskennis worden opgedaan.

Wantrouwen is ook een thema in de psychiatrie. Bij het accepteren van ZoA heeft wantrouwen tegen de apparatuur en angst voor ongewild binnen kunnen kijken of dingen te weten komen via de computer wel een zekere rol gespeeld.

Vermindering zorgvraag?

Er zijn verschillende aanwijzingen dat ZoA bijdraagt aan vermindering van de vraag naar (intensieve) zorg. Allereerst door de toename aan contactmogelijkheden met begeleiders, onderling, met naasten en met aanbieder PAL4, en door mogelijkheden tot maatschappelijke participatie. Daardoor voelen cliënten zich prettiger en minder geïsoleerd. ZoA kan niet alleen bijdragen aan vermindering van de gevoelens van eenzaamheid, aan betere begeleidingsmogelijkheden bij stemmingswisselingen. Tekenend voor deze doelgroep zijn perioden waarin de cliënt kan decompenseren (psychotisch kan worden). Er zijn ervaringen opgedaan met beteugelen van mogelijke voortekenen van decompensatie bij een cliënt. Door de cliënt 1-2 dagen intensief via ZoA te begeleiden kon dreigende decompensatie, vaak gepaard gaand met opname, worden voorkomen. Een vermindering van vraag naar zorgpersoneel is voorts mogelijk doordat het team dankzij ZoA van dubbele avondbezetting kan afzien.

Doorbraak bij zorgmijders?

Voor een deel van de cliënten die (tijdelijk) zorg mijden kan ZoA op een of meer manieren extra mogelijkheden bieden om het communicatiekanaal open te houden. In perioden dat cliënten geen persoonlijke ontmoeting wensen of aankunnen, kunnen zij wellicht wel contact onderhouden via beeldbellen of email. Begeleiders moeten die mogelijkheden per cliënt onderzoeken. Hier ligt nog een terrein voor experimenteren open.

Meerwaarde voor begeleiders

De meerwaarde die ZoA biedt aan cliënten, draagt ook bij aan voldoening bij begeleiders. Met genoeg constateren teamleden en begeleiders dat ZoA-scherm mede door internet het leven van cliënten op IJburg verrijkt. Verder heeft ZoA de begeleiders meer mogelijkheden om regelmatig contact met cliënten te leggen, ook als zij een dag in een andere Cordaanregio werken. Elkaar kunnen zien, oogcontact hebben, naar elkaar kunnen zwaaien, maakt voor persoonlijke begeleiders dat contact met cliënten, ook met die van een collega, soepeler en plezieriger verlopen. Cliënten kunnen echt opfleuren van een contactmoment via het scherm, en dat is ook plezierig voor begeleiders. Verschillende begeleiders zien voordelen voor het via ZoA kunnen inschatten van de situatie en stemming van de cliënt, maar er is ook



reserve. “Als ik echt wil weten hoe het met de cliënt is, omdat ik bijvoorbeeld contact wil hebben met de behandelaar, moet ik toch wel langsgaan bij de cliënt. Ik kan niet aan de behandelaar de situatie van de cliënt beschrijven als ik er niet zelf heenga.

Meerwaarde voor naasten

In een aantal gevallen hebben cliënten gemeld dat zij via het ZoA-scherm contact willen met familieleden. Die belangstelling bleek groter dan verwacht, en dat wordt door de begeleiding als positief gezien aangezien cliënten vaak een problematische verhouding hebben met hun familie. Het contact leggen heeft nog niet veel plaatsgevonden, omdat contacten kwetsbaar zijn en snel verstoord kunnen raken. Op grond van ervaring hiermee is besloten om eerst individueel goed te bekijken hoe contact met naasten via ZoA mogelijk is, indien gewenst door de cliënt, en welke begeleiding daar eventueel bij nodig is, en of deze kan worden geboden.

ZoA kan ook al meerwaarde opleveren voor naasten van psychiatrische cliënten, als de naaste weet dat het mede door ZoA beter met de cliënt beter gaat. Als een naaste weet dat de cliënt beter gevolgd kan worden, meer begeleiding krijgt, of zijn dag aangenamer kan besteden, kan dit de naaste gerust stellen. Het is van belang het effect op naasten in de toekomst te volgen

Meerwaarde voor Cordaan

Reeds genoemd is hoe toegenomen lotgenotencontact de zelfredzaamheid kan vergroten. Dat is niet alleen van waarde voor cliënten. Ook kan het de begeleiding effectiever maken, en de arbeidsproductiviteit vergroten. Dit kan tot besparingen voor Cordaan leiden, bijvoorbeeld door het besparen op de avondbezetting en uitsparen van een nachtdienst. Deze efficiencyverbetering heeft zeker ook betekenis tegen de achtergrond van de arbeidsmarktproblematiek.

De meerwaarde van de toepassing ZoA bij GGz-cliënten is ook in dit team te zien bij reflectie die bij de begeleiders op gang is gekomen op hun werkwijze. De begeleiders zijn door ZoA extra tot nadenken en uitproberen aanzet. De bevordert de vakennis. Ook draagt het samen bezig zijn met het experimenteren met ZoA en de onderlinge uitwisseling daarover bij aan teambuilding en collegialiteit. De bereidheid tot innovatie is bij de teammanager en begeleiders ook toegenomen.

Maatschappelijke meerwaarde

De maatschappelijke meerwaarde bestaat en kan bestaan uit het voorkomen van escalaties en daarmee overlast. Vermindering van opnames is ook een kostenbesparing, mede omdat een crisis blijvende schade en achteruitgang van de cliënt (en daarmee ook extra zorg en kosten) teweeg kan brengen. Ook kan geruststelling voor omwonenden een positief maatschappelijk effect zijn. Er is bijomwonenden op IJburg immers weerstand tegen psychiatrische cliënten die zelfstandig wonen. De beschikbaarheid



van ZoA zou bij omwonenden die weerstand kunnen temperen. Indien omwonenden weten dat diënten die zelfstandig beschermd wonen, gemakkelijk toegang hebben tot zorg, en dat hun welbevinden wordt gevolgd via ZoA, zou dat hun angst kunnen wegnemen.

Dit is ook een voordeel voor de woningcorporatie die de woningen beheert, en zorg heeft voor de leefbaarheid.

4.4 Conclusies en aanbevelingen

De introductie van ZoA op IJburg was niet altijd eenvoudig gezien verschillende omstandigheden: een nieuwe locatie met een nieuw team, een reeks opeenvolgende interne veranderingen en het feit dat er grote fysieke nabijheid was tussen diënten en begeleiders.

Niettemin kan worden vastgesteld dat ZoA toegevoegde waarde heeft voor cliënten in psychiatrie en RIBW. ZoA kan een rol spelen in de zelfstandigheidstraining. Het is ook een welkome aanvulling in het spectrum van groepswonen en individueel wonen, begeleiding aan huis, begeleiding op zekere afstand. ZoA biedt extra mogelijkheden om te spelen met afstand en nabijheid (experimenteren, uitproberen), en het communicatiekanaal openhouden .

ZoA en internet biedt cliënten de mogelijkheid voorzichtig aan deel te nemen aan het maatschappelijk leven, ook als cliënten angsten of andere belemmeringen hebben om naar buiten te gaan. Cliënten blijken in ZoA vaak een geschikte manier te zien om contacten te onderhouden met familie of lotgenoten.

ZoA kan ook leiden tot een maatschappelijke besparing. Enerzijds kan het bijdragen aan grotere zelfredzaamheid, en daarmee een meer effectieve begeleiding. Daarnaast is met ZoA minder capaciteit in de avond- en nachtdienst noodzakelijk. Dit zijn belangrijke voordelen tegen de achtergrond van de arbeidsmarktproblematiek. En het biedt ook gunstige mogelijkheden voor de voortzetting en uitbreiding van ZoA in de RIBW bij Cordaan.

Belangrijke lessen zijn:

1. ZoA heeft beperkte kansen op succes als de fysieke afstand tussen cliënt en kantoor/begeleiders gering is; er is dan weinig noodzaak tot/ belang bij gebruik.
2. Beroepskrachten moeten enkele stappen vooruit zijn, voldoende zijn geïnformeerd, om ZoA goed te kunnen introduceren bij cliënten en de cliënten te begeleiden bij het formuleren van hun wensen.
3. Er is nog veel te leren en deskundigheid op te bouwen over de combinaties van de inzet van ZoA bij ziektebeelden en klachten.
4. De onervarenheid van begeleiders leidde aanvankelijk tot weinig initiatief bij het gebruik van ZoA, maar de onbevangenheid biedt ook kansen, er hoeft minder weerstand ten opzichte van ZoA te worden overwonnen.



5. Er is nog veel te leren en deskundigheid op te bouwen over de combinaties van de inzet van ZoA bij ziektebeelden en klachten.

Aanbevelingen:

- Gezien de beleefde meerwaarde van ZoA voor RIBW cliënten verdient deze toepassing van ZoA voortzetting en uitbreiding.
- Het is, met het oog van het realiseren van de vereiste competenties, van belang om ZoA op te nemen in na- en bijscholing; wellicht ook in intervisie.
- Samenwerking en uitwisseling tussen Cordaan en met andere organisaties in het land die ZoA toepassen in de begeleiding van psychiatrische cliënten is van groot belang om meer kennis en deskundigheid op te bouwen met deze doelgroep. Wellicht kan gezamenlijk werken aan concrete zaken van algemeen belang, bijvoorbeeld opleidingspakketten of aan specificaties voor (nieuwe) technologie, helpen om mogelijke beletsels in de sfeer van onderlinge concurrentie te overwinnen.
- In de toekomst gaat op IJburg zowel geestelijke gezondheidszorg als verstandelijk gehandicaptenzorg onder de huidige teammanager vallen. Deze twee sectoren kunnen één en ander van elkaar leren. In beide sectoren is persoonlijke begeleiding belangrijk, maar de begeleidingshouding is verschillend (VGZ eerder beschermend, 'handen uit de mouwen, GGZ eerder terughoudend 'handen op de rug') Ook op het gebied van ZoA is uitwisseling van ervaringskennis tussen de eerste pilots daarom aan te bevelen. Waarschijnlijk leidt het tot aanvullende inzichten, tot verdieping enerzijds en aanscherping en relativering anderzijds.

Om ZoA goed in te voeren is het nodig om rekening te houden met de volgende principes:

- a) Minder denken vanuit de zorg (aanbod) meer vanuit de leefwereld van cliënt
- b) De dagstructuur van cliënten niet verstoren, maar erbij aansluiten en deze versterken
- c) Zorg bieden dicht bij de mensen en tevens op gepaste afstand
- d) Diversiteit, maatwerk: houd rekening met verschillen tussen en binnen groepen, en leer van overeenkomsten
- e) Autonomie: meer zeggenschap en keuze voor cliënten.

De invoering van ZoA werkt als een vergrootglas voorbovenstaande samenhangende vraagstukken, aandachtspunten en ontwikkelingen die al in de zorg spelen. Als ZoA wordt ingevoerd in de GGZ moeten begeleiders om hun cliënten te kunnen begeleiden zich nog meer verdiepen in de leefwereld waarin cliënten willen participeren. Ook is het nodig dat begeleiders zich opnieuw afvragen en in wisselwerking met cliënten uitvinden hoe ze ingang vinden bij deze of gene cliënt, wat (ook via ZoA) de gewenste benaderingswijze en bemoeienis is, wat het geschikte evenwicht is tussen nabijheid en gepaste afstand bij een cliënt, in periodes dat het beter en minder goed gaat met een cliënt. Hoe als



begeleider af te stemmen. Cliënten mogelijkheden aan te reiken, en hen de keuze te laten en toe te zien op het werken aan doelen.

Invoering van ZoA leidt tot herbeschouwing van de begeleiding, door het team, de teammanager en individuele begeleiders. Iedere begeleider gaat zich afvragen, wat hij wel en niet kan (zien) via ZoA en in hoeverre er via ZoA volwaardig contact kan zijn? Doen we als begeleiders via ZoA en op andere manieren wel het maximale of optimale om cliënten te bereiken, te activeren, te ondersteunen, te betrekken, te signaleren, isolement te doorbreken en vooruitgang te bevorderen? Wat is voor deze en die cliënt de beste manier om vorm te geven aan autonomie en het gewenste evenwicht tussen afstand en nabijheid? Hoe kan ZoA daar precies bij worden ingezet? Welke mogelijkheden en risico's heeft ZoA juist voor de sector GGZ.?

De invoering van ZoA in de GGZ roept vragen op hoe Cordaan zich positioneert tegenover cliënten, begeleiders en in de zorg. Streeft Cordaan ernaar minder cliënten in tehuizen en groepswoningen en meer zelfstandig wonenden, of streeft Cordaan naar een toename van psychiatrische cliënten. Of streeft Cordaan naar meer en snellere vooruitgang bij zorgmijdende cliënten?

Wil Cordaan zich positioneren in de GGZ, als innovatief, kwaliteitsverbeteraar, als partner of bruggebouwer in de buurt (op IJburg), als investeerder, als bespaarder of efficiënte zorgverlener of als maatschappelijk verantwoordelijke partij?



5 Zorg op afstand in thuiszorg aan Surinaamse ouderen

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe zorg op afstand experimenteel is ingevoerd in de thuiszorg aan Surinaamse ouderen. In de eerste paragraaf wordt eerst omschreven hoe de thuiszorg aan ouderen eruit ziet en is georganiseerd bij Cordaan. De tweede paragraaf geeft een korte beschrijving van de doelgroep Surinaamse ouderen. De derde paragraaf beschrijft de invoering van Zorg op afstand bij Surinaamse ouderen. Paragraaf 4 gaat in op de effecten van Zorg op afstand bij Surinaamse cliënten voor de cliënten zelf en voor allerlei andere betrokkenen, en wat er geleerd is in het experiment. Paragraaf 5 trekt conclusies en blikt vooruit op voorzetting en uitbreiding van Zorg op afstand voor deze doelgroepen bij Cordaan

5.1 Thuiszorg aan ouderen

Cordaan thuiszorg, voor de fusie met Cordaan Amsterdam Thuiszorg, levert aan ouderen onder meer verpleging, verzorging en begeleiding aan huis en huishoudelijk werk. Cordaan Thuiszorg biedt zorg bij cliënten thuis. Bijvoorbeeld verpleegkundige hulp bij ziekte of verzorging na een ziekenhuisopname. Ook ondersteunt Cordaan cliënten wanneer ze moeite krijgen bij het uitvoeren van de dagelijkse huishoudelijke taken. Cordaan Thuiszorg gaat uit van de vraag van de cliënt. De zelfstandigheid van de cliënt staat hierbij voorop. Cordaan Thuiszorg vult aan waar de cliënt ondersteuning nodig heeft. De afspraken over deze ondersteuning staan in de zorgovereenkomst die cliënt en Cordaan samen opstellen. Bij Cordaan Thuiszorg heeft de cliënt een vaste contactpersoon.

Bij **verpleging thuis** komt de wijkverpleegkundige bij de oudere thuis als deze verpleging nodig heeft. Dit kan zijn na een ongeval of bij een ernstige ziekte. De wijkverpleegkundige helpt de cliënt bijvoorbeeld bij het verzorgen van wonden en het toedienen van medicijnen. Bij **Verzorging thuis** assisteren de verzorgenden van Cordaan Thuiszorg de cliënt en geven ze verzorging op maat. Hierbij kan worden gedacht aan ondersteuning bij lichamelijke verzorging. Bijvoorbeeld hulp bij wassen, het aan- en uitkleden, hulp bij eten en drinken of bij het innemen van medicatie. Cliënten kunnen voor **Begeleiding thuis** bij Cordaan Thuiszorg terecht als ze behoefte hebben aan individuele begeleiding, bij het omgaan met psychiatrische problemen, of als ze een zware periode achter de rug hebben en langzaam de regie weer over hun leven terug proberen te krijgen. Cordaan Thuiszorg kan cliënten helpen bij hun **huishouden** als ze een dagje ouder worden en slecht ter been zijn, als ze chronisch ziek zijn of te maken hebben met een lichamelijke beperking. Dan kan Cordaan Thuiszorg de huishoudelijke taken kortere of langere tijd van de cliënt overnemen. Onder huishoudelijk werk verstaat Cordaan het huis schoonhouden, kleding en linnengoed wassen en hulp bij boodschappen doen. Voor al deze vormen van thuiszorg is een AWBZ-indicatie nodig.



Ondersteuning aan mantelzorgers wordt geboden door Markant dat onderdeel is van Cordaan Thuiszorg. Markant biedt mantelzorgers ondersteuning om de zorg te bieden die ze het liefst zelf geven. Mantelzorgers kunnen bij Markant terecht voor informatie en advies, cursussen, voorlichting en lotgenotencontactgroepen, maar ook voor de inzet van vrijwilligers die hun zorgtaak tijdelijk kunnen overnemen. Iemand is mantelzorger als hij/zij langdurig onbetaald zorg verleent aan een naaste met een chronische ziekte of handicap. Een mantelzorger helpt zijn/haar naaste praktisch en emotioneel. Deze taak van een mantelzorger is zwaar en van onschatbare waarde. Markant biedt ook palliatieve zorg. Ongeneeslijk zieken en hun naasten kunnen er terecht voor informatie, emotionele en praktische ondersteuning, het inzetten van een vrijwilliger en nazorg. De mantelzorgmakelaars van Markant kunnen regeltaken van mantelzorgers overnemen, zoals het aanvragen van een PGB, een parkeervergunning of aanpassing van de woning. Zij houden spreekuur in de Loketten Zorg en Samenleven van Osdorp, Slotervaart, Westerpark en Zuidoost.³¹

6 Kerngegevens Cordaan Thuiszorg³²

Kerngegevens Cordaan Thuiszorg	Aantal/bedrag
Cliënten	Aantal per einde 2009
Aantal diënten met zorg zonder verblijf (exclusief dagactiviteiten en WMO)	4.685
Productie	Aantal
Uren huishoudelijke verzorging	1.060.417
Uren alfazorg	299.555
Uren persoonlijke verzorging	.
Uren verpleging	175962
Uren overige zorg	137.177
Personeel	Aantal
Aantal fte medewerkers	1.432
Aantal fte uitvoerende medewerkers	1.007
Aantal alfahulpen	1.532
Bedrijfsopbrengsten	Euro's
Totaal bedrijfsopbrengsten in 2009	87.270.442
<i>Waarvan wettelijk budget voor aanvaardbare kosten</i>	51.261.458
<i>Waarvan overige bedrijfsopbrengsten</i>	36.008.983

³¹ Website Cordaan

³² Bron: Jaardocument Cordaangroep 2009: (2010: 25)



Cordaan Thuiszorg

Cordaan Thuiszorg werkt samen met huisartsen en ziekenhuizen in Amsterdam en Zaanstad. Deze programma's richten zich o.a. op longziekten, diabetes, reuma, CVA, wonden, oncologie en gezondheidsvoorlichting. Biet genoemd maar wel van toepassing: dementie.³³

5.2 Surinaamse ouderen in Amsterdam

Van het Cordaan-project gericht op bijzondere doelgroepen beschouwde het Transitieprogramma in de langdurende zorg (TPLZ) allochtone ouderen als interessantste doelgroep. Daarom zou volgens het oorspronkelijke projectplan de doelgroep Surinaamse ouderen de tweede doelgroep zijn waarbij ZoA zou worden ingevoerd. Dat om andere redenen de pilot in de GGZ tweede is genomen (namelijk vanwege de mogelijkheid om daar in nieuwe woningen met een nieuw team ZoA te kunnen invoeren), doet niets af aan de landelijke belangstelling voor allochtone groepen. Binnen de groep allochtone ouderen is onderscheid gemaakt tussen wel en niet Nederlands sprekende groepen. Omdat taal naast cultuur nog een extra dimensie verleent aan zorg op afstand, is dit moeilijker vorm te geven. Gekozen is dan ook om eerst ervaring op te doen met Surinaamse ouderen voordat niet Nederlands sprekende groepen betrokken worden.

In Amsterdam woonden op 1 januari 2008 10.453 Surinamers in de leeftijd van 55 – 85 jaar en ouder.³⁴ De Surinaamse bevolking van Amsterdam is etnisch divers samengesteld. De grootste groepen zijn de Creolen, Hindoestanen en Javanen. In kleinere aantallen zijn er Chinezen, Indianen en Boslandcreolen. De officiële voertaal onder de Surinamers is Nederlands, daarnaast spreekt het grootste deel van de bevolking Sranangtongo. Onderzoeken tonen aan dat Surinaamse ouderen net als andere niet-westerse allochtonen nog weinig gebruik maken van zorgvoorzieningen.³⁵

Surinamers lijden relatief veel aan chronische aandoeningen als hart- en vaatziekten (hoge bloeddruk) en diabetes. Van Surinamers/Antillianen (met name de Hindoestaanse Surinamers) van boven de 60 jaar heeft 37% diabetes, zowel mannen als vrouwen. Een groot aantal Surinaamse mantelzorgers heeft de zorg voor een inwonende ouder. Daarnaast kent de Surinaamse gemeenschap een actief verenigingsleven en actief religieus leven. Een groot deel van de ouderen heeft geen volledig pensioen vanwege de late leeftijd dat ze naar Nederland gekomen zijn. Schaamte en het niet als lastig ervaren willen worden, maakt dat veel ouderen niet of nauwelijks een beroep doen op andere voor hen belangrijke voorzieningen. De armoede onder deze groep is dan ook heel groot.

³³ Jaardocument Cordaangroep 2009 (2010: 27)

³⁴ Bron: O+S

³⁵ Plan van aanpak Surinaamse ouderen, A. Abendanon (2009)



Bij de ouderen in de Surinaamse doelgroep gaat het volgens de zorgregisseur van het bij de pilot betrokken team bij de nu geboden zorg vooral om fysieke zorg. Bijvoorbeeld hulp bij douchen of het aan en uittrekken van steunkousen. De vraag om zorg is in deze doelgroep niet heel uitgebreid, omdat er door de klant een groot beroep wordt gedaan op de mantelzorg. Cordaan biedt daarin ook begeleiding en ondersteuning van de mantelzorg. Verpleging en verzorging wordt geleverd vanuit AWBZ-indicaties.

5.3 Invoering van Zorg op afstand bij ouderen van Surinaamse afkomst

7 Tijdlijn

December 2008	Start ZoA werkgroep Surinaamse ouderen onder leiding van voorzitter
Februari 2009	Plan van aanpak doelgroep Surinaamse ouderen.
Augustus 2009	Voorzitter van werkgroep Surinaamse ouderen is te druk en wordt vervangen door beleidsmedewerker Amsterdam thuiszorg die al in projectgroep zat
November 2009	Gesprek over medewerking met thuiszorg in zuid oost loopt moeizaam
Januari 2010	Start betrokkenheid teammanager thuiszorg Zuidoost. Verzorgende uit thuiszorgteam wordt aangesteld om ZoA in team met de cliënten van de grond te krijgen. Men is bezig met cliënten zoeken. Team ligt iets achter op schema
Maart-april 2010	6 cliënten aangesloten, familie wil viewers Tweede werkgroepvoorzitter vertrekt bij Cordaan en wordt vervangen door oorspronkelijke voorzitter
31 augustus 2010	Team houdt workshop over doelen van ZoA met onderzoeker
2 sept 2010	Kick off feestje van ZoA bij Surinaamse ouderen in de Drecht
November	Stuurgroep wil met ZoA doorgaan bij deze doelgroep.
December	ZoA-trekker in het team ontdekt dat familie die viewers hebben aangevraagd deze zelf moeten en kunnen installeren maar er niet toe komen.

Beschrijving

Bij aanvang van het project in december 2008 is een beleidsmedewerkster van Surinaamse afkomst gevraagd zitting te nemen in de projectgroep. Deze functionaris wordt daarmee in het project voorzitter van de werkgroep die ZoA experimenteel zal invoeren bij Surinaamse ouderen in Amsterdam Zuid-Oost. Februari 2009 verschijnt van de werkgroep Surinaamse ouderen het plan van aanpak, ofwel een deelprojectplan voor deze doelgroep. In dit plan staat behalve een beschrijving van de doelgroep, een visie op mogelijke toepassingen van ZOA voor deze doelgroep.

De kansen voor Zorg Op Afstand ziet de werkgroep op de volgende gebieden:

- *Ontspanning en service*
- *Voorkomen dat ouderen sociaal geïsoleerd raken*



- *Welzijn, contact met familie en vrienden*
- *Preventie (voorlichting omgaan met diabetes en gezonde voeding)*
- *Medisch/psychologisch consult (huisarts, fysiotherapie, GGZ)*



Het plan van aanpak onderscheidt de volgende functies van werken met Zorg op Afstand

Welzijn, contact met familie, vrienden en/of Mantelzorg

Beeldcommunicatie in plaats van, of naast het normale ontmoeten en telefoneren. De noodzaak tot sociale communicatie via beeld kan zijn doordat de cliënt niet meer zo mobiel is en dreigt in een sociaal isolement te komen. In dit geval kan men denken aan contact met vrienden vanuit de vereniging die misschien zelf niet meer zo mobiel zijn, de dominee/pater, het volgen van de wekelijkse mis, doorgeven van boodschappen die nodig zijn enz.

Preventie

Voor cliënten zonder dagelijks netwerk of van wie de mantelzorg wat verder weg woont. Begeleiders kunnen via het ZoA-schermbild (beeld en geluid) checken of de medicatie is ingenomen en of de cliënt al heeft gegeten. Met videoverbinding kan begeleiding toezicht en ondersteuning bieden aan cliënten die zichzelf wel insuline kunnen toedienen en die enigszins twijfelen over de volgorde of wijze van innemen. Ook voor cliënten die licht vergeetachtig zijn en zichzelf zouden kunnen verwaarlozen. Cliënten kunnen dieetvraagstukken voorleggen zodat de kans op hersenbloedingen minder wordt.

Begeleiding

Cliënten via ZoA ondersteuning bieden bij het structureren van de dag door op vaste tijden een activiteit aan te bieden waar op dat moment meerdere personen aan deel kunnen nemen bv onder leiding van een (oefen) therapeut. Ook kan de begeleiding via ZoA de cliënt eraan herinneren naar het toilet te gaan om zo vervuiling tegen te gaan, of dagelijks contact zoeken met de cliënt om het welzijn van een alleenstaande oudere te vergroten.

(Para)Medisch/psychologisch consult

Binnen de Surinaamse gemeenschap komen veel chronische ziekten voor zoals hoge bloeddruk en diabetes mellitus. Dit vraagt om regelmatig consult bij de huisarts, af advies van een diëtist. Daarnaast kan de cliënt ook voor minder spoedeisende hulpvragen de arts raadplegen. Cliënten met een depressiebeeld kunnen tijdig een psycholoog of andere hulpverlening raadplegen.

Doelgroep en diëntprofiel

Het idee in het plan van aanpak is om per etnische subgroep 5 cliënten aan te sluiten. Het gaat om de volgende subgroepen:

- 5 Creoolse Surinamers
- 5 Hindoestaanse Surinamers
- 5 Javaanse Surinamers
- 5 Indianen e/o Boslandcreolen

Verder meldt het plan van aanpak:

Bij de informatie en werving zullen cliënten in kleine groepen geïnformeerd worden. Tijdens een informeel gesprek wordt gepeild of de doelgroep al affiniteit met beeld heeft. Regelmatig televisie kijken en de afstandsbediening gebruiken zijn al genoeg om mee te doen aan het ZoA-project. Als de interesse gewekt is, zal de klantvraag via interactieve voorbeelden naar boven gehaald worden. Ofwel, cliënten krijgen voorbeelden van toepassingen te zien, en formuleren in reactie daarop wat hun wens is voor ZoA. Nagegaan wordt hoe de cliënt, maar ook de familie, vrienden en kennissen met elkaar willen communiceren via beeld.



Na het verschijnen van het plan van aanpak in februari komt de projectgroep bestaande uit de voorzitters van de werkgroepen van alle doelgroepen in het experiment elke 6-8 weken bijeen. Augustus 2009 treedt de Surinaamse voorzitter van de werkgroep terug, door haar nieuwe werkzaamheden heeft ze geen contact en toegang meer tot thuiszorgteams. De voorzitter wordt opgevolgd door een autochtone beleidsmedewerker thuiszorg die al lid was van de projectgroep, en wel toegang heeft tot thuiszorgteams. De oude werkgroepvoorzitter blijft wel betrokken als adviseur. De werkgroep bereidt de experimentele uitvoering van ZOA bij Surinaamse ouderen verder voor. De projectleiding heeft contact met teammanagers thuiszorg uit Amsterdam Zuidoost. Het overleg verloopt moeizaam, waarschijnlijk mede door drukte bij Thuiszorg, en het feit dat deze tak in fusie met/overname door Cordaan verkeert en een ongunstige financiële situatie kent. De teams in de thuiszorg worden hierdoor sterk beoordeeld op efficiency.

In januari 2010 is een teammanager van Cordaan Thuiszorg in Zuid Oost bereid gevonden mee te werken aan experimentele invoering van ZoA bij Surinaamse ouderen in haar Thuiszorgteams. De teammanager wil meewerken aan de experimentele invoering van ZoA, maar heeft geen tijd beschikbaar om de werkgroep Surinaamse ouderen voor te zitten. Het team is sterk belast en heeft ook te veel cliënten per zorgregisseur. De werkgroep Surinaamse ouderen blijft dus geleid worden door iemand van buiten het team. In januari is ook voor 12 uur per week een ZoA-kracht aangesteld voor ondersteuning bij de aansluitingen. Het gaat hier om een verzorgende uit het thuiszorgteam van Surinaamse afkomst met veel technische belangstelling en vaardigheden inzake computers. De ZoA-kracht volgt een dag scholing bij PAL4, en heeft daarmee in combinatie met zijn ervaring met websites bouwen, voldoende zicht op de wijze waarop een ZoA wordt ingericht om er zelf mee verder te kunnen.

In januari 2010 woont de onderzoeker een werkoverleg bij met de werkgroepvoorzitter, de Bij de ouderen in de Surinaamse doelgroep gaat het volgens de zorgregisseur van het bij de pilot betrokken team bij de nu geboden zorg vooral om fysieke zorg. Bijvoorbeeld hulp bij douchen of het aan en uittrekken van steunkousen. De vraag om zorg is in deze doelgroep niet heel uitgebreid, omdat er door de klant een groot beroep wordt gedaan op de mantelzorg. Cordaan biedt daarin ook begeleiding en ondersteuning van de mantelzorg. Verpleging en verzorging wordt geleverd vanuit AWBZ-indicaties. ondersteuner en een zorgregisseur. Men probeert tot een selectie van cliënten te komen. Op dat moment passeren veel Hindoestaanse namen. Het idee leeft dan nog om te zorgen over een verdeling van de deelnemers over de verschillende Surinaamse etnische subgroepen, om kennis over diversiteit op te doen. Het beeld dat het team heeft is dat Hindoestanen in het algemeen verzorgd willen worden en veel zorg vragen en dat creolen zo veel mogelijk zelfstandig willen zijn en meer mantelzorg hebben. Nagegaan wordt bij de bespreking van de cliënten welke meerwaarde ZoA zou kunnen hebben. Ook wordt besproken of er op dat moment bij specifieke cliënten aan huis zorg wordt geboden die ten dele door ZoA vervangen zou kunnen worden. Wat opvalt is dat er veel cliënten zijn die veelvuldig, soms meermalen per dag zorg aan huis ontvangen en dat die zorg veel betrekking heeft op lichamelijke



verrichtingen waarbij nabijheid nodig is. Op het eerste gezicht is het niet eenvoudig een goede selectie te maken van cliënten met verschillende etnische achtergronden en verschillende mogelijke toegevoegde waarde van ZoA. Overwogen wordt ook andere Cordaanlocaties bij het experiment te betrekken. De Drecht wordt een centrum voor woon-service wijk voor het omliggende gebied. Gezocht wordt naar cliënten die ook niet-fysieke zorg krijgen. De verzorgende heeft een gedegen kennis van de behoeften, wensen en leefwereld van cliënten. Als idee wordt geopperd het ZoA-scherm te gebruiken om (nieuwe) verzorgers aan cliënten te tonen voordat zij aan huis komen. Dit stelt de ouderen gerust en werkt drempelverlagend naar zorgverleners en de zorg. Een smoelenboek met foto's van alle verzorgers is ook een idee. Ook wordt gedacht aan een spreekuur via het ZoA-scherm, dat kan worden georganiseerd met de 4 uur extra per maand die het team per aangesloten cliënt mag besteden.

In de Drecht zou ZoA ook kunnen worden ingezet bij cliënten aan wie al langere tijd ongemerkt meer zorg was verleend dan voorgeschreven op basis van hun indicatie. De inzet van ZoA zou ervoor kunnen zorgen dat de zorg kan worden afgebouwd naar het voorgeschreven niveau zonder dat cliënten hi ervan veel hinder ondervinden. Met gebruik van het ZoA-scherm zouden de vragen die cliënten gewend waren te kunnen stellen op efficiëntere wijze kunnen worden beantwoord.

Besloten wordt om het experiment uit te breiden naar meer locaties in Zuid Oost, Gaasperdam en de Drecht om voldoende Surinaamse ouderen te vinden. Ook wordt besloten om een evenredige deelname van de verschillende Surinaamse subgroepen los te laten. Het werd te ingewikkeld en niet meer werkbaar. In januari worden met medewerking van de voormalige (Surinaamse) werkgroepvoorzitter, de adviseur, creoolse cliënten geworven. In reactie op geluiden van de ZoA-trekker, dat veel familieleden een viewer willen, besluit de stuurgroep om meer viewers beschikbaar te stellen.

Half maart is bekend dat de autochtone werkgroepvoorzitter weggaat bij Cordaan en dat ze per april wordt opgevolgd door voormalige werkgroepvoorzitter van Surinaamse afkomst. In die tijd wordt ook geconstateerd dat de ZoA-ondersteuner dag en nacht werkt aan 'content', ofwel aan de inhoud van het scherm. Hij ontdekt dat de mantelzorg een grote rol speelt en een succesfactor is. In april zijn de eerste aansluitingen een feit.

Vanaf april wordt de werkgroep Surinaamse ouderen weer geleid door de Surinaamse oud-voorzitter, die wat meer tijd heeft gekregen, maar nog altijd geen directe toegang heeft tot thuiszorgteams. Idealiter is de leider van een werkgroep tevens manager van het team waar ZoA wordt ingevoerd, zoals in de pilots in de verstandelijkgehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg, maar bij de Surinaamse doelgroep is dat niet het geval. Hoewel er goede redenen waren om niet iemand uit het thuiszorgteam met het voorzitterschap van de werkgroep te belasten (het team was immers al sterk belast), heeft het ook grote nadelen, die in de loop van de experimentele invoering aan het licht komen. Het team is minder op de hoogte en minder betrokken dan het ook zelf wenselijk vindt.



Vervolgens gaat de ZoA kracht verder aan de slag met het vullen van het scherm met interessante en aantrekkelijke inhoud afgestemd op de doelgroep. Het thuiszorgteam heeft moeite om te volgen en begrijpen waar de ZoA-trekker mee bezig is, en gaat er niet echt in mee.

Bij het nadenken over de invulling van ZoA, gaat het team uit van de huidige thuiszorgcliënten van Cordaan en de huidige zorg die Cordaan Thuiszorg verleent. De teamleden willen ZoA gaan inpassen bij huidige cliënten in de huidige zorg van Cordaan: de zelfde zorg verlenen maar dan via een ZoA-scherm. Er blijken echter relatief weinig Surinaamse AWBZ-diënten te zijn bij het team (ondervertegenwoordigd ten opzichte van de populatie in Zuid Oost), en de zorg die huidige cliënten ontvangen is: ofwel weinig geschikt voor ZoA (veel fysieke zorg zoals kousen aantrekken e.d., die je niet kunt verlenen via ZoA) of weinig specifiek Surinaams. De projectleiding die conform het projectplan en –doel vooral meer over Surinaamse ouderen te weten wil komen voert voorjaar en zomer 2010 verschillende gesprekken, dan weer met de werkgroep Surinaamse ouderen en dan weer met mensen uit het thuiszorgteam. Van belang is dat het team niet alleen vanuit de bestaande Surinaamse AWBZ-diënten en de huidige thuiszorg denkt, maar dat blijkt erg lastig.

doelenworkshop

Op 31 augustus 2010 vindt een zogeheten doelenworkshop plaats met mensen uit het thuiszorgteam en enkele andere geïnteresseerden. Bij de bijeenkomst is de werkgroepvoorzitter aanwezig, de teammanager thuiszorg, en de zorgregisseurs thuiszorg van Holendrecht, Gein (geen deel van de pilot) en Reigersbos, en twee ziekenverzorgenden uit Reigersbos van wie één de ZoA-ondersteuner is. De onderzoeker geeft eerst een korte inleiding over het experiment ZoA en het onderzoek. Dit omdat er ook enkele niet-betrokkenen, geïnteresseerden van buiten het team aanwezig zijn. Dan wordt er eerst gebrainstormd over de doelgroep en selectie van diënten.

De doelgroep van Surinaamse ouderen die in aanmerking komt voor ZoA is moeilijk te vinden in het cliëntenbestand van Cordaan, zo brengt het team naar voren. De Surinaamse cliënten met AWBZ-indicatie verpleging of verzorging worden veelal minder geschikt geacht voor ZoA (omdat zij vooral fysieke zorg nodig zouden hebben). Bovendien vormen Surinaamse cliënten een kwetsbare groep. Daarnaast blijkt het cliëntenbestand van Cordaan Thuiszorg in Amsterdam Zuidoost in meerderheid autochtoon. (Surinaamse ouderen uit Zuidoost zijn inderdaad ondervertegenwoordigd onder de AWBZ-clieënten van Cordaan, maar zijn ruimer vertegenwoordigd onder WMO-clieënten (dagbesteding). Deze ondervertegenwoordiging in de AWBZ komt doordat allochtone cliënten in het algemeen, en Surinamers in het bijzonder, veel gebruik maken van mantelzorg, of van speciale Surinaamse thuiszorgorganisaties als Fase 2. Ook zou een deel van de Surinaamse klanten uit onvrede bij Cordaan zijn vertrokken. Om al deze redenen was het is moeilijk om in het Cordaanbestand 20 geschikte Surinaamse deelnemers te vinden.

Terwijl het team in eerste instantie vooral dacht vanuit bestaande cliënten en de zorg die nu wordt geleverd, is in tweede instantie het team meer bereid geworden om over de invulling van ZoA na te denken vanuit de doelgroep Surinaamse ouderen, vanuit hun behoeften en maatschappelijke



problematiek. Surinaamse ouderen hebben vooral behoeften op het gebied van welzijn: ze willen deelnemen aan voorzieningen, en deel uitmaken van een sociaal netwerk. Ze luisteren graag naar kerkdiensten en naar de Surinaamse radio. Ze willen deel uitmaken van een gemeenschap. Die behoefte wordt nu bij hen te weinig vervuld. De heimweeproblemen waarmee Surinaamse ouderen kampen als gevolg van migratie worden nu pas erkend. Ook willen ze graag contact met hun familie/mantelzorgers. Als men uitgaat van de behoeften van de doelgroep en niet van Cordaans aanbod, dan zou Cordaan zich met ZoA moeten richten op welzijn, voorzieningen, maatschappelijke deelname en op contacten met hun familie, dus meer op welzijn, dan op zorg. Cordaan kan bij de inrichting van ZOA de rol van poortwachter/regisseur op zich nemen. Verder hebben Surinaamse ouderen te kampen met problemen van overbelaste verwanten (mantelzorgers). Deze problematiek is algemeen bij Surinaamse ouderen. Ouderen doen veel beroep op hun familie, en zijn geneigd zorg te mijden, met als gevolg dat ze te laat in de zorg komen, nadat ze meer zorg van hun familie hebben gevraagd dan die kon leveren..

Er blijven in het team vragen en twijfels leven over het doel van ZoA voor Cordaan:

- Welke niet-fysieke behoeften zijn er voor de Surinaamse cliënten?
- Een cliënt met ZoA structuur bieden, dat is toch geen zorg bieden?
- Wat is de meerwaarde van ZoA voor Surinaamse cliënten?
- Als welzijn toeneemt, neemt dan de vraag naar zorg af? (Nadeel voor Cordaan)
- Als de baten en tijdwinst niet primair ten goede komen aan Cordaan, waarom wil Cordaan zich dan met ZoA bezighouden bij Surinaamse ouderen? Wil Cordaan markt winnen met Cordaan?

De voorzitter van de werkgroep ziet ZoA als mogelijk marketinginstrument waarmee Cordaan Surinaamse ouderen (terug) kan winnen van particuliere bureaus en mantelzorgers.

Naar voren komen een aantal verschillen en spanningen tussen de uitgangspunten van de pilot en die van het thuiszorgteam. Het team ervaart de voorwaarden die aan het project en de doelgroep zijn verbonden als belemmerend.

- Terwijl de pilot speciaal gericht is op de doelgroep Surinaamse ouderen, is het voor de teammanager en zorgregisseur zeer ongewoon alleen naar Surinamers, een minderheid van hun cliënten, te kijken.
- Toen het team door de projectleiding werd voorgelicht over mogelijke voordelen van ZoA, hadden ze begrepen dat ze op zoek moesten naar medische toepassingen omdat daar de grote besparingen te behalen waren. Hierdoor waren ze gestimuleerd te redeneren vanuit Cordaan(s aanbod) en niet vanuit de doelgroep.
- De ZoA-ondersteuner had cliënten en hun familie echter enthousiast gemaakt met het vooruitzicht op een viewer. In de projectopzet waren per doelgroep drie viewers voor mantelzorgers opgenomen en zouden extra mantelzorgers 150 euro per aansluiting moeten betalen voor een viewer.



- Het project was gericht op Surinaamse AWBZ-clienten van Cordaan, maar er was enthousiasme onder mensen die WMO-indicatie hadden, of geen indicatie of ze waren geen cliënt van Cordaan.

Complicaties bij project zijn volgens de teammanager de lange aanlooptijd, veel technische tegenslag, wijzigingen in het team en de richting van het experiment, en het vooraf ontbreken van een heldere visie/doelstelling. De bedoeling was echter dat zij mee de visie zouden gaan ontwikkelen en ontdekken. Maar de omstandigheden waren daar onvoldoende gunstige voor. De aandacht van het team ging uit naar alle cliënten en de meerderheid van hun cliënten, het project vroeg aandacht voor een minderheid. Het team richt zich op het efficiënt en gepland verlenen van zorg, op een doelgerichte vaste wijze. Het project vroeg van hen zoekend en experimenterend te werken, niet gericht op de zorg die ze al verlenen, of efficiency en rentabiliteit op korte termijn maar op de het welzijn en de leefwereld van cliënten en nog-niet-clianten.

concluderend

Voor integratie van ZoA in de zorg, in het werk van Cordaan thuiszorg is nog meer tijd nodig, een langere experimentperiode. Ook is een betere personele inbedding en, of in ieder geval een betere informatie-uitwisseling van belang. Hoe de pilot tot nu toe is gelopen kan positief worden gezien vanwege de relevante vragen en overdenkingen die het heeft opgeleverd. Het zoekende verloop van een experimentele invoering is niet alleen veelvoorkomend, maar ook onvermijdelijk.

Het verloop dat optreedt bij de invoering van ZoA bij verschillende doelgroepen en teams kent verschillende fasen. Bij de invoering van ZoA gaat een team in een eerste fase eerst beter kijken naar de doelgroep. Vervolgens wordt er opnieuw gekeken naar het zorgproces en het personeel. Tussen die verschillende betrokkenen en aspecten wordt vervolgens heen en weer gedacht. De invoering van ZoA bij Surinaamse ouderen heeft in korte tijd dit proces in een notendop laten zien.

De invoering van ZoA is een sector, vraagt om het opnieuw uitvinden van de zorg. De zorg moet op maat, vanuit de vragen niet vanuit het aanbod worden ontwikkeld, de dagstructuur van cliënten respecteren en versterken en niet verstoren. Clienten worden autonomer, worden primair mensen en geen zorgconsumenten. Juist in zijn moeizaamheid toont het experiment bij de doelgroep Surinamers door een thuiszorgteam welke stappen en haken en ogen er met een dergelijk vernieuwingsproces verbonden zijn. Het project vraagt dat Cordaan zich positioneert tegenover cliënten die het nog weinig heeft en op een nieuwe manier ten opzichte van personeel, meer luisteren naar de werkvloer. En het vraagt een nieuwe profilering in de zorg: waarbij het onderscheid tussen zorg en welzijn wordt overwonnen. Al met al een spannend proces voor een team en beroepskrachten in overlevingsmodus.



5.4 De effecten en meerwaarde van zorg op afstand bij Surinaamse ouderen

Wat zijn de effecten en in het bijzonder wat is de meerwaarde van de inzet van Zorg op afstand bij Surinaamse ouderen voor de cliënten zelf en voor hun naasten, begeleiders, Cordaan en de rest van de samenleving? Daarover gaat deze paragraaf.

Effecten voor cliënten

Er zijn veel positieve effecten van ZoA voor allerlei cliënten. Zo is er mevrouw B die niet meer klaagt over eenzaamheid, en mevrouw O die niet meer piekert sinds de ZoA-kracht Gospel voor haar heeft verzorgd op het ZoA-scherm. Mevr P. raadpleegt veelvuldig gezondheidsinformatie via het scherm. Echtpaar G speelt veel spelletjes, de radio van pal4 staat er aan en mevrouw is levendiger en blijer. Ook een tweede mevrouw P, een voormalige lerares zoekt veel informatie op. Een ander effect is verder dat het ZoA scherm eraan bijdraagt dat kinderen en kleinkinderen langer bij hun (groot)ouders blijven, het scherm verbindt. Ze kunnen samen een spel spelen of iets opzoeken.

Het ZoA scherm draagt dus bij aan de activering van Surinaamse cliënten. Cliënten participeren mee, worden actiever en voelen zich opgewekter.

Met het scherm kunnen cliënten zich beter informeren, zijn ze beter op de hoogte van informatie die belangrijk is voor ouderen. Over bepaalde veelvoorkomende ouderdomsklachten verschaft het ZoA-scherm achtergrondinformatie en tips. Het kan gaan om informatie en tips over incontinentie, een staar- of heupoperatie, geheugentraining etc. Het scherm bevat een mix van informatie en entertainment, aansprekende muziek (bijv van Surinaamse sterren uit de jeugd van de ouderen) en informatie, en Surinaamse radio. De aangeboden inhoud van het scherm wisselt met de seizoenen en actualiteit (tips over hoe om te gaan met hitte of juist met gladheid), en varieert van cliënt tot cliënt. Omdat de ZoA-ondersteuner hier zelf handig is op ICT gebied, kon hij vooruit met de instructie van PAL4, en zelf de schermen van zijn cliënten op maat maken en regelmatig veranderen. Een klacht in andere teams dat individueel maatwerk arbeidsintensief dus duur was, lijkt hier niet op te gaan. Door het enthousiasme van de medewerker, zijn technische inzicht en cliëntgerichtheid, is met de Surinaamse doelgroep vergaand geëxperimenteerd met het verrijken van de scherminhoud passend bij de wensen en behoeften van de cliënt.

Het scherm is bij deze doelgroep echter nog nauwelijks geïntegreerd in de zorg. (Dat heeft verschillende redenen: er is gekozen om het ZoA-scherm in te richten vertrekkend vanuit welzijn, ongeplande zorg is niet eigen aan thuiszorg, er was geen georganiseerde samenwerking tussen werkgroep en team, en de aandacht in deze pilot hier meer andere aspecten uitgegaan). Er is hier in het team een slag gemaakt van zorg naar welzijn, van aanbod naar vraag. De behoeften van cliënten zijn centraal gesteld en toen is gekeken hoe Cordaan het instrument zou kunnen inzetten om de behoeften van cliënten beter te vervullen.



Ontdekt is dat het ZoA-scherm kan worden gebruikt om cliënten een meer aangename dagbesteding te bieden, en om hen aansluiting te geven bij het openbare leven in Zuid Oost of in de Surinaamse groep, om hun welzijn te verbeteren.

Voorbeelden van meerwaarde:

- Actievere cliënten
- Toename welbevinden
- Ervaren minder eenzaamheid
- Minder verschillende verzorgenden over de vloer (nog niet in de praktijk)

Effecten en meerwaarde voor naasten

De periode dat Surinaamse cliënten zijn aangesloten is tot eind 2010 te kort gebleken om de vele naasten met belangstelling voor videocommunicatie met hun verwant aangesloten te krijgen. Doordat de ZoA-kracht zelf ook een viewer had aangevraagd zijn er wel verschillende ontdekkingen gedaan. De ZoA-kracht heeft zelf ervaren hoe de aansluiting verliep, dat was namelijk op afstand. De ZoA-kracht die voor thuis een viewer had aangevraagd kreeg per email een stukje software opgestuurd waarmee hij zelf de viewer kon installeren. Voorwaarde voor zo'n aansluiting is dat een naaste thuis een internetverbinding en een webcam moet hebben of aanschaffen.

De ZoA-kracht heeft gehoord dat PAL4 de software wel aan naasten heeft opgestuurd, maar familie heeft dit niet opgemerkt, niet begrepen of nog niet geïnstalleerd. Alle betrokkenen moeten een drempel over als zij gaan werken met ZoA, zo is de ervaring. Naasten ZoA laten installeren en in gebruik laten nemen en ZoA zodanig laten gebruiken dat de cliënt er iets aan heeft, blijkt extra begeleiding te vergen. De invoering van ZoA bij mantelzorgers, en het betrekken van naasten bij de invulling van het ZoA-scherm voor hun familie, is een projectonderdeel op zich.

ZoA kan voor naasten de volgende meerwaarde opleveren:

- Geruststelling van naaste doordat hun dierbaren (diënten) dankzij ZoA meer toezicht krijgen, meer welbevinden en veiligheid en minder eenzaamheid ervaren.
- Betrokken worden bij invulling scherm en daarmee dagelijks leven en welzijn van dierbare
- Betrokkenheid bij familie op afstand vorm kunnen geven
- Nabijheid ervaren door bemoeienis op maat
- Meer contact met professionals/verzorgers
- Meer zicht op welbevinden van naaste
- Zeggenschap of medezeggenschap hebben over zorg voor ouders
- Kunnen bijdragen aan welzijn ouders



- Samen spelen

Effecten/meerwaarde voor medewerkers

Voor bepaalde medewerkers is al enig effect van de inzet van ZoA merkbaar. De ZoA-kracht heeft er merkbaar plezier in serieus in te gaan op de behoeften en wensen van cliënten. Andere voorbeelden van (mogelijke) meerwaarde zijn:

- Minder reistijd, en minder reisongemak
- Vaker contact mogelijk
- Beter zicht mogelijk op welbevinden cliënten
- Jaarevaluatie en indicatie kan door zorgregisseur via zorg op afstand, dus vervalt reistijd.
- Zorgregisseur kan ZoA-sprekuren instellen

Effecten en meerwaarde voor Cordaan

Het experiment heeft Cordaan de volgende meerwaarde opgeleverd:

- Beter zicht op samenstelling van cliëntenbestand in Zuid-Oost, culturele samenstelling, behoeften en leefwereld van cliënten
- Frisse blik op verband tussen zorg en welzijn
- Op teamniveau bij thuiszorg zijn enigszins de ogen geopend voor innovatie en voor een nieuwe visie op zorg en welzijn
- in team is men wat meer gaan denken vanuit leefwereld van Surinaamse ouderen, in plaats van alleen vanuit aanbod
- Enkele noodzakelijke randvoorwaarden ontdekt voor de invoering van ZoA: enthousiaste trekker, goede inbedding in team nodig, timing, enige vrijheid, voldoende overlap of gelijkgerichtheid tussen project en team
- Besparingsmogelijkheden in zicht
- Beter zicht op cliënten die men nu minder bereikt dan te verwachten was op basis van bevolkingssamenstelling

Maatschappelijke meerwaarde

Het experiment met ZOA levert zicht op de volgende maatschappelijke meerwaarde:

- Voorzieningen worden ontsloten: bestrijding van zorg mijden. Cliënten kunnen eerder de zorg vinden die ze nodig hebben, voordat de kwaal te ernstig wordt
- Informatie wordt ontsloten: effectiviteit van gezondheidsvoorlichting wordt vergroot



- Preventie bespaart maatschappelijke kosten van opnames etc.
- Behoud van mantelzorg levert betere zorg op en bespaart maatschappelijke kosten (van zieke mantelzorgers).

5.5 Conclusies en aanbevelingen

Geconcludeerd kan worden dat het ZOA experiment gezien de (verschillende minder gunstige) omstandigheden en de tamelijke korte periode in bepaalde opzichten zeer ver is gekomen. Het heeft belangrijke inzichten opgeleverd en belangrijke, bruikbare richtlijnen voor toepassingen van ZoA met vooral meerwaarde in de zorg aan ouderen van allerlei culturele achtergronden (waaronder de Surinaamse, Nederlands-autochtone etc). Het heeft, door afwezigheid van bepaalde omstandigheden, laten zien wat noodzakelijke en gunstige voorwaarden zijn voor de toepassing van ZoA.

Het experiment heeft inzichten opgeleverd over:

- De doelgroep Surinaamse ouderen
- De samenstelling van het cliëntenbestand van Cordaan in Zuidoost
- De leefwereld en het zorggebruik van Surinaamse cliënten van Cordaan
- Een reeks aanwijzingen van wat ZoA aantrekkelijk kan maken voor Surinaamse ouderen.

Ook is meer duidelijk geworden over wat nodig is om ZoA op grotere schaal aan Surinaamse ouderen aan te bieden. Als Cordaan ZoA wil gaan aanbieden voor Surinaamse ouderen, zijn er noodzakelijke voorwaarden.

- Het is dan nodig dat de Directieraad/ Raad van bestuur kiest voor de doelstelling om Surinaamse ouderen, die nu zijn ondervertegenwoordigd in cliëntenbestand van Cordaan, meer te gaan bedienen dan nu gebeurt. Die doelstelling bestaat nu niet.
- Het is dan vervolgens ook nodig dat Cordaan een plan maakt om meer Surinaamse cliënten te gaan werven en bedienen, een plan met acties op het gebied van personeelsbeleid (Surinaamse krachten voldoende vertegenwoordigd op functies op verschillende niveaus), op communicatie en werving, en op zorginhoud, afgestemd op die doelgroep.

De op de korte termijn gerichte doelstelling om de efficiency van thuiszorg te verbeteren, staat overigens op gespannen voet met de investering en zoektocht die nodig om nieuwe cliënten binnen te halen.

Als Cordaan door wil gaan met integratie van ZoA in de thuiszorg aan ouderen, is het om verschillende redenen, zeker te overwegen om door te gaan met dit team. De ZoA-aansluitingen zijn zomer 2010 gestart, en kunnen zonder extra kosten tot een jaar na aansluiting voortduren.



Om te experimenteren met integratie in de zorg, is wel extra betrokkenheid van en ondersteuning aan het team nodig. Het team kent weliswaar een hoge werkdruk, maar ziet tegelijkertijd zeer uit naar inpassing van ZoA in de zorg, en de meerwaarde die dat kan betekenen.

Omdat het team niet expliciet op Surinamers is gericht, lijkt het raadzaam het team de vrijheid te geven om zelf, los van culturele achtergrond, een aantal extra door hen geschikt geachte cliënten te selecteren met wie zij willen experimenteren met ZoA. Dit zal de betrokkenheid van het team versterken. Het is mogelijk aan die keuzevrijheid de voorwaarde te verbinden dat het moet leiden tot inzichten over Surinaamse ouderen op basis van een vergelijking tussen Surinaamse en andere ouderen.

Daarbij is het van belang te komen tot afspraken en doelstellingen, zoals bijv.:

- Maak uren vrij van teammanager, zorgregisseur of stel extra kracht aan zoals ook elders is gedaan.
- Geef de opdracht of stel de voorwaarde om te experimenteren met ZoA in de zorg, ook met ongeplande zorg, en bijvoorbeeld door een spreekuur in te stellen
- Leg als thuiszorgers in de beginperiode dagelijks of enkele malen per week via ZoA contact met cliënten
- Laat de zorgregisseur een deel van de cliëntencontacten uitvoeren via het ZoA-scherm. Zo lang cliënten nog niet de gewoonte hebben ontwikkeld om scherm aan te zetten, kan het nodig zijn met een telefoontje vooraf cliënten te vragen het scherm in te schakelen.
- Experimenteer verder met het betrekken van mantelzorgers, ook bij de invulling van het scherm. Laat de schermen daarom staan bij enthousiaste ouderen.

Conclusie: een begeleider die in staat is zelf het scherm op maat in te richten voor cliënten heeft een grote meerwaarde. Dit maakt het waarschijnlijk mogelijk om met geringe kosten een optimale aansluiting bij cliënten te realiseren. Ook bij andere doelgroepen kan de inzet van een medewerker met een dergelijke klantgerichte houding, praktische vaardigheden en enthousiasme en oog voor de mogelijkheden van ZoA voor grote waarde zijn voor het ZoA-initiatief, in het bijzonder bij de invoering en integratie van ZoA in de leefwereld van cliënten en in de zorg.



6 Zorg op afstand in thuiszorg aan ouderen van Turkse en Marokkaanse afkomst

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe zorg op afstand experimenteel is ingevoerd in de thuiszorg aan Turkse en Marokkaanse ouderen. In de eerste paragraaf wordt een beschrijving gegeven van ouderen van Turkse en Marokkaanse afkomst in relatie tot zorg. De tweede paragraaf beschrijft de invoering van Zorg op afstand bij Turkse en Marokkaanse ouderen. Paragraaf 3 gaat in op de effecten van Zorg op afstand voor cliënten en andere betrokkenen, en wat er geleerd is in het experiment. Paragraaf 4 trekt conclusies en blikt vooruit op voorzetting en uitbreiding van Zorg op afstand voor deze doelgroepen bij Cordaan.

6.1 Turkse en Marokkaanse ouderen en zorg

In Nederland is de groep ouderen van Turkse en Marokkaanse afkomst groeiende. De groep zogenaamde gastarbeiders die in de jaren 1960 en '70 naar Nederland zijn geëmigreerd, bereikt een leeftijd waarop ze zorg nodig hebben. Enerzijds gelden een aantal belangrijke aspecten van de zorgvraag van ouderen in het algemeen ook voor Turkse en Marokkaanse ouderen³⁶:

- a) In de toekomst is meer zorg nodig, doordat het aantal ouderen toeneemt en mensen steeds ouder worden. Over het algemeen is dit ook van toepassing op Turkse en Marokkaanse ouderen. Daarnaast wordt deze bevolkingsgroep "sneller" oud dan autochtone ouderen.
- b) Overheidsbeleid is erop gericht ouderen langer zelfstandig te laten wonen
- c) Ouderen willen langer zelfstandig blijven wonen.
- d) Ouderen willen de regie zelf in handen houden. Dit is minder van toepassing bij deze doelgroep, waar de regie over het algemeen bij de kinderen ligt.
- e) Ouderen vinden de kwaliteit van hun leven steeds belangrijker.

Anderzijds onderscheiden veel Turkse en Marokkaanse ouderen zich in een aantal opzichten van autochtone ouderen. Een deel van hen niet erg gewend aan verzorgingsstaat: kennen voorzieningen en rechten niet. Culturele normen wegen soms zwaarder (familieplichten vs. zorgrecht). Ze kennen de weg in zorgland niet zo goed en zijn veelal aangewezen op de huisarts. Ze zijn vaak ook ondervertegenwoordigd in lichtere hulpsoorten. Soms zijn Turkse en Marokkaanse ouderen regelrechte

³⁶ Plan van aanpak groep Turkse en Marokkaanse ouderen, T. Roels en A. Ariëns, 2009



zorgmijders. Naasten vangen dan lange tijd problemen op, en zo komen ze relatief laat in de zorg en zijn dan moeilijk te helpen. Hun gezondheidssituatie is bovendien gemiddeld minder gunstig dan die van autochtonen (deels een kwestie van sociaaleconomische klasse). Verder hebben ze vaak een relatief grote veranderlijkheid of extra dynamiek in de levens van allochtone ouderen in vergelijking met autochtone ouderen. Men heeft loyaliteit elders, heeft verwanten in herkomstland, wil er bijvoorbeeld jaarlijks heen, en vaak blijft remigratie een optie, alhoewel de kinderen en kleinkinderen hier wonen. Nostalgie is algemeen verschijnsel bij ouderen, maar wordt hier extra cultureel gekleurd. Hun kinderen vormen een zeer belangrijke schakel tussen deze oudere cliënten en de zorgaanbieder. Vanuit de traditie is de doelgroep gewend dat de kinderen de zorg op zich nemen. De kinderen zijn echter steeds meer druk met eigen gezin en carrière. Zij kunnen en willen niet meer de zorg aan hun ouders bieden zoals de traditie deze voorschrijft. Het zorgaanbod moet in deze kloof voorzien. Zorg op Afstand kan hier een belangrijke rol in spelen.

Cordaan heeft met ZoA onder deze ouderen geëxperimenteerd in Amsterdam-West, waar Turkse ouderen 4,5 % van de ouderen vormen in Amsterdam –West en Marokkanen bijna 8%. Verder is op basis van de cijfers uit tabel 1 te verwachten dat Marokkanen en Turken van 55+ en 65+ de komende jaren sterk zullen stijgen. In die zin is de wijk een goede afspiegeling van het landelijke patroon. Hun levensverwachting en zorggebruik zijn niet bekend; hun levensverwachting zal vermoedelijk gemiddeld lager zijn dan die van autochtonen. Over het aantal cliënten van Cordaan van Turkse en Marokkaanse afkomst was bij aanvang van het experiment geen duidelijke informatie beschikbaar. Er vindt bij Cordaan geen registratie van de afkomst van cliënten plaats.

8 Aantal ouderen van Turkse en Marokkaanse afgezet tegen alle ouderen in Amsterdam West

leeftijd	Turkse ouderen	%	Marokkaanse ouderen	%	Alle ouderen
50-54	876	6,7	1387	10,7	12998
55-59	657	5,9	1100	9,9	11113
60-64	480	5,1	797	8,5	9368
65-69	401	5,7	790	11,1	7095
70-74	209	3,6	403	6,9	5799
75-79	77	1,5	133	2,5	5284
80-84	13	0,3	25	0,6	4176
85 +	8	0,2	10	0,3	3431
Totaal	2721	4,6	4645	7,8	59264

Turkse en Marokkaanse ouderen maken niet makkelijk gebruik van thuiszorg. Professionele hulp inschakelen wordt veelal gezien als zwakgebod. De buitenwereld kan dan zien dat je geen goede relatie



hebt met je kinderen, en met de rest van je andere familie. Een paar jaren geleden kwamen bijna alleen ouderen die echt niet anders konden naar een thuiszorgorganisatie. Het ging dan om ouderen die geen kinderen hadden of om andere redenen geen aanspraak konden maken op hulp van hun familie. Langzaam wordt het taboe minder, en via mond tot mond reclame raken ook Marokkaanse ouderen meer bekend met het verschijnsel professionele hulp. Nu zijn niet alleen Marokkaanse ouderen die echt niet anders kunnen cliënt bij Avicen, maar ook Marokkaanse ouderen die voor thuiszorg kiezen. Overigens bestaat de helft van cliënten van Avicen, een organisatie met een Marokkaanse achtergrond, nu uit autochtonen. Waarschijnlijk spreekt de extra zorg van wat traditioneel ingestelde verzorgenden van Marokkaanse achtergrond, bijvoorbeeld in de vorm van een meegebracht pannetje soep of een broodje ook autochtone Nederlanders aan. Een gedeeltelijke verklaring voor het geringe aantal Marokkaanse cliënten bij Cordaan is dat ze Cordaan niet uit hun omgeving kennen. Turkse thuiszorgorganisaties maken veel gericht reclame bij de doelgroep, bijvoorbeeld via de schotel, rond belangrijke voetbalprogramma's of soaps. Daar adverteert de Nederlandse politie ook om allochtoon personeel te zoeken. Een andere deelverklaring is dat allochtone ouderen soms geen aansluiting kunnen vinden bij de manier waarop medewerkers van Cordaan werken.

6.2 De invoering van Zorg op afstand bij Turkse en Marokkaanse ouderen

9 Tijdslijn

2008 december	Start ZoA-werkgroep voor Turkse en Marokkaanse ouderen
2009, januari	Plan van aanpak Turkse en Marokkaanse ouderen, en bespreking ervan in stuurgroep
2009, april 21	Werkgroepvoorzitter legt contact met Impuls en ontmoet daar enthousiasme voor de pilot
2009 augustus	Werkgroepvoorzitter voor Turkse en Marokkaanse ouderen wordt projectleider van Cordaanbrede ZoA-project. Opvolging werkgroepvoorzitter door manager uit dagopvang ouderen.
2009, augustus	Gesprek met Avicen over samenwerking en werving Marokkaanse ouderen.
2009 november	Gepland tien Marokkaanse cliënten werven van één team van Avicen, en tien Turkse cliënten van één thuiszorgteam van Cordaan. Start voorbereiding vrijwilliger bij Impuls
2010, januari 26	Avicen gaat Marokkaanse cliënten werven, Turkse cliënten komen waarschijnlijk uit de Baarsjes.
	Zorgregisseur meldt Turkse cliënten aan die in aanmerking komen



Februari 2010	Oud-wijkverpleegkundige krijgt taak werving en invoering van ZoA bij Turkse ouderen te organiseren.
2010, maart	Er zijn nu zes aansluitingen per pilot, ook familie wilaansluiting. Plaatsing scherm op Hudsonhof en bij Avicen
April-mei	Plaatsen eerste schermen bij Turkse en Marokkaanse cliënten, oud-verpleegkundige start oefenen met cliënten.
april	Planning bij Turkse en Marokkaanse cliënten loopt niet goed omdat cliënten vanwege vakantie weg zijn in de zomer.
Juli- september 2010	Zomervakantie gevolgd door ramadan
Sept/okt 2010	Vrijwilligers Impuls gaan oefenen met Turkse en Marokkaanse cliënten
	Bestellen viewers voor familie
december	ZoA-trekkers voor Turkse en Marokkaanse ouderen zetten afronding in in verband met einde projectperiode, vrijwilliger stopt

Beschrijving

Eind 2008 werd de werkgroep die ZoA zou invoeren bij Turkse en Marokkaanse ouderen in het leven geroepen. Turkse en Marokkaanse ouderen vormen de doelgroep die als laatste aan de beurt zijn in Cordaan's ZoA-experiment. Voorzitter werd een ervaren Cordaan-medewerker die onder meer betrokken was geweest bij de totstandkoming van de Hudsonhof met dagopvang voor ouderen van Turkse en Marokkaanse afkomst.

In januari 2009 verschijnt van de hand van de werkgroep het plan van aanpak voor de invoering van Zorg op afstand bij Turkse en Marokkaanse ouderen. Daarin wordt de (lange termijn) missie van ZoA als volgt omschreven³⁷:

- Zorg op Afstand voor Turkse en Marokkaanse gebruiken in een tijdperk waarin de vraag naar zorg groter is dan het aanbod, mensen graag zelf de regie houden en waarbij het thuis blijven wonen en de kwaliteit van leven hoog in het vaandel staan.

Op de kortere termijn is het doel om aan meer Turkse en Marokkaanse ouderen bij Cordaan zorg te bieden. Daartoe wil men de zorgbehoeften en wensen van Turkse en Marokkaanse ouderen beter leren kennen. Cordaan wil Zorg op Afstand gebruiken voor deze ouderen om het welzijn op niveau te houden, het gevoel van veiligheid op gewenst niveau te houden en preventief in het kader van lichamelijk en geestelijk welbevinden. Het plan van aanpak schetst de volgende **strategie** over hoe Cordaan de visie wil realiseren:

³⁷ Plan van aanpak groep Turkse en Marokkaanse ouderen, T. Roels en A. Ariëns, 2009



- Contact met kinderen via beeld
- Contact met vrienden en kennissen via beeld
- Bewegen via beeld
- Alarmering via beeld
- Medicatiebewaking en instructie via beeld

Aldus ziet het plan van aanpak voor Zorg op afstand bij Turkse en Marokkaanse ouderen de functionaliteiten die ZOA voor deze doelgroep kan hebben als volgt:

- I. De functionaliteit '**Ontspanning en service**' wordt in de pilot niet als speerpunt gezien voor deze doelgroep.
- II. De functionaliteit '**Welzijn, contact met familie, mantelzorg**' wordt gezien als belangrijk onderdeel. Turkse en Marokkaanse ouderen zijn gewend om veel contact te hebben met familie en vrienden. Via Zorg op Afstand contact hebben met familie kan van grote toegevoegde waarde zijn; de kinderen hoeven dan minder vaak bij de ouders langs te gaan. Contact via ZoA met plekken waar vrienden en kennissen bijeenkomen is ook wenselijk. Via het ZoA-schem zouden ouderen kunnen blijven deelnemen aan sociale netwerken zonder de deur uit te hoeven.
- III. De functionaliteit '**Veiligheid** (toezicht, signalering)' wordt als belangrijk gezien. Gedacht wordt dat aansluiting van de alarmcentrale via Zorg op Afstand toegevoegde waarde heeft. De doelgroep spreekt veelal minder goed Nederlands waardoor de hulpverlener niet altijd goed de situatie kan inschatten. Door beeldcontact kan de situatie beter ingeschat worden. Het gaat vooral om het gevoel van veiligheid, door de gedachte en wetenschap dat er een vangnet beschikbaar is.
- IV. Ten aanzien van '**Preventie** (bijvoorbeeld rond medicatiebewaking) en zelfzorg' bestaan hoge verwachtingen. De doelgroep loopt extra risico op sociaal isolement en depressie. Men is van huis uit immers gewend om veel met familie te zijn. Daarnaast komen de mannen veel bijeen in theehuizen. De vrouwen komen vooral bij elkaar thuis. Wanneer dit niet meer mogelijk is, dan kan de onder II gestelde oplossing preventief werken. Als Welzijn en Veiligheid op orde zijn, zullen naar verwachting psychosomatische klachten, waarop deze doelgroep een verhoogd risico heeft, minder vaak voorvallen. Verder wordt bij medicatiebewaking vooral toezien op de juiste dosering en het juist toedienen van diabetesmedicatie als kans gezien.
- V. Over de functionaliteit **Begeleiding** (dagstructureering, advies, aandacht, dagelijks contact) bestaat nog geen idee, en wil de werkgroep bijv navraag doen bij Avicen.
- VI. De functionaliteit '**Medisch / psychologisch consult** (huisarts, fysiotherapie, behandelaar GGZ)' wordt minder geschikt geacht voor deze doelgroep. Wel worden mogelijkheden gezien in lichamelijke beweging ondersteund door het ZoA-schem bij revalidatie na ziekenhuisopname, of preventief.

Het plan van aanpak stelt een vooronderzoek voor onder Turkse en Marokkaanse cliënten door informeel de doelgroep te benaderen. Eerst relatie en vertrouwen opbouwen is essentieel. Als



vindplaatsen worden dagcentra Hudsonhof, Misafirhane en Darkom genoemd en wijkservicepunt De Boeg en eventueel De Salon in De Kastanjehof (oost). Ook in De Riekerhof is een groep die binnen de doelgroep valt, en in fysiotherapiepraktijk in Nieuw Vredenburg zijn vrij veel Turkse en Marokkaanse klanten onder behandeling. Daarnaast heeft Cordaan een partnership met Avicen, een thuiszorgorganisatie gericht op multiculturele thuiszorg. De werkgroep kiest ervoor om niet rechtstreeks met de doelgroep (ouderen) in gesprek te gaan. Door de kinderen van (mogelijke) cliënten te benaderen is de drempel tot het gebruik van Zorg op Afstand een stuk lager. De kinderen zijn de zogenaamde beslissers en zijn belanghebbend. Door de inzet van Zorg op Afstand kunnen veel zorgen worden weggenomen bij de kinderen.

Vragen die de werkgroep met de pilot bij deze doelgroep beantwoord wil krijgen:

- Leidt de toepassing van Zorg op Afstand tot een hogere kwaliteit van leven?
- Leidt de toepassing van Zorg op Afstand tot een uitstel/afname van zorgvraag?
- Is Zorg op Afstand een middel om aan deze doelgroep zorg te leveren (gezien de insteek van welzijn, welke kan overgaan in zorg)

Medewerkers en organisatie

Verder wil de werkgroep weten wat de medewerkers moeten leren en kunnen om gebruik te maken van Zorg op Afstand? Waar zitten knelpunten en waar zijn er kansen? Het organisatieontwerp dat binnen Cordaan nodig is om de gevraagde diensten daadwerkelijk te kunnen leveren kan pas ingevuld worden als er precies duidelijk is wat er met Zorg op Afstand wordt gedaan voor deze doelgroep.

Alhoewel de invoering van ZoA bij de doelgroep Turkse en Marokkaanse ouderen nog ver weg ligt in de tijd, wordt na verschijnen en bespreken van het plan van aanpak voor deze doelgroep al met de voorbereiding begonnen. Zo wordt onder meer contact gelegd met Impuls, om te kijken of vrijwilligers afkomstig van die welzijnsorganisatie een rol kunnen spelen bij de invoering van ZoA. Bij Impuls wordt enthousiast op het plan gereageerd. De inzet van vrijwilligers kan daar onderdeel worden van het project 'Goud'. 'Goud' is een project in de stadsdelen Amsterdam Slotervaart, Osdorp en Geuzenveld-Slotermeer. Migrantenvrouwen gaan als vrijwilliger op huisbezoek bij vrouwen met dezelfde culturele achtergrond die sociaal geïsoleerd of eenzaam zijn.

In augustus 2009 wijzigt de projectleider van functie, en wordt opgevolgd door degene die tot dan toe voorzitter was van de werkgroep Turkse en Marokkaanse ouderen. De werkgroepvoorzitter wordt opgevolgd door een teammanager 'Welzijn en dagbesteding' in west, een functionaris met verschillende dagcentra onder zich waaronder enkele waar relatief veel Turkse en Marokkaanse ouderen komen. De nieuwe werkgroepvoorzitter heeft geen relatie met thuiszorg, het veld waar de pilot zal worden uitgevoerd. Er wordt die maand ook een gesprek gevoerd met Avicen, een partnerorganisatie van Cordaan die zich met thuiszorg in het bijzonder richt op Marokkaanse cliënten. Avicen is een organisatie



van Marokkaanse oorsprong die zorg wil leveren waarbij cliënten en medewerkers hun religieuze en culturele identiteit kunnen behouden.

Er zijn in de maanden erna ook gesprekken met thuiszorg-directeuren van Cordaan uit Amsterdam – West. Het blijkt echter lastig om hun medewerking te krijgen en om een team te vinden met voldoende Turkse en /of Marokkaanse cliënten. Bij voorbereidende gesprekken met de werkgroep, is verschillende malen een medewerker van Cabo aanwezig. *CABO voor oudere migranten* is een organisatie die zich inzet voor het optimaal maatschappelijk meedoen van oudere migranten in Amsterdam. De medewerker van Cabo denkt kritisch mee over de kans die ZOA maakt bij migranten.

Najaar 2009 wordt, ook tot verrassing van de thuiszorgdirecteur, duidelijk dat bij Cordaan thuiszorg niet eenvoudig een team te vinden is met voldoende Turkse cliënten. Vervolgens wordt besloten dat Marokkaanse cliënten geworven zullen worden door Avicen, onder cliënten van Avicen. Turkse cliënten zullen door een zorgregisseur worden gezocht bij thuiszorgteams in West.

Nagedacht wordt waar dan het ZoA-scherm dan bij Cordaan geplaatst kan worden, en hoezeer en hoe het kan worden bemenst. Het is immers van belang de Turkse en Marokkaanse cliënten in hun eigen taal te woord te kunnen staan. Het scherm voor Marokkaanse cliënten kan bij Avicen worden geplaatst, het scherm voor de Turkse cliënten wordt bij de Hudsonhof geplaatst waar een Turkse dagopvang gevestigd is. Het idee is dat Turkse ouderen dan in hun eigen taal door begeleiders van de dagopvang te woord kunnen worden gestaan of met bezoekers in gesprek kunnen gaan.

Begin 2010 meldt een zorgregisseur Turkse cliënten aan. In februari wordt in navolging van wat is geleerd en gedaan bij de andere werkgroepen, een speciale kracht /trekker aangesteld die de experimentele invoering van ZoA bij een doelgroep, hier bij Turkse ouderen gaat trekken. Het gaat hier om een autochtone voormalige wijkverpleegkundige die na een periode van ziekte weer intreedt. Deze wijkverpleegkundige heeft vanuit haar werk wel enige ervaring met thuiszorg aan allochtone cliënten. De ZoA-trekker voor Turkse ouderen kan zo nodig advies krijgen van een Turkse medewerker van de dagopvang. De ZoA-trekker is niet aan een bepaald thuiszorgteam verbonden, en werkt deels vanuit huis. De ZoA-trekker legt contact met de Turkse cliënten die door de zorgregisseur zijn aangemeld. Met advies van de Turkse dagopvang-medewerker en dankzij ervaring met snel contact leggen en vertrouwen winnen, lukt het de autochtone wijkverpleegkundige goed om met aangeleverde Turkse cliënten contact te leggen en vertrouwen te winnen. In april-mei worden de eerste schermen bij Turkse cliënten geplaatst, en start de trekker met cliënten; ze gaat met hen oefenen. Ze legt dan bijvoorbeeld met de cliënten vanuit hun huis contact met de Turkse dagopvang. Daar is tenminste een maal per week een imam aanwezig. Cliënten leven erg op van het contact met de imam.

Tegen de zomer beseft men dat de planning voor de Turkse en Marokkaanse ouderen, om uit te rollen tot 20 aansluitingen voor beide groepen samen, in gevaar komt. De zomer komt eraan, en veel cliënten gaan langdurig naar hun herkomstland. In 2010 begint direct na de zomervakantieperiode direct de ramadan. Verschillende cliënten blijven langer weg dan gedacht en aangekondigd. Langdurige



afwezigheid maakt bovendien dat er gevaar bestaat voor diefstal. Cliënten zijn zelf verantwoordelijk voor het scherm, en moeten ervoor tekenen. Daar zijn ze vanwege hun lange afwezigheid huiverig voor. Na de zomer begint zowel bij de Turkse als Marokkaanse groep een vrijwilliger met cliënten te oefenen. De vrijwilligers worden wegwijds gemaakt met ZoA door de ZoA-trekker voor Turkse ouderen en die voor Marokkaanse ouderen. De Turkse vrijwilligster van Impuls gaat in de periode september tot en met december bij de aangesloten Turkse cliënten meestal wel twee maal per week een uur oefenen. Ook bij de Marokkaanse doelgroep gaat een vrijwilliger oefenen. Deze concentreert zich op een cliënt, die zo constateert de Marokkaanse ZoA-trekker, over wel erg weinig leervaardigheden beschikt.

Zoals gezegd kunnen cliënten beeldbellen met een Turks dagcentrum, voor een praatje met Turkse begeleiders van het dagcentrum. De Turkse thuiszorgcliënten kennen de Turkse begeleiders van het dagcentrum echter niet. De groepsleiders van het dagcentrum hebben geen zorgrelatie met de beeldbellers; het hoort niet tot hun reguliere taak om deze cliënten van Cordaan te helpen. Ze kunnen wel een praatje met hen maken, maar hen niet echt verder helpen als het om thuiszorg gaat. Deze constructie is over en weer niet bevorderlijk voor de acceptatie van ZoA en leidt tot onbegrip.

In het najaar wordt geconstateerd dat schermen bij naasten of mantelzorgers bij deze doelgroep essentieel is. Het aantal van drie schermen voor familieleden per doel is te klein. Vervolgens wordt een bestelling gedaan voor extra viewers. Het aanleggen ervan blijkt echter om verschillende redenen problematisch.

Uiteindelijk zijn zowel bij de Turkse als Marokkaanse doelgroep zes cliënten aangesloten. Enkelen maken veel gebruik van het ZoA-scherm, en enkelen niet of nauwelijks. De tijd om gewend te raken aan het scherm en de mogelijkheden is voor de meesten erg kort geweest. Eind december is het officiële, aangekondigde einde van de projectperiode. De trekker en vrijwilliger beginnen met de cliënten hun werk ten aanzien van ZoA al wat af te ronden. Hen is dan niet duidelijk of de schermen bij de cliënten blijven staan na de jaarwisseling.

De aansluiting van ZoA bij Marokkaanse ouderen verliep parallel aan die bij Turkse ouderen. Een groot verschil was dat ZoA bij Marokkaanse ouderen wel vanuit een zorgteam werd geboden, namelijk bij Avicen. De trekker van ZoA voor de Marokkaanse ouderen was een jongeman van Marokkaanse afkomst met maatschappelijk werk als achtergrond die als begeleider werkt bij Avicen. Aan het hoofd van Avicen Amsterdam staat een vrouw van Marokkaanse afkomst die ook een of twee dagen in de week in het Slotervaartziekenhuis werkt en mede hierdoor een groot netwerk heeft en zicht op mogelijke dwarsverbanden tussen thuiszorg en ziekenhuiszorg.

Het selecteren van de cliënten is door Avicen gebeurd. Graag had Avicen ook enkele cliënten op ZoA aangesloten met alleen een indicatie voor begeleiding. Depressie en eenzaamheid zijn bij deze doelgroep veelvoorkomende klachten, waarbij ZoA goed kan worden ingezet. Deze cliënten zijn echter niet geselecteerd omdat ze niet passen binnen de subsidieregulering.



Behalve bij de diënten werd een scherm op het kantoor van Avicen geplaatst. Hierdoor was de zorg in principe tijdens kantooruren steeds bereikbaar en konden Marokkaanse diënten in hun moedertaal hun vraag stellen. De Marokkaanse ZoA-trekker heeft de eerste maanden een consequente campagne gevoerd om zijn collega's aan te leren altijd 's morgen het scherm aan te zetten op kantoor. Dit om bereikbaar te zijn. Verder was ZoA een terugkerend bespreekpunt in de teamvergadering. ZoA-schermen zijn geplaatst bij 1 of 2 cliënten van de ZoA-trekker zelf, en daarnaast bij diënten die (ook) werden begeleid of verzorgd door collega's. In het begin was de ZoA trekker dan veel tijd kwijt om de zijn collega's te instrueren, en om de cliënten op gang te brengen. Dit werd gaandeweg gedeeltelijk overgenomen door collega's, een stagiaire en een vrijwilligster die vooral met diënten oefenden om het apparaat te leren bedienen.

Aan het eind van 2010 zijn 6 Marokkaanse cliënten aangesloten en zouden nog 4 cliënten kunnen worden aangesloten. Het is dan wel nodig om vier keer zo veel, dus 16 belangstellenden te hebben. Dat was wel uit ervaring gebleken. Er zijn wel vier keer zo veel belangstellenden voor ZoA nodig als je er uiteindelijk wilt overhouden.

6.3 De effecten en meerwaarde van zorg op afstand bij Turkse en Marokkaanse ouderen

Effecten en meerwaarde voor cliënten

Een andere belangrijke meerwaarde is dat het scherm Turkse en Marokkaanse ouderen de kans kan geven uit hun isolement te treden. In het bijzonder hebben we het volgende waargenomen:

- Men kan gemakkelijker en persoonlijker via het scherm in contact te treden met de eigen begeleider, zo bleek bij Marokkaanse cliënten.
- Meer participatie: Via het scherm kunnen Turkse en Marokkaanse ouderen meer kennis nemen van de samenleving om hen heen, informatie kan begrijpelijk naar hen toe worden gebracht.
- Ouderen raken beter geïnformeerd. Onder meer door overleg met begeleiders over de individuele invulling van het scherm. Turkse en Marokkaanse ouderen raken daardoor beter geïnformeerd over de samenleving en voorzieningenaanbod.
- Betere bereikbaarheid van de zorg: enkele Marokkaanse cliënten belden zelf naar kantoor om contact te zoeken. Dat was voor hen via het scherm toegankelijker geworden.
- Mogelijk contact met de kinderen, de beslissers. Het scherm is een nadrukkelijke aanleiding om met familie in gesprek te gaan, over wat zij willen en nodig hebben.

Daarnaast kan ZoA het nodige toevoegen aan de levenskwaliteit van deze groepen:



- Turkse en Marokkaanse ouderen kunnen meer het heft in eigen hand nemen, omdat ze via het scherm meer handelingsmogelijkheden kunnen krijgen, bijvoorbeeld voor hun dagbesteding.
- Een deel van de zorg kan op afstand, hierdoor hoeven ouderen minder vaak verzorgers over de vloer te krijgen, hetgeen ze soms een voordeel vinden.
- Verrijking van de dagbesteding: zelf spelletjes kunnen kiezen, uitproberen en spelen, plaatjes kunnen bekijken over Turkije of Marokko, Soera's uit de Koran lezen en beluisteren via het scherm. Deze mogelijkheden komen met het scherm binnen handbereik.

Tenslotte, maar niet in de laatste plaats, is een belangrijke meerwaarde van ZoA dat het kan helpen om zorg en leefwereld dichter bij elkaar te houden. De leefwereld van Turkse en Marokkaanse is vaak anders dan zorgprofessionals zich voorstellen.

Dat stelt overigens - zo wordt juist bij deze groepen diënten duidelijk - ook eisen aan de invoering van ZoA. Het noodzakelijke maatwerk vergt aandacht en tijd. Omgekeerd: waar dit wordt opgebracht, kan verantwoorde invoering ook als vehikel dienen om de leefwereld en zorg meer op elkaar af te stemmen. We hebben gezien dat in het bijzonder de volgende elementen van belang zijn:

- Intensieve begeleiding is noodzakelijk om deze doelgroepen aan scherm te laten wennen en hen vertrouwd te maken met de mogelijkheden. Mensen van de oudere generatie hebben weerstand tegen apparaten; staat ver van hen af.
- Er is een ruime aanloop- en wenperiode nodig.
- bij een deel van de doelgroep is sprake van beperkte leervaardigheden; ze hebben beperkte computervervaring en –vaardigheden, Ze zijn vanuit hun verleden niet gewend te leren, in het bijzonder niet via beeldscherm, en niet via geschreven taal.
- Gebruik zo veel mogelijk pictogrammen/beeldtaal/ plaatjes of geluid, en zo min mogelijk geschreven Nederlands. Zelf ja of nee moeten aantoesen kan al een barrière vormen.
- De persoonlijke situatie (bijv. de samenstelling van het huishouden en verblijfplaats) kent in deze doelgroepen meer variatie dan bij autochtone ouderen.
- Voor een deel van de doelgroep, de oudere vrouwen, lijken spelletjes via ZoA-scherm weinig interessant, sluit niet aan.
- Houd bij het moment van aansluiting van ZoA en ermee gaan oefenen rekening met perioden van afwezigheid (langdurig verblijf in herkomstland of bij familie elders) onder meer rondom zomer en ramadan.

Effecten en meerwaarde voor naasten

Tot nu toe zijn bij naasten nog geen viewers geplaatst en geactiveerd. Dit mede vanwege de korte projectperiode, en het vermoeden dat extra begeleiding nodig is bij de aansluiting en ingebruikname van



ZoA. Effecten en meerwaarde hiervan hebben zich dus nog niet in de praktijk kunnen laten zien. Maar ook als er alleen een ZoA-scherm bij de Turkse of Marokkaanse oudere cliënt is geplaatst kan dit meerwaarde hebben voor naasten.

Meerwaarde

- Het ZoA-scherm is niet alleen een aanwinst gebleken voor de cliënt, maar kan ook een bron van plezier zijn voor naasten, de partner of (klein)kinderen. Naasten kunnen samen met de oudere cliënt een spelletje spelen op het scherm of informatie opzoeken, en ze kunnen ook samen beeldbellen met een derde die ook een scherm heeft. In de experimentperiode zijn verschillende voorbeelden geweest van een levendige situatie waarbij cliënt met familie die ook aanwezig was samen contact hadden via ZoA met een begeleider. Telefoneren kun je slechts alleen, beeldbellen kun je gemakkelijker in gezelschap, anderen kunnen erbij worden betrokken. Dit lijkt goed te passen in minder individualistische culturen en omgangsvormen als de Turkse en Marokkaanse.

Potentiële meerwaarde

De volgende voordelen zijn nu nog niet bij deze doelgroep in de praktijk gebleken, wel hebben begeleiders gemerkt dat veel naasten, veelal de kinderen van de ouderen, positief staan tegenover ZoA, en blij zijn dat hun ouder wil meedoen. Het eerste voordeel kan optreden zonder dat de mantelzorg zelf een scherm heeft, en ook de twee volgende voordelen kunnen gedeeltelijk optreden zonder een eigen scherm bij de mantelzorg.

- Als het beter gaat met ouder familielid, die zich beter vermaakt, de naaste en /of de begeleiding meer toezicht kunnen houden, de oudere meer contacten heeft, dan wordt wellicht minder beroep gedaan op de mantelzorg.
- Er kan bij naasten een last van de schouders vallen doordat de zorg voor ouders/oudere familieleden wordt gedeeld met zorgorganisatie. Door aansluiting van ZoA-scherm bij de oudere cliënt en inrichting ervan, en door de plaatsing van een extra scherm bij de familie, kan er een overlegsituatie ontstaan tussen zorgorganisatie en naaste, met als gespreksonderwerp de zorg voor de oudere en zijn/haar wensen. Hierdoor is ook advies bij het uitvoeren van mantelzorg mogelijk
- Bij naasten is met een extra ZoA-scherm invloed en zicht op professionele zorg mogelijk. Zicht is mogelijk als een mantelzorg met een scherm veelvuldig beeldcontact maakt met de oudere. Invloed is mogelijk bijvoorbeeld als verwanten meedenken over de invulling van de scherminhoud en daaraan bijvoorbeeld ook een bijdrage leveren, bijvoorbeeld door het leveren van familiefoto's.

Verwacht wordt dat mantelzorgers deze meerwaarde van ZoA zullen waarderen, omdat de behoefte aan geruststelling en de wens om bij te dragen aan het welzijn van ouders en zich bij hen betrokken te voelen vrij algemeen is. Als betrokken kunnen zijn via en bij ZoA gebruiksvriendelijk wordt vormgegeven, lijkt dit juist ook voor deze doelgroep aantrekkelijk.



Lessen

- De familie betrekken is een apart deelproject, of een aparte fase die inspanning vergt. Zo lang er nog geen succeservaringen zijn die een voorbeeld in de gemeenschap, kost het veel inspanning om naasten te betrekken.

Effecten en meerwaarde voor begeleiders

Met ZoA krijgt zorgen een ander karakter. Begeleiders ervaren met name de volgende aspecten als positief:

- Zoals opgemerkt hebben begeleiders met ZoA meer in handen om leefwereld en dagbesteding van cliënten te verrijken.
- Er is vaker contact mogelijk tussen begeleider en oudere, terwijl tegelijk wordt bespaard op reistijd.

Effecten en meerwaarde voor Cordaan

Voor Cordaan is een belangrijke directe meerwaarde, dat betere zorg mogelijk wordt. Partnerorganisatie Avicen maakte duidelijk dat ze met hulp van een ZoA-scherm, met zijn informatie- en contactmogelijkheden, meent meer effectieve en kwalitatief betere zorg te kunnen gaan leveren.

Meer indirect, maar minsten zo belangrijk, biedt ZoA zicht op belangrijke achterliggende vragen:

- Meer inzicht is ontstaan in de culturele samenstelling van cliëntenbestand. Winst van het experiment is dat Cordaan nadrukkelijk is gaan kijken naar de culturele samenstelling van de cliëntèle in de thuiszorg. Men heeft ontdekt dat allochtone cliënten nog meer dan werd gedacht ondervertegenwoordigd zijn als cliënt van Cordaan.
- Al iets meer inzicht is verkregen in de leefwereld van Marokkaanse en Turkse ouderen. Door uitvoering van het experiment is Cordaan, al tegen typische kenmerken van het leven van deze ouderen aangelopen: de eerste stappen van een noodzakelijk ontdeckingsproces.

Maatschappelijke effecten en meerwaarde (in potentie)

De volgende maatschappelijke baten lijken waarschijnlijk, onder meer vanwege de parallel met de succesvolle gezondheidsvoorlichting door voorlichter met eigen taal en cultuur. Ook op grond van observaties door de directeur van Avicen lijkt mogelijk succes aannemelijk. Geconstateerd wordt dat veel allochtone patiënten met vragen blijven zitten, mede omdat ze vanwege taalproblemen geen optimale communicatie hebben met een autochtone arts. Er zijn goede voorlichtingsfilms en –voorzieningen in eigen taal beschikbaar; via ZoA kunnen die beter worden ontsloten.



- effectieve preventieve gezondheidsvoorlichting is mogelijk. Gezondheidsvoorlichting in eigen taal, onder meer door filmpjes, maar ook medisch spreekuur (met ondersteuning) in eigen taal via het ZoA-scherm is op efficiëntere wijze mogelijk.
- effectievere gezondheidszorg, besparing medische kosten
- De inzet van ZoA kan bijdragen aan behoud van de mantelzorg als onderdeel van de zorg aan Turkse en Marokkaanse ouderen.

6.4 Conclusies en aanbevelingen

Een belangrijke conclusie is dat ZoA voor allochtone ouderen primair zorg voor ouderen behelst. Er zijn verschillen tussen ouderen, maar er zijn ook overeenkomsten, zoals lichamelijke en geestelijke problemen en kwesties van het ouder worden. Juist omdat Cordaan geen teams heeft die uitsluitend met ouderen van een bepaalde afkomst werken, is dat een groot voordeel. Voorwaarde is wel, dat tegelijk op individueel niveau goed wordt ingespeeld op de behoeften en wensen van cliënten. Daartoe is wel belangrijk, dat medewerkers meer leren over achtergronden van allochtone cliënten.

Uit de voorafgaande bespreking van de invoering van ZoA bij Turkse ouderen volgen een aantal belangrijke conclusies.

1. Invoering van ZoA zonder betrokkenheid van thuiszorgteam kan geen informatie opleveren over meerwaarde van ZoA in de zorg, betrokkenheid van een zorgteam is dus noodzakelijk.
2. Om het scherm (altijd) aan te zetten moet er voor cliënten een aanzienlijk belang verbonden zijn aan het ZoA-scherm. Als ZoA niet is ingebed in het contact met zorgverleners en/of verwanten, kunnen cliënten geen belang hebben/ontwikkelen.
3. Cordaan heeft relatief weinig Turkse cliënten, en die Turkse cliënten die Cordaan heeft, zijn zozeer verspreid over zorgteams, dat er geen gericht experiment met Turkse thuiszorgcliënten mogelijk is dat aansluit bij één of meer zorgteams.
4. Voor veel huidige Turkse ouderen is een scherm wenselijk met zo veel mogelijk pictogrammen in plaats van tekst.
5. Voor een deel van de cliënten lijkt te gelden: eenvoudig sober scherm, zo min mogelijk handelingen en keuzes
6. Het individueel op maat maken van het ZoA-scherm is arbeidsintensief en dus duur, en ligt niet in de mogelijkheden van de meeste begeleiders/verzorgers. Daarom zijn er voor veel cliënten veel ongebruikte keuzemogelijkheden op hun scherm aanwezig. Hierdoor wordt het



scherm te ingewikkeld voor veel cliënten en/of zijn er voor hen te veel handelingen vereist, om bijv de gewenste radiozender te beluisteren. Inzet van een begeleider die wel makkelijk zelf de schermhoud kan aanpassen, zoals de begeleider die met de Surinaamse doelgroep werkte, kan een goede werkwijze bieden.

7. De huidige (autochtone) schermhoud van pal4-inhoud sluit, met bingo en dergelijke niet aan bij de nu bereikte Turkse cliënten. Spelletjes per computer sluiten niet aan bij veel Turkse oudere vrouwen.
8. Ook bij deze doelgroep hebben begeleiders een sleutelrol. Als begeleiders het scherm niet gaan gebruiken om contact te leggen, dan is de kans klein dan het aanslaat bij cliënten.
9. Experimenteer dóór met de enkele belangstellenden Turkse ouderen die ZoA hebben. en sluit ook hun familie aan en begeleid dit om nog wat meer te leren over wat er nodig is en waar Cordaan tegenaan loopt.
10. Schermhoud moet iets wezenlijks toevoegen voor cliënten. , wat is toevoeging als ze al schotel hebben, en nog geen beeldschermverbinding met hun eigen zorgverleners enz?
11. Imam die gesprekken voert en die cliënten kunnen zien bleek aantrekkelijk
12. Er is geen /weinig interesse om met vreemde Turkse medemensen of beroepskrachten te praten met wie cliënten geen zorgrelatie hebben.
13. Er is goede ervaring opgedaan met de inzet van vrijwilligers met dezelfde culturele achtergrond als de cliënten bij het oefenen in het gebruik van ZoA.
14. Cliënten uit deze doelgroep zijn vaak een deel van het jaar niet in Nederland, afwezigheid is niet goed te begrijpen voor Nederlandse beroepskrachten.
15. In beginperiode is/likt dagelijkse oefening/ beeldcontact nodig om ZoA plaats te laten krijgen in leven van cliënten.
16. Cordaan heeft geen beleid of strategie als het gaat om het bedienen van allochtone cliënten. De praktijk is dat Cordaan relatief weinig allochtone cliënten heeft. Een deel van de verklaring hiervoor is waarschijnlijk dat deze bevolkingsgroepen nog veel gebruik maken van mantelzorg door familie. Daarnaast zullen ze eerder gebruik maken van categorale thuiszorgorganisaties met een Turkse signatuur. Vermoedelijk heeft Cordaan weinig zorgend personeel van Turkse afkomst, en al helemaal geen of nauwelijks personeel op hogere posities van Turkse afkomst. Onder Turkse ouderen bestaat een voorkeur door verzorging door eigen (schoon)familie, en tweede keus door beroepskrachten van Turkse afkomst. Met het ouder worden verlangen mensen naar het bekende; dat zal dus ook wel gelden voor mensen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst. Als Cordaan meer dan nu gebeurt allochtone cliënten wil bedienen zal ze daar o.m. personeelsbeleid en communicatiebeleid op moeten afstemmen. Nu is er een experiment uitgevoerd over de experimentele invoering van zorg op afstand bij drie allochtone doelgroepen, terwijl Cordaan geen duidelijke specifieke doelstelling of beleidslijn of strategie heeft als het gaat om het bedienen van deze doelgroepen.



Deze conclusies leiden tot de volgende aanbevelingen.

- Korte termijn: Ga door met cliënten waarbij ZOA met succes is toegepast, en zorg parallel daaraan dat naaste ook verbinding krijgt.
- Middenlange termijn: haak ZoA aan bij thuiszorgteam.
- Huidige opzet heeft slechts deel van de vragen kunnen beantwoorden. Voor wie is het wel en niet geschikt/ wie kan ermee omgaan? Wat moet eraan veranderen? Over de vragen wat de meerwaarde is van ZoA, hoe ZoA te integreren in de zorg, en hoe naasten te betrekken, daarover is nog weinig duidelijkheid.
- De complexiteit is duidelijk geworden, de instabiliteit of veranderlijkheid van gezinssituaties is duidelijk geworden van het feit dat je met migranten te maken hebt, mensen die tenminste hun loyaliteit ook elders hebben liggen, heimwee en nostalgie.
- Lange termijn: vorm als Cordaan visie op bedienen van Turkse en Marokkaanse ouderen: in hoeverre wil Cordaan hen bedienen? Bepaal als Cordaan doelstellingen en streefcijfers en stem daar een strategie op af. Indien Cordaan besluit actief meer Turkse en of Marokkaanse ouderen zorg te willen bieden, dan dient daar ook personeelsbeleid e.d op te worden gericht.
- Het ziet ernaar uit dat ZoA een rol zou kunnen spelen in het binnenhalen van Turkse en Marokkaanse ouderen als cliënt, omdat ZoA met zich meebrengt dat Cordaan met familie in gesprek gaat, en Cordaan met ZOA een extra kan bieden. Als Cordaan wil dat allochtonen zorg en ZoA gaan gebruiken, moet het wel echt heel aantrekkelijk zijn.

6.4.2 Conclusies en aanbevelingen over ZOA bij Marokkaanse ouderen

1. Cordaan heeft momenteel te weinig Marokkaanse cliënten om hierbij experimenteel ZoA in te voeren
2. Samenwerking met de collega-/partnerorganisatie Avicen met Marokkaanse cliënten levert leerervaringen op
3. Start een actieve uitwisseling met Avicen over thuiszorg aan Marokkaanse en autochtone cliënten, bijvoorbeeld door tussen de organisaties stage-uitwisseling van begeleiders/verzorgers te organiseren (meeloopstages).
4. Er is een trekker nodig die op locatie van het team zorgt dat ZoA gaat leven, bijv dat het scherm altijd wordt aangezet.

kernvragen

Vragen die men met de pilot bij deze doelgroep beantwoord wilde krijgen was onder meer of de toepassing van Zorg op Afstand tot een hogere kwaliteit van leven zou leiden. Bij een aantal cliënten is inderdaad de kwaliteit van leven verbeterd. Een aangename dagbesteding, meer toegang tot



informatie, minder eenzaamheid. Om blijvend de levenskwaliteit te verbeteren is het nodig ZoA een plaats te gaan geven in de zorg en in het contact met naasten.

In het verlengde van het bovenstaande ligt dan de verwachting dat dit kan leiden tot uitstel of afname van de zorgvraag. Eenzaamheid en heimwee zijn belangrijke oorzaken van psychosomatische klachten en ziekten. Het is veel te vroeg om te zeggen of ZoA hiervoor iets wezenlijks kan betekenen.

De vraag of ZoA beginnen met welzijn en dan langzaam overgaand naar zorg een goede route is bij deze doelgroep, kan evenmin worden beantwoord. Als met welzijn ook contact met familie wordt bedoeld, dan is dit inderdaad een belangrijke ingang en motivator. De belangrijkste aanbeveling is dan ook om in te zetten op de mantelzorgers, die te betrekken en daar nog maximaal van te leren.

Over wat medewerkers moeten leren en kunnen om met deze doelgroep gebruik te maken van Zorg op Afstand, kan al iets meer worden gezegd. Geduld, inlevingsvermogen en het vermogen en de bereidheid om zich te verplaatsen in het migrant-zijn, behoren tot de vereiste competenties. Knelpunten zijn al aan naar boven gekomen, onder meer als het gaat over langdurig verblijf in het herkomstland. De kansen liggen vooral in het betrekken van naasten; dat biedt kansen voor het aanslaan van ZoA, voor het bereiken van nieuwe groepen en voor een invulling van zorg rekening houdend met culturele diversiteit.



7 Samenvatting en conclusies

7.1. Aard en achtergronden van het experiment

Cordaan heeft een tweejarig experiment uitgevoerd met Zorg op Afstand (ZoA). In Nederland is de afgelopen jaren met Zorg op Afstand geëxperimenteerd in de ouderenzorg. Tot de kern behoort een techniek, namelijk videocommunicatie, ofwel een beeldschermverbinding, die wordt ingezet in de zorg en begeleiding van cliënten van uiteenlopende doelgroepen. Daarnaast is ZoA-scherm in te richten met informatie of, spelletjes, specifieke internetlinks, de mogelijkheid tot email of internet.

Bij de circa 1500 ouderen die deelnemen aan de Nederlandse pilots blijkt de tevredenheid groot: meer maatwerk, meer zelf- en samenredzaamheid, meer gevoel van veiligheid en de verwachting langer thuis te kunnen blijven wonen. Zorgprofessionals ervaren dat als positief en hebben daarnaast meer plezier in hun werk omdat ZoA het mogelijk maakt om veel zelfstandiger en op maat in te spelen op de behoeften van hun cliënten. Ze hebben het gevoel weer meer toe te komen aan wat voor hen het hart van het zorgvak is. En mantelzorgers worden beter ondersteund.

Door de zorgvraag te verminderen, mantelzorg beter volhoudbaar te maken en de arbeidssatisfactie te verhogen kan ZoA de groeiende kloof tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt voor de zorg helpen verminderen.

Het experiment bij Cordaan heeft belangwekkende toegevoegde waarde ten opzichte van de elders opgedane ervaring. Het ging hier om een experiment waaruit Cordaan wilde leren of een ZoA-scherm met videocommunicatie dat in Nederland al door tien andere organisaties vooral in medisch gerichte thuiszorg bij vooral autochtone ouderen wordt ingezet, ook voor andere, specifieke doelgroepen van waarde zou kunnen zijn; en welke aanpassingen getroffen zouden moeten worden om die meerwaarde ook daadwerkelijk te realiseren.

Cordaan heeft ZoA experimenteel ingevoerd bij de volgende uiteenlopende doelgroepen:

- Verstandelijk gehandicapten met AWBZ-indicaties voor persoonlijke begeleiding en al of geen indicatie voor verblijf
- Psychiatrische cliënten met een indicatie voor verblijf en begeleiding
- Ouderen van Surinaamse afkomst met thuiszorg, met indicatie verpleging en verzorging en soms ook begeleiding
- Ouderen van Turkse en Marokkaanse afkomst met thuiszorg, met indicatie verpleging en verzorging en soms ook begeleiding.



Cordaan is erg ambitieus geweest met dit project. De diversiteit van de doelgroepen en zorgsoorten waarbinnen ZoA werd toegepast was groot. Het beoogde aantal aansluitingen was ook hoog. De titel van het project luidde *'Zorg op afstand, bestaande techniek voor nieuwe doelgroepen'*. Bij nader inzien zou *'De inzet van bestaande techniek voor nieuwe doelgroepen en nieuwe doeleinden'* wellicht een meer passende titel zijn geweest. De verschillen tussen Cordaan en andere organisaties in de toepassing van ZoA zijn namelijk legio: ze betreffen toepassing, doelgroep, gebruikers van de techniek, inbedding in zorg en dienstverlening etc.

Daarmee heeft dit Cordaan-experiment aanvullende inzichten opgeleverd over de mogelijkheden voor de inzet van Zorg-op-Afstand. En daarnaast in de voorwaarden die nodig zijn voor maatwerk voor verschillende typen cliënten en in de meerwaarde die dat maatwerk kan hebben cliënten en zelf en andere betrokkenen bij de zorg of de diënten.

Twee onderzoekers van de Universiteit van Amsterdam en Stichting Interculturele Participatie en Integratie hebben de uitvoering van het project gevolgd, en de voorwaarden voor en meerwaarde van de inzet van ZoA in kaart gebracht. Dit rapport vormt de neerslag van de monitoring. De **centrale vraag** luidt:

Wat kan worden geleerd van het experiment *Zorg op Afstand bestaande techniek voor nieuwe doelgroepen* omtrent de voorwaarden voor effectieve invoering van Zorg op Afstand bij specifieke doelgroepen, en omtrent de meerwaarde van ZoA bij deze groepen?

De vraag is opgesplitst in twee deelvragen:

1. Wat leert het verloop van het experiment over de noodzakelijke voorwaarden en andere aandachtspunten voor de invoering van Zorg-op-Afstand voor deze doelgroepen?
2. Wat is de meerwaarde van de toepassing van Zorg-op-Afstand bij deze doelgroepen voor cliënten, mantelzorgers, zorgenden, voor Cordaan als organisatie en voor andere partijen in de samenleving?

Hieronder beantwoorden we deze vragen op basis van de voorafgaande bespreking van het experiment als geheel (hoofdstuk 2) en van de pilots bij de vier doelgroepen (hoofdstukken 3-6).



7.2. Lessen omtrent invoering van ZoA

Het project is uitgevoerd onder omstandigheden die zeker niet onverdeeld gunstig waren. Ondanks en dankzij die omstandigheden - en mede dankzij grote inzet van veel mensen - zijn er veel waardevolle leerervaringen opgedaan over de invoering van ZoA bij verschillende doelgroepen in diverse vormen van zorg aan huis. Het experiment levert dan ook een rijke verzameling van adviezen en contra-adviezen op en laat zien voor welke invoeringskwesties Cordaan staat wanneer ze Zorg op Afstand bij deze en andere doelgroepen wil invoeren.

Deze paragraaf gaat ten eerste in op algemene conclusies over de invoering van ZoA, ten tweede op conclusies over de decentrale invoering van ZoA bij Cordaan in teams, ten derde op strategische kwesties in verband met de invoering van ZoA en ten vierde op aandachtspunten en randvoorwaarden die bij de invoering bij specifieke doelgroepen zijn gebleken.

Algemene lessen over invoering van ZoA

Welke algemene conclusies kunnen op basis van het rapport worden getrokken en aanbevelingen gedaan over de invoering van ZoA die een licht werpen op de voorwaarden en aandachtspunten voor verdere invoering?

- Invoering vraagt inzet van extra personeel (kost tijd, vraagt deskundigheid/concentratie van ervaringskennis). Kwartiermakers, mensen uit of naast het team die speciaal worden ingezet om ZoA initieel (experimenteel) in te voeren, moeten na invoering de opgedane kennis wel goed overdragen aan het team. Goede begeleiding vanuit Cordaan is noodzakelijk, net als voorzieningen voor opleiding of intervisie.
- Maatschappelijke innovaties verspreiden zich vaak van hoog naar laag. Met de invoering van ZoA bij AWBZ-diënten en bijzondere doelgroepen daarbinnen volgt Cordaan de tegengestelde weg. Cordaan kan overwegen ZoA vooral ook bij niet-AWBZ-cliënten te gaan introduceren. Dit kan de aantrekkelijkheid /status van ZoA versterken, en daarmee het verlangen van anderen om op ZoA te worden aangesloten. Bovendien kan Cordaan bij de invoering van ZoA bij de 'gemakkelijkere' (beter opgeleide, meer computervaardige) niet-AWBZ-cliënten ontdekkingen doen over de invoering van ZoA waardoor de invoering van ZoA bij nieuwe doelgroepen geen traject wordt met een dubbele handicap.
- Als de bedoeling is dat begeleiders gaan experimenteren buiten hun gangbare werk, is enerzijds van belang doelen mee te geven, en anderzijds duidelijkheid over extra tijd die begeleiders extra aan ZoA kunnen besteden. En die extra inzet of aanname van personeel moet haalbaar/uitvoerbaar zijn.



- De voorgaande drie punten tezamen nemend, zien we dat er behoefte is aan een Cordaan-visie op de doelen van de inzet van ZoA in de zorg. Wil Cordaan ZoA primair inzetten in de bestaande zorg of wil Cordaan nieuwe dingen gaan doen en bieden? Wil Cordaan er nieuwe cliënten mee binnenhalen? Is het de bedoeling dat ZoA zich (op korte termijn) gaat terugverdienen? Hoe verhoudt ZoA zich tot de strakke planning van de zorg?

Lessen over decentrale invoering en draagvlak

Nieuw of anders (dan elders) is dat ZoA bij Cordaan decentraal is ingevoerd. Bij de meeste andere organisaties waar ZoA wordt aangeboden, in het bijzonder via aanbieder PAL4, is er een zorgcentrale die 24 uur per dag wordt bezet door zorgcentralisten die zijn geschoold of geïnstrueerd om met beeldcontact en de apparatuur om te gaan, en die kunnen antwoorden op medische hulpvragen van cliënten. De zorgcentralisten zijn veelal verpleegkundigen.

Bij Cordaan is daarentegen geen zorgcentrale aanwezig. De mogelijkheid voor cliënten om in dringende gevallen of noodsituaties contact of hulp te krijgen wordt in de verschillende sectoren en onderdelen van Cordaan op verschillende manieren ingevuld, maar niet via één centrale. Ook de invoering van videocommunicatie/ ZoA vindt bij Cordaan niet centraal plaats, maar decentraal rond zorgteams, of zelfs los daarvan. Bij Cordaan werken dus niet een beperkt aantal zorgcentralisten met ZoA, maar complete teams, die bovendien in uiteenlopende sectoren werken. Het aantal werkenden dat met ZoA te maken krijgt en hun diversiteit is dus veel groter dan elders. Er moet daarom veel meer draagvlak voor ZoA tot stand worden gebracht.

Hoofdstukken 3-6 geven aanleiding tot de volgende lessen en aanbevelingen over decentrale invoering en draagvlak:

- Het is voordelig gebleken als ZoA bij een team wordt ingevoerd door speciaal hiervoor aangewezen of aangestelde mensen (kwartiermakers). Vooral in het begin als er nog veel onbekend is, is bundeling en opbouw van ervaringskennis nodig, en is het goed als niet te veel personeelsleden gefrustreerd raken door aanloopproblemen. Wel is daarna een inspanning nodig om kennis en ervaring in het team te delen en voor (verdere) integratie in de dienstverlening.
- Als verbijzondering van de vorige aanbeveling: Stel in de invoerings- en experimenteerfase bij voorkeur iemand aan voor de teams die zowel kennis van de techniek en het ICT aanbod heeft, als een cliënt- en zorggerichte houding. Voor goed gebruik van ZoA is het namelijk van groot belang gebleken het scherm op maat van individuele cliënten te kunnen inrichten, en het is een groot voordeel als dat door iemand uit de organisatie kan worden gedaan. Deze combinatie van technische en klantgerichte vaardigheden is niet algemeen bij begeleiders en kan niet algemeen van hen worden verwacht.



- Aanbeveling: Geef als Cordaan aan in ZoA geïnteresseerde of te interesseren begeleiders (en teammanagers/ directeuren) de kans om de mogelijkheden van ZoA te ontdekken, bijvoorbeeld door hen privé een ZoA viewer aan te bieden. Als personeel ontdekt dat ZoA meerwaarde kan bieden met eigen ouders of bepaalde cliënten, dan kunnen ze binnen Cordaan ambassadeurs worden voor ZoA.
- Als een team de opdracht krijgt te experimenteren met ZoA, is het van belang dat het experimenteren met ZoA enigszins kan aansluiten bij de belangstelling van het team en de omstandigheden waarin het team verkeert, en uitdagingen waar het voor staat. Zo wilde een betrokken team de inzet van ZoA bij Surinaamse ouderen vergelijken met de toepassing bij enkele autochtonen. Ook bij ander groepen zagen we voorbeelden van innovatieve, gemotiveerde medewerkers die ZoA wilde inzetten, bijvoorbeeld bij Marokkaanse ouderen met alleen een indicatie voor begeleiding. (ZoA voor autochtone ouderen en Marokkaanse ouderen met alleen begeleidingsindicatie pasten echter niet bij de (project)subsidie). Het team de ruimte geven kan niet alleen interessante informatie opleveren, maar zou tevens het enthousiasme van deze medewerkers voor ZoA kunnen vergroten.
- Het kan voordelig zijn om ZoA in te voeren bij een nieuw team, dat ZoA van meet af aan kan opnemen in het repertoire. Dit kan het invoeringsproces versnellen, omdat geen vastgeroeste routines hoeven worden afgeleerd. De ervaring bij een GGZ team laat echter tevens zien dat het cruciaal is voor een goede introductie van ZoA bij cliënten dat begeleiders tevoren voldoende informatie hebben over de mogelijkheden van ZoA, over de gangbare zorgverlening en begeleiding en de beoogde plaats van ZoA daarin. Dat is eens te meer van belang, omdat een nieuw team ook met (meer algemene) aanloopproblemen kan kampen.
- Decentrale experimentele invoering van ZoA bij een specifieke culturele groep ouderen, zoals de Turkse is lastig gebleken bij Cordaan, omdat veel teams maar één of hooguit enkele Turkse cliënten tellen. Voor Marokkaanse en in mindere mate Surinaamse oudere cliënten geldt hetzelfde. (Dat hoeft niet te bevreemden, omdat allochtone ouderen minder snel van professionele zorg gebruik maken en dat de Turkse en Marokkaanse groepen ouderen ook in Amsterdam-West tezamen slechts 1/8 van het totaal aantal ouderen uitmaken.) Invoer geschiedde daarom bij individuele Turkse cliënten, en niet bij een team, waardoor het nog niet mogelijk was om ZoA in de reguliere zorg te integreren.

Bij invoering van ZoA met één zorgcentrale, zou het bedienen van verspreid wonende cliënten met een Turkse of Marokkaanse taalachtergrond beter kunnen worden verzorgd. Met de aanwezigheid van één Turkse en één Marokkaanse (Arabisch en Berbers) sprekende zorgcentralist zouden dan deze hele bevolkingsgroepen in Amsterdam kunnen worden bediend.

In het huidige Cordaan zonder zorgcentrale en met lage vertegenwoordiging van ouderen van Turkse en Marokkaanse afkomst als cliënten van teams, kan Cordaan ZoA het best per team bij alle cliënten van een team invoeren.



- In deze proef kwam aan het licht dat Cordaan nog het nodige werk heeft te verzetten om ZoA in de zorg aan Surinaamse ouderen te integreren. Dit wekt geen verbazing gezien de korte periode waarin in deze pilot met ZoA bij deze doelgroep is geëxperimenteerd. Hoe maak je van ZoA een integraal onderdeel van het regulier aanbod? Dat gaan denken vanuit de leefwereld van Surinaamse ouderen, (die bij Cordaan ook in Amsterdam Zuidoost een minderheid vormen onder de AWBZ-cliënten) in plaats vanuit het aanbod, was voor het team een grote stap, waarmee wel een begin is gemaakt. Dit is, ook mede gezien de tijdsdruk en financiële druk waaronder zij werken begrijpelijk. Cordaan heeft van instellingen die al langer met ZoA bezig zijn iets te leren over eerdere ervaringen, en aan andere instellingen heeft Cordaan iets te leren over de ervaring met specifieke doelgroepen.
- In het geval van Marokkaanse ouderen is ZoA experimenteel ingevoerd bij een team van een partnerorganisatie (Avicen). Het is zaak de leerervaring ook over te dragen aan Cordaan en daar te behouden. Cordaan constateert in Jaardocument 2009 de noodzaak van samenwerking met organisaties die aanvullende deskundigheid hebben. Het delen van kennis is dan wel een aandachtspunt. Gedacht kan worden meeloopstages, waarbij verzorgenden van Cordaan meelopen met collega's van Avicen die bij Marokkaanse ouderen thuis op bezoek gaan en via ZoA contact onderhouden.

Doelgroepspecifieke aandachtspunten en randvoorwaarden?

Naast deze algemene lessen is er bij specifieke doelgroepen geleerd welke voorwaarden noodzakelijk en aandachtspunten belangrijk zijn voor de invoering van ZoA. Voorwaarden en aandachtspunten die bij een doelgroep noodzakelijk zijn gebleken, kunnen overigens ook gunstig of geschikt gaan blijken voor andere doelgroepen. Eenvoud en gebruiksgemak en de inzet van pictogrammen lijkt voor alle doelgroepen gunstig, als dat zo wordt uitgevoerd en vormgegeven dat het resultaat niet kinderachtig wordt. (Immers ook in het reguliere 'kantoorgebruik' van computers voor een breed publiek heeft de inzet van beeld en pictogrammen terrein gewonnen ten koste van geschreven taal.) Verschillen in leervaardigheid en leervermogen zijn er niet alleen bij verstandelijk beperkte cliënten, maar ook bij laag- of niet geletterde cliënten en of laag geschoolde cliënten. Zij allen hebben belang bij eenvoud, een beperking van keuzemogelijkheden, langzame opbouw van voorzieningen en veel oefenen.

Bij verstandelijk gehandicapten

1. Pictogrammen gebruiken in plaats van tekst maakt het systeem veel toegankelijker.
2. Maatwerk op individueel niveau is cruciaal: hoeveel voorzieningen via ZoA worden aangeboden en welke (bijv. beeldbellen met begeleiders, met familie, email, internet, spelletjes, etc.) en beeldscherm inhoud (formuleringen, informatie, instructies) moet worden aangepast aan het verstandelijke niveau van individuele cliënten.



3. Een geschiktheidstest van cliënten is belangrijk om na te gaan of ZoA voor individuele cliënten geschikt is en meerwaarde heeft en, nog belangrijker, wat ZoA op maat van individuele cliënten kan betekenen. Cordaan kan bij het eventueel doorontwikkelen van een dergelijke test voortbouwen op het toepassen van de screening die reeds is ontwikkeld en uitgevoerd.
4. Ervaring heeft uitgewezen dat deze cliënten geleidelijk aan moeten kennismaken met ZoA. Het is verstandig gebleken om het scherm stap voor stap in te richten, en met weinig te beginnen.
5. Voor deze cliënten is goede instructie en veelvuldig oefenen of een cursus noodzakelijk.
6. Draagvlak onder personeel is een sleutelfactor (blijkt ook bij andere doelgroepen); begeleiders zijn noodzakelijke wegbereiders/ambassadeurs voor ZoA.
7. Blijf de cliëntenraad en naastenkring betrekken om input te krijgen over de gewenste inhoud, en vormgeving van het scherm en de gewenste zorg, en vooral ook om draagvlak te verwerven en om extra (leer)ervaring op te doen over het betrekken van deze doelgroep cliënten en hun naasten.

Bij GGZ cliënten

8. Om begeleiders te laten beschikken over competenties die nodig zijn om ZoA optimaal in te zetten in de begeleiding van deze cliënten is het van belang dat de inzet van ZoA onderwerp is van na- en bijscholing en wellicht ook intervisie.
9. Het is van groot belang om kennis en deskundigheid over de inzet van ZoA bij GGZ-cliënten verder op te bouwen. Samenwerking en uitwisseling lijken wijs tussen Cordaan en andere organisaties in het land die ZoA toepassen in de begeleiding van psychiatrische cliënten. Wellicht kan gezamenlijk werken aan concrete zaken van algemeen belang, bijvoorbeeld opleidingspakketten of aan specificaties voor (nieuwe) technologie, helpen om mogelijke beletsels in de sfeer van onderlinge concurrentie te overwinnen.
10. Cliënten willen (in tegenstelling tot verwachting) videocommunicatie inzetten in contact met naasten. Dat kan beslist een meerwaarde zijn, maar alleen als sprake is van gerichte begeleiding, omdat in deze vaak beladen relaties sprake is van groot afbreukrisico.
11. De PAL4inhoud en –vormgeving wordt door een deel van de cliënten beleefd als ouwelijk

Bij thuiszorg aan ouderen

12. Als ZoA wordt ingevoerd in thuiszorg, moeten de verschillende zorgverleners kunnen rapporteren, een logboek kunnen bijhouden, zodat zorgverleners bij de cliënt thuis kunnen zien wie er is geweest en wat deze zorgverleners hebben gedaan.
13. Sluit wat betreft contactmomenten aan bij het dagritme en de dagstructuur van cliënten, vooral als zij een ingesleten dagstructuur hebben waaraan ze gehecht zijn.

Bij Surinaamse ouderen

14. Het aanzetten en gebruiken van het scherm moet doorgaans door begeleiders worden geïnitieerd.
15. Vaak moet video-contact aanvankelijk als een extra (en niet als vervanging van persoonlijke ontmoeting) worden gepresenteerd en geboden, daarna wordt het snel populairder.



16. Ook naasten kunnen een sleutelrol spelen bij de acceptatie en inrichting van ZoA-scherm bij Surinaamse cliënten. Het is belangrijk dat naasten snel na de aanvraag worden aangesloten. Dat is nog te weinig het geval. De drempel is te hoog, aansluiten via software in een bijlage bij een email werkt niet. Naasten merken dit niet op, vergeten het, hebben het te druk of vinden het te ingewikkeld. Een meer actieve benadering door begeleiders zal naar verwachting lonen.
17. Om ZoA aantrekkelijk te maken voor deze cliënten is het van belang op het scherm inhoud te bieden die hun cultuur erkent en erbij aansluit. Denk aan een Surinaamse krant en radio, Surinaams nieuws, maar ook oude populaire muziek uit Suriname, kerkdiensten uit Zuidoost enz.

Bij Turkse en Marokkaanse ouderen

18. Om het scherm (altijd) aan te zetten moet er voor cliënten een aanzienlijk belang en of toegevoegde waarde verbonden zijn aan het ZoA-scherm. Daarom moet ZoA terdege zijn ingebed in het contact met zorgverleners en/of verwanten. Of het scherm moet voorzieningen bieden waarover de cliënten, ook niet via de schotel, beschikken, zoals een Turkse radiozender of contact met een imam. Ouderen schakelen het scherm ook vaak uit omdat ze geen energie en geld willen verspillen.
19. Invoering van ZoA zonder betrokkenheid van een thuiszorgteam, zoals in het experiment met Turkse cliënten, maakt het niet mogelijk inzicht te verkrijgen over de meerwaarde van ZoA in de zorg.
20. Voor veel huidige Turkse en Marokkaanse ouderen is een scherm wenselijk met zo veel mogelijk pictogrammen in plaats van tekst.
21. Voor een deel van de cliënten lijkt te gelden: eenvoudig sober scherm, zo min mogelijk handelingen en keuzes.
22. Het is belangrijk voor veel Turkse oudere vrouwen om de pal4-inhoud te verrijken met applicaties die aansluiten bij hun leefwereld.
23. Verdere experimenten zijn nodig met enkele belangstellende Turkse ouderen die ZoA hebben. Het is verstandig om ook hun familie aan te sluiten, en begeleiding te bieden om nog wat meer te leren over wat er nodig is om ZoA toe te passen bij deze specifieke doelgroep.
24. Er is goede ervaring opgedaan met de inzet van vrijwilligers met dezelfde culturele achtergrond als de cliënten bij het oefenen in de omgang met ZoA. Aanbevolen wordt hiermee door te gaan.
25. Cliënten uit deze doelgroep zijn vaak een deel van het jaar niet in Nederland. Afwezigheid is niet goed te begrijpen voor Nederlandse beroepskrachten.
26. In beginperiode is (bijna)dagelijkse oefening / beeldcontact nodig om ZoA plaats te laten krijgen in leven van cliënten.
27. Cordaan heeft momenteel te weinig Marokkaanse cliënten om hierbij experimenteel ZoA in te voeren.
28. Er is een trekker nodig die op locatie van het team zorgt dat ZoA gaat leven, bijv dat het scherm altijd wordt aangezet.
29. Nieuwe contacten met onbekenden opbouwen via het ZoA-scherm is in de eerste (korte) pilotperiode niet haalbaar gebleken. Turkse cliënten hadden geen of weinig interesse om via ZoA te spreken met Turkse bezoekers of beroepskrachten van een Turks dagcentrum die zij niet kenden en



met wie zij geen zorgrelatie hadden. Dat dit in ieder geval zonder gerichte extra begeleiding niet haalbaar is gebleken, is niet geheel verbazingwekkend, gezien de onbekendheid met beeldbellen, chatten en dergelijke.

Ter afsluiting van bovenstaande opsommingen merken we op dat bepaalde randvoorwaarden weliswaar bij een bepaalde doelgroep specifiek naar voren komen, maar dat deze vaak een grotere geldigheid hebben. De aanvankelijk doelgroepspecifieke punten hebben een attenderende waarde. Steeds kan men zich afvragen of het mogelijk is deze randvoorwaarde in acht te nemen voor alle doelgroepen en diënten of dat er ook mogelijke nadelen zijn. Bijvoorbeeld eenvoud en gebruiksgemak zijn in het algeme en wenselijk, maar voor een deel van de verstandelijk gehandicapte cliënten is het heel belangrijk dat het niet kinderachtig overkomt en bij de cliënten uit de GGz niet ouwelijk of betuttelend. Niet in alle opzichten zal het nodig zijn cultuur- of doelgroepspecifieke inhoud te bieden.

7.3. **Lessen omtrent meerwaarde ZoA voor specifieke doelgroepen**

Uit de verschillende proeven is al het nodige duidelijk geworden over wat de meerwaarde van ZoA voor de verschillende doelgroepen zoal is en kan zijn. Voor alle doelgroepen geldt dat de meerwaarde voor, en het gebruik door, cliënten zeer gebaat zijn bij het inrichten van het scherm op individuele maat met een combinatie van relevante informatie voor ouderen/psychiatrische cliënten/verstandelijk gehandicapten, aantrekkelijke spelletjes, nieuwsvoorziening (radio) die aansluit bij de culturele achtergrond, informatie over zorg- en dienstverlening door Cordaan en anderen. Ook cruciaal voor het gebruik door cliënten is dat begeleiders het systeem actief gebruiken, als integraal onderdeel van hun werk. (Bij relevante informatie voor ouderen gaat het om lichamelijke en geestelijke verschijnselen van het ouder worden, in de vgz en ggz gaat het om veelvoorkomende problemen, bijv over medicijnen schulden, de dag structureren, eenzaamheid en contacten leggen.)

Voor alle groepen allochtonen ouderen geldt, dat ZoA voor naasten nieuwe vormen van onderlinge betrokkenheid kan opleveren, ook op afstand (hetgeen soms als een voordeel wordt beleefd). In een enkel geval leidt het tot negatief ervaren bemoeienis. ZoA biedt naasten uit deze groepen ook meer zicht op het welbevinden van de cliënt, meer mogelijkheden om daaraan bij te dragen en meer zeggenschap over de zorg. Mantelzorgers kunnen beter worden ondersteund, en ZoA kan hun taak verlichten. Overigens vergt het betrekken van naasten bij ZoA in veel gevallen wel een gerichte inspanning.



Bij verstandelijk gehandicapten

1. Toepassing bij deze doelgroep (licht verstandelijk gehandicapten) is goed mogelijk
2. Cliënten ervaren met beeldcontact via ZoA nabijheid van hun persoonlijke begeleider, dat is toegevoegde waarde van ZoA
3. Cliënten ontwikkelen zich, doordat ze op hun schermspelletjes gaan doen, gaan emailen, internet gaan raadplegen of zelf contact gaan opnemen met het kantoor in de wijk.
4. Door een of meer voornoemde veranderingen in activiteit worden cliënten zelfredzamer, en nemen ze meer deel aan de samenleving.
5. Cliënten hebben meer contacten of vaker contact met begeleiding, lotgenoten of verwanten, en ze hebben meer ook zelf de regie daarbij.
6. Er zijn verschillende voorbeelden van het voorkomen van escalaties, doordat de begeleiding tijdelijk kan worden geïntensiveerd als escalatie dreigt. Deze doelgroep is vaak niet in staat vragen uit te stellen. Als ze vragen niet hoeven uit te stellen, is er meer rust bij cliënten. Het voorkomen van escalaties leidt tot besparingen (op inzet van personeel).
7. Het experiment heeft geleid tot effectievere begeleiding, en professionalisering van de zorg aan verstandelijk gehandicapten; over allerlei aspecten wordt opnieuw fris nagedacht.

Bij GGZ cliënten

1. ZoA opnemen in contact tussen begeleider en cliënt bij GGZ heeft grote voordelen, vooral omdat het kan helpen om uit de GGZ bekende dilemma's rond afstand, nabijheid en indringendheid meer optimaal op te lossen. Het experiment bij deze mensen verdient voortzetting en uitbreiding.
2. ZoA heeft toegevoegde waarde voor lotgenotencontact; een deel van de cliënten durft met videocommunicatie onderling contact te onderhouden of aan te gaan.
3. ZoA blijkt nieuwe mogelijkheden voor contact met naasten te bieden; aangezien contacten en het netwerk een notoir zwak punt zijn bij deze cliënten en het moeilijk is om als begeleider iets hierop te bieden, is dit een grote winst. Tevens biedt ZoA cliënten een gelegenheid om sociale vaardigheden te oefenen..
4. Internet vergroot de actieradius en participatie van cliënten.
5. Er is zicht op besparingsmogelijkheden: het geheel uitsparen van nachtdienst, en bij avonddienst één in plaats van twee personeel.
6. ZoA is verenigbaar met de rehabilitatie-methodiek en zorgt voor verbetering van de effectiviteit van de zorg
7. Het beter kunnen volgen van cliënten, en tijdelijk intensief vinger aan de pols kunnen houden, zonder in het huis van cliënten te hoeven komen, of te worden toegelaten, kan een deel van escalaties voorkomen. Dat leidt tot minder leed, en mogelijke schade bij cliënten zelf, maar ook tot maatschappelijke besparingen en kan gaan leiden tot positieve.



maatschappelijke effecten als een grotere acceptatie van zelfstandig wonenden psychiatrische cliënten door omwonenden.

Bij thuiszorg aan ouderen

1. ZoA kan door zorgregisseur worden gebruikt voor jaarlijkse zorgevaluatie met cliënten.

Bij Surinaamse ouderen

2. ZoA blijkt cliënten te kunnen activeren, en te kunnen bijdragen aan minder eenzaamheid en meer welbevinden.
3. Perspectief op vermindering van belasting van mantelzorgers, met behoud van hun betrokkenheid en nabijheid voor cliënten
4. Cliënten hebben een gevoel van erkenning en welbevinding doordat met ZoA dienstverlening en 'aandacht' op maat wordt geboden, aansluitend bij hun culturele achtergrond.
5. Er zijn eerste stappen gezet voor een nieuwe visie op zorg en welzijn, waarbij niet wordt gedacht vanuit aanbod, maar met de leefwereld van Surinaamse ouderen als startpunt. In die visie en de daarbij horende dienstverlening is er meer aandacht voor welzijn, en wat minder voor zorg (nodig).

Bij ouderen van Turkse en Marokkaanse afkomst

1. Individuele geestelijke verzorging via ZoA kan meerwaarde bieden, zo bleek uit de (pastorale) gesprekken die een Imam met cliënten voerde. Er kan voor worden gekozen dat vrouwelijke cliënten wel de imam kunnen zien, maar de imam hen niet.
2. Cordaan heeft nu al meerwaarde ervaren in de vorm van beter zicht op de afkomst van het cliëntenbestand, en op de leefwereld van allochtone cliënten. Dat maakt betere, meer effectieve zorg mogelijk. En meer zicht op stappen die Cordaan moet gaan zetten als ze deze cliënten meer dan nu het geval is, wil gaan bedienen.
3. Samenwerking met een collega-/partnerorganisatie met Marokkaanse cliënten levert leerervaringen op.
4. ZoA biedt Cordaan de kans om met kinderen van huidige Turkse en Marokkaanse ouderen in gesprek te gaan over de zorg aan ouderen, hun belasting als mantelzorgers, de belangstelling van ouderen, de wensen van kinderen.

Ook bij bovengenoemde punten kan men zich afvragen of de voordelen en gunstige effecten die bij bepaalde doelgroepen naar voren zijn gekomen, wel daadwerkelijk doelgroepspecifiek zijn.

Waarschijnlijk zijn een deel van deze gunstige effecten ook voor andere doelgroepen of individuen daarbinnen aantrekkelijk en te realiseren.



7.4. Tot slot

ZoA is bij Cordaan ingevoerd als experiment in de zorg van een aantal teams. Zoals in de rapportage bleek, waren de voorwaarden niet altijd optimaal. Maar al met al is er, door vallen en opstaan, veel geleerd. Allen die aan dit experiment hebben meegeedaan verdienen respect, voor het realiseren van de successen, het opvangen van tegenslagen en het incasseren van de teleurstellingen.

De experimenten met ZoA hebben de aandacht gevestigd niet alleen op zaken die direct samenhangen met de invoering van ZoA, maar ook op vraagstukken die toch al spelen, zoals;

- De leefwereld van cliënt komt meer de zorg binnen. Waar dat goed wordt opgepakt, leidt het tot kwaliteitsverbetering en meer arbeidssatisfactie. Dat biedt, ook los van ZoA, nieuwe perspectieven op de zorg, en op betere integratie van zorg in welzijn, commerciële dienstverlening en sociale netwerken.
- De omgang met uitdagingen die specifiek zijn voor doelgroepen. Bij met name VG cliënten kan ZoA, mits juist en op maat toegepast, worden geprobeerd dagstructuur te versterken. Bij GGZ (en ook andere) cliënten spelen vaak dilemma's afstand-nabijheid: ZoA kan helpen een beter evenwicht hierin te vinden. ZoA biedt niet alleen een uitbreiding van het repertoire om daarmee om te gaan, maar ook meer inzicht in die dilemma's.
- Diversiteit: ZoA maakt belang van maatwerk duidelijk: verschillen binnen groepen, leren van verschillen en overeenkomsten. Die inzichten overstijgen het gebruik van ZoA, en kunnen ook meer in het algemeen tot kwaliteitsverbetering leiden.
- Het blijkt dat zowel cliënten als zorgenden sterk waarderen dat ZoA meer autonomie geeft: meer zeggenschap en keuze voor cliënten.

Met betrekking tot deze vraagstukken fungeert ZoA enerzijds als een soort vergrootglas, en anderzijds reikt het ook een nieuw type oplossingen aan.

Een wezenskenmerk van een experiment is de tijdelijkheid; het heeft een duidelijk begin en eind. Na afloop is er gelegenheid voor bezinning. Het is verstandig om die kans nu te nemen, op basis van deze rapportage, en - minstens zo belangrijk – in gesprek met betrokken professionals, cliënten en mantelzorgers. Hierboven hebben we inzichten en ervaringen aangereikt voor reflectie en, mogelijk herijking, op meerdere aspecten:

- De techniek, industrieel uiteenlopende gebruikers toepassingen, en de aanbieder
- Met welke doelgroepen nu wel en niet doorgaan? Hoe omgaan met voorzieningen voor mantelzorgers?
- Hoe kan ZoA worden ingevoerd in het reguliere zorgproces? Welke richtlijnen, hulpmiddelen, protocollen moet worden ontwikkeld? Welke her- en bijscholing is nodig?



- Welke doelen en voorwaarden moeten gelden bij toepassen ZoA in een team?

Zulke bezinning zal leiden tot verdere ontwikkeling van de propositie van ZoA voor Cordaan. Wij zien in de uitkomsten van dit experiment reden om te stellen dat de kern van die propositie is: ZoA heeft op korte termijn het vermogen om voor het zelfde geld betere zorg te bieden: meer beleefde kwaliteit bij cliënten, meer autonomie, beter integratie in de leefwereld en een hogere arbeidssatisfactie voor medewerkers. Daarmee kan Cordaan zich met ZoA profileren ten opzichte van zowel (potentiële) cliënten, als op de steeds krappere arbeidsmarkt in de zorg. Op langere termijn kunnen schaafeffecten leiden tot besparingen bij Cordaan, en wellicht ook tot vemeden kosten elders in de zorg.

Hoe die propositie verder wordt uitgewerkt, is een vraag die de komende tijd aandacht vraagt. Enkele concrete kwesties hebben we zojuist al genoemd. Daarnaast zijn er een aantal belangrijke **strategische keuzen** voor de organisatie **Cordaan**, die de laatste jaren uit verschillende fusies is gegroeid met betrekking tot de zorg en dienstverlening en de groepen waar ze zich op richt:

- Voor zover bekend heeft Cordaan geen expliciet beleid of nadrukkelijke strategie als het gaat om het bedienen van allochtone cliënten. Wel noemt Cordaan in Jaardocument 2009 als een speerpunt of doelstelling voor de komende jaren dat de zorginhoudelijke ontwikkeling van Cordaans aanbod gaat aansluiten op veranderingen in de vraag en de samenstelling van de bevolking.³⁸
- De praktijk is dat Cordaan relatief weinig allochtone cliënten heeft, vooral weinig AWBZ-clieñten. Een deel van de verklaring hiervoor is waarschijnlijk dat deze bevolkingsgroepen nog veel gebruik maken van mantelzorg door familie. Daarnaast zullen ze eerder gebruik maken van categorale thuiszorgorganisaties met een Surinaamse, Turkse of Marokkaanse signatuur. Cordaan heeft vermoedelijk weinig zorgend personeel van bijvoorbeeld Turkse afkomst, en al helemaal weinig personeel op hogere posities van Turkse afkomst. Onder Turkse ouderen bestaat een voorkeur door verzorging door eigen (schoon)familie, en tweede keus door beroepskrachten van Turkse afkomst. Met het ouder worden verlangen mensen naar het bekende; dat zal dus ook wel gelden voor mensen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst. Als Cordaan meer dan nu gebeurt allochtone cliënten wil bedienen zal ze daar o.m. personeelsbeleid en communicatiebeleid op moeten afstemmen. Cordaan heeft een project uitgevoerd gericht op de experimentele invoering van zorg op afstand bij drie allochtone doelgroepen terwijl de organisatie naar bekend is nog geen duidelijke doelstelling, beleidslijn of strategie heeft als het gaat om het bedienen van deze doelgroepen.

³⁸ Jaardocument Cordaan groep 2009 (2010: 38).



- Evenzeer lijkt van belang dat de inzet van ZoA bij zelfstandig wonende VG- en GGZ-cliënten kan worden gekoppeld aan gerichte Cordaan-doelstellingen, bijvoorbeeld over de groei van marktaandeel of het doen toenemen van het aantal of aandeel zelfstandig en/of individueel wonende cliënten (ten opzichte van groepswonen) of duidelijke doelstellingen wat betreft kwaliteits- of effectiviteitsverbetering van de VGZ en GGZ.

Ondertussen bevelen we aan om cliënten die inmiddels gewend zijn geraakt aan ZoA deze voorziening vooralsnog te laten behouden, en om voor de betrokken medewerkers goede intervisie te waarborgen. En tenslotte bevelen we nogmaals aan dat Cordaan de opgedane ervaring deelt met andere instellingen, als onderdeel van een gezamenlijke speurtocht naar de precieze manieren waarop ZoA zowel de kwaliteit van de zorg kan verhogen als het werken in de zorg meer aantrekkelijk kan maken.



Bijlage **BEELDSCHERMPROJECT WERKPLAN**

Naam:

Datum werkplan: 24 februari 2010

Werkdoel van de cliënt in overleg met cliënt en persoonlijk begeleider:

A. maakt contact via het scherm.

Uitvoering door cliënt:

A. heeft elke woensdag contact via het scherm met de begeleiding.

Uitvoering door begeleider:

(benoem specifiek wat de begeleider moet doen. Op welk tijdstip is er contact via het beeldscherm, welk doel heeft dat contact)

De begeleiding belt A. **elke woensdag om 11.15.**

Evaluatiedatum: zie evaluatierooster

Evaluatie 1: week 14 (7 april)

We hebben het werkplan aangepast. Op de maandag is het voor A niet mogelijk om contact te maken via het scherm. A is vaak later thuis dan 5 uur, omdat ze afhankelijk is van het taxivervoer.

A maakt regelmatig gebruik van het scherm. In het bijzonder als ze niet meer weet wanneer ze een afspraak heeft met een begeleider of als ze een vraag heeft over haar post.

Volgende evaluatiedatum: week 19 (20 mei)

Evaluatie 2:

A vertelt dat ze het goed vindt gaan. A vertelt dat ze alleen op woensdag het scherm aan heeft. A heeft twee contactmomenten gehad met E.

Als A belangrijke post of dingen wil bespreken belt ze via het scherm. A geeft aan dat ze via het scherm snel een begeleider kan bereiken en haar probleem kwijt kan. A geeft aan dat ze het voldoende vindt om op woensdag contact te maken via het scherm.

Ondertekening voor akkoord

Cliënt: A.....

Begeleider: S.

