

1

Wonen, zorg en welzijn

- **Wonen, zorg en welzijn: organisatiebelang op de tweede plaats**
- **Woonzorgzones: over de landsgrenzen heen**
- **Welbevinden staat centraal bij Humanitas**
- **Toepassingen van ICT in wonen en zorg**
- **De zelfdenkende woning voor senioren**

Colofon

Veertiende jaargang
Nummer 1
Maart 2005

NOTA-ABBG

Nederlands Onafhankelijk Tijdschrift
Alumnivereniging Beleid en Beheer van de
Gezondheidszorg

Redactieraad NOTA-ABBG

Noortje Staal
Céline van Elst
Ronald Hortensius
Penny Senior
Marloes Berkens
Jeroen Havers
Luc Pluijmen
Maarten Veldstra

Eindredactie

Marloes Berkens

Vormgeving

Ronald Hortensius

Doelstelling ABBG

De Alumnivereniging voor Beleid en Beheer van de
Gezondheidszorg (ABBG) is een vereniging voor
oud-studenten van de studierichting Beleid en Beheer
van de Gezondheidszorg aan de Faculteit der
Gezondheidswetenschappen van de Universiteit
Maastricht.

De doelstelling van de ABBG, zoals in de statuten
vastgelegd, is het onderhouden van contacten tussen
de leden onderling en de faculteit. Zij ondersteunen
elkaar door het uitwisselen van kennis, informatie en
werkervaring via ledendagen, symposia en
intervisiegroepen.

Bestuur ABBG

Jacco Aantjes, voorzitter/waarnemend secretaris
Carina Parmentier, penningmeester
Annieke van der Meij, ledenadministratie /
algemeen bestuurslid
Brigitte van der Zanden, algemeen bestuurslid
Rosian Schoenmakers, algemeen bestuurslid
Joris Ruijters, algemeen bestuurslid/coördinator
website

ABBG on-line

e-mail: info@abbg.nl
homepage: www.abbg.nl

Uitgave

Alumnivereniging Beleid en Beheer van de
Gezondheidszorg

Druk

SpectraFacility B.V.
Oudlaan 4
Postbus 9696
3506 GR Utrecht

Kopij

Sluitingsdatum 23 mei 2005
Verschijning NOTA 1 week 23
Kopij sturen naar:
ABBG o.v.v. redactie 'NOTA'
postbus 616
6200 MD Maastricht

Advertenties

Voor informatie:
e-mail: info@abbg.nl
Sturen naar:
ABBG
postbus 616
6200 MD Maastricht

Abonnementen

Gekoppeld aan lidmaatschap ABBG.
Lidmaatschapsbijdrage € 25,00 voor leden en
buitengewoon leden en € 15,00 voor aspirant-leden.
Abonnementsgeld over te maken op gironummer
3177804 t.n.v. ABBG te Maastricht o.v.v. 'contributie'.
Opzegging van het lidmaatschap kan jaarlijks en
dient vóór 1 december plaats te vinden.

..... Inhoud

Redactioneel	3
Uit het bestuur	4
Wonen, zorg en welzijn: organisatiebelang op de tweede plaats	5
Woonzorgzones: Scandinavisch en STAGG-model	8
Zon, Zee, Wonen en Zorg	11
Welbevinden staat centraal bij stichting Humanitas	13
Toepassingen van ICT in wonen en zorg	15
Domotica: de zelfdenkende woning voor senioren	18
Online	21
Alumnis Opinio	22
In Beeld	24
Bericht uit Maastricht	26
Verslag enquête najaar 2004	27
Verenigingsnieuws	29
ABBG aanmeldingsformulier / mutatieformulier	31

Redactioneel

Door Marloes Berkers

Wonen voor senioren is momenteel volop in beweging.

Wonen en zorg worden in toenemende mate gezien als afzonderlijke onderdelen van iemands leven. Woonwensen van ouderen veranderen en technische mogelijkheden nemen toe. Het aantal ouderen zal de komende jaren sterk stijgen evenals de koopkracht van senioren doordat steeds meer mensen een aanvullend pensioen krijgen. Daarnaast zijn plaatsen in intramurale zorginstellingen schaars waardoor het wenselijk is dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Dit is vaak ook de wens van de ouderen zelf.

Momenteel zijn op meerdere locaties in Nederland plannen voor het aanleggen van een woonzorgzone. Op enkele locaties worden dergelijke projecten reeds gerealiseerd. Daarnaast variëren de wensen van ouderen aanzienlijk. Waar sommige ouderen niet uit hun boerderij weg willen, willen anderen naar een comfortabel appartementje en weer anderen emigreren liever naar Spanje.

Thema van deze NOTA is de relatie tussen wonen, zorg en welzijn waarbij aandacht voor alle partijen die hierbij een rol spelen zoals woningbouwverenigingen, zorgverzekeringen en aanbieders van zorg en natuurlijk de ouderen zelf.

We wensen jullie weer veel leesplezier met deze nieuwe, dikke NOTA.

Uit het bestuur

Door Jacco Aantjes,
voorzitter ABBG

Voor mijn gevoel heb ik net de laatste slok champagne weggewerkt, dient het carnaval zich al weer aan. En wanneer je dit stukje leest, ligt ook dat al weer achter ons. Voor mijn gevoel begint 2005 met een sprint.

En binnen de ABBG willen we de vaart er ook inhouden. Traditiegetrouw zal er in een het voorjaar weer een symposium worden gehouden. Het symposium zal gaan over de inhoud en de consequenties van het invoeren van de Zorgverzekeringswet in 2006. We proberen dit symposium weer te doen in samenwerking met de ABMG.

Daarnaast zal tijdens het voorjaarssymposium specifiek aandacht worden gegeven aan de *netwerkgroepen*. Naast terugkoppelingen, is er dan de gelegenheid om aan te sluiten bij bestaande groepen of nieuwe groepen te vormen.

Daarnaast willen we dit jaar als bestuur de vereniging in een modern jasje gaan steken. Dit betekent onder andere een nieuwe huisstijl, aanpassing van het logo en vooral een nieuwe functionaliteit van de website. Bedoeling is dat eind van dit jaar alle handelingen met betrekking tot het ledenbestand (van ledenboek tot mutaties) via de website kunnen gebeuren. Denk hierbij aan de wijze waarop alumninet van de UM werkt.

Met betrekking tot de ledenwerving hebben we op de laatste ALV afgesproken dat iedereen die afstudeert in Beleid en Beheer, Bachelor of Master, lid kan worden. Met de UM zijn we in overleg hoe we al deze potentiële leden op een goede manier kunnen benaderen en interesseren voor de ABBG.

Als laatste wil ik je wijze op de contributie. Het scheelt de penningmeester een hoop tijd wanneer je op tijd betaalt. Dus: **DOEN!**

En zoals altijd: Veel plezier met het lezen van de NOTA.

Wonen, zorg en welzijn: organisatiebelang op de tweede plaats

Door Penny Senior

Een sterk groeiende zorgbehoefte bij een toenemende vergrijzing. Ouderen willen langer zelfstandig wonen met makkelijke toegang tot zorg en voorzieningen indien nodig. De caresector staat voor de uitdaging van omschakeling van intramurale naar extramurale zorg. De zorgvraag wordt echter steeds intensiever en is vaak niet los te koppelen van welzijns- en woonaspecten. Woningcorporaties hebben het prestatieveld 'wonen en zorg' erbij gekregen. Gemeenten gaan welzijnsvoorzieningen positioneren in woonzorgzones. Dit zijn de ontwikkelingen die spelen op het gebied waar wonen, welzijn en zorg elkaar raken en overlappen. Een dynamisch werkveld!

■ Inleiding

Iedereen woont, elke dag opnieuw. Voor de meeste mensen is dit vanzelfsprekend, maar niet voor iedereen. Bijna alle mensen wonen het liefst thuis, ook als ze ondersteuning of zorg nodig hebben. Dit geldt voor ouderen, maar ook voor mensen met een handicap. Een groot deel van de woningvoorraad is daarvoor onvoldoende geschikt. Ook de zorg is sterk in verandering: van het bieden van zorg en verblijf (wonen) in instellingen ontwikkelt de zorg zich naar het zo zelfstandig mogelijk wonen, met zorg als dit nodig is.

Woonzorgbehoefte neemt toe

Het aantal mensen dat behoefte heeft aan een gecombineerde woonzorgvoorziening is de laatste jaren fors gestegen. Ook de komende decennia zal de vraag naar deze voorzieningen blijven toenemen. Oorzaken hiervoor zijn de vergrijzing (zie kader), de 'extramuralisering' in de gezondheidszorg maar ook de toenemende aandacht voor huisvesting van specifieke doelgroepen als gehandicapten, dak- en thuislozen, (ex-) verslaafden en (ex-) psychiatrische patiënten. De vraag naar specifieke woonzorgvoorzieningen onder ouderen is vooral afkomstig van 75-plussers. Bij de overige groepen zorgbehoevenden is er vooral behoefte aan een zekere vorm van begeleid (bescherm) wonen.

Er worden drie basisvormen van wonen onderscheiden. Dit zijn:

1. zelfstandig wonen: bewoner woont zelfstandig en ontvangt indien nodig (en geïndiceerd) zorg en dienstverlening op afspraak. Bewoner kan zelf kiezen welke aanbieder dit levert. Woningaanpassingen zijn mogelijk via de Wet Voorziening Gehandicapten (WvG);
2. verzorgd wonen: bewoner woont in een verzorgingshuis, woonzorgcomplex o.i.d. Dienstverlening en zorg op afspraak of afroep worden vaak standaard geboden

door één (of enkele) organisaties. De woning is het liefst levensloopbestendig.

3. beschermd wonen:

bewoner woont in beschermde woonvorm, zoals een kleinschalige woonvoorziening. Dit is meestal inclusief 24-uurs zorg met toezicht; wonen is meestal niet gescheiden van zorg.

Vergrijzing

De voortgaande vergrijzing van de bevolking leidt tot 33% meer ouderen in de "vierde leeftijd" (75+) in 2015, een toename van 2% per jaar. De frequentie van handicaps en chronische ziekten boven 75 jaar zal naar verwachting nog niet wezenlijk afnemen. Van belang voor de zorgbehoefte is ook de verwachte 40% toename van het aantal ouderen met dementie. De totale zorgbehoefte blijft dus toenemen tot 2015, zowel voor de thuiszorg als voor de 24-uurszorg. De verwachting is dat de informele zorg de toename van de zorgvraag niet zal bijhouden. Na 2015 zal het aantal ouderen boven 75 jaar nog sneller gaan groeien, maar zal naar verwachting de gezondheidstoestand tegelijkertijd verbeteren.

Rol zorgaanbieders

De zorgvraag verandert, dat is duidelijk. Maar als mensen (ouderen) steeds langer zelfstandig blijven wonen, hebben ze op een bepaald moment toch vaak zorg of diensten aan huis nodig. Van maaltijden service en huishoudelijke hulp tot verpleegkundige zorg. Aan de zorgaanbieders dus om hier goed op in te spelen. De intramurale instellingen moeten meer naar buiten en de thuiszorgorganisaties moeten vraaggericht gaan werken. Meer zorg zal in de thuissituatie geleverd worden en hier moeten medewerkers en producten op afgestemd worden. Om professioneler te kunnen werken, kosten te besparen en integrale zorgketens te kunnen vormen, gaan zorgaanbieders sectoroverschrijdende zorgconcerns vormen. Met de

groei van intensieve thuiszorg en kleinschalige woonvormen zien we tevens een toename van het aantal locaties waar zorg geleverd wordt. De samenwerking met andere zorg- en welzijnsaanbieders en woningaanbieders wordt steeds belangrijker om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Daarnaast worden zogenaamde diensten- of servicepakketten ontwikkeld door de zorgaanbieders. Zo kunnen zij hun klantgroep met veranderende behoeften blijven bedienen en wordt het de klanten mogelijk gemaakt om langer zelfstandig te blijven wonen.

Rol woningcorporaties

Woningcorporaties hebben zich ontwikkeld tot grote, zelfstandige organisaties. Zij zijn allereerst verantwoordelijk voor de kwantiteit en kwaliteit van hun woningaanbod. Daarnaast hebben zij een belangrijke sociale opgave, namelijk ervoor zorgen dat ook de zwakkere groepen in de samenleving goed kunnen wonen. In het rijksbeleidskader zijn de maatschappelijke prestaties die van de corporaties worden verwacht vastgelegd in het BBSH (Besluit Beheer Sociale Huursector). Woningcorporaties maken over de prestatievelden die benoemd staan in het BBSH afspraken met de gemeente. In 2001 voegde de overheid een zesde prestatieveld toe aan dit BBSH: het prestatieveld wonen en zorg. Er speelden toen al wel bepaalde ontwikkelingen in de markt die aandacht vroegen voor dit veld maar door deze toevoeging aan het BBSH waren corporaties in eens verplicht er ook daadwerkelijk actie op te ondernemen.

Voor woningcorporaties wordt het marktsegment 'wonen en zorg' steeds belangrijker. Voor veel woningcorporaties bestaat een behoorlijk deel van hun huurders uit 55-plussers en dit heeft gevolgen voor wat voor soort woningen een corporatie wil en moet aanbieden. Naast de zelfstandige 55+ woningen en serviceflats groeit de vraag naar woonzorgcomplexen en geclusterde woonvormen voor zorgintensieve groepen. Dit betekent dat corporaties veel klantgericht moeten opereren: wat heeft onze oudere klant aan wooneisen?

De opgave is om enerzijds nieuwe flexibele en schakelbare woningen te bouwen, die optimaal zijn zowel voor een diversiteit aan doelgroepen 'wonen en zorg' als voor de reguliere woningmarkt. Anderzijds moeten bestaande woningen worden aangepast aan de eisen van deze tijd: het zogenaamde opplussen. Een stap verder gaat de opgave om een deel van het woningbezit 'levensloopbestendig' te maken. Daarbij zijn voorzieningen in de woning zelf van belang maar ook voorzieningen in de woonomgeving. Ook gaan woningcorporaties meer woonzorgprojecten in de middenklasse ontwikkelen, eventueel in samenwerking met private financiers. Tenslotte blijft er ook vraag bestaan naar bouw of overname van intramuraal vastgoed ten behoeve van zorginstellingen. De

meeste corporaties zijn zeker bereid tot onrendabele investeringen in wonen en zorg, maar lopen wel tegen moeilijk in te schatten risico's op, mede ten gevolge van de nog onvoltooide verbouwing van het AWBZ-stelsel en de nieuwe WMO, waardoor hun zorgpartners nog niet ten volle als maatschappelijk ondernemer kunnen functioneren.

Woningcorporaties investeren in verbeteringen in het huidige woonaanbod door aanpassing en nieuwbouw maar ook door technologie (domotica, zie het artikel elders in deze NOTA). Daarnaast zoeken zij samenwerking met zorginstellingen en dienstenorganisaties om te komen tot diverse woonzorgvoorzieningen. Voorbeelden zijn de woonzorgzone, kleinschalige woonvormen voor zorgintensieve groepen, begeleid wonen, etc.

Samenwerking tussen wonen en zorg

Samenwerking tussen zorginstellingen en woningcorporaties kan op verschillende manieren gebeuren en betrekking hebben op meerdere onderwerpen, bijvoorbeeld:

- Samenwerking kan betrekking hebben op de overname van het vastgoed van een zorginstelling door een woningcorporatie;
- Samenwerken is ook aan de orde bij de bouw en exploitatie van een woonzorgcomplex. Het gebouw moet zodanig ontworpen worden dat naast wonen ook goede zorg verleend kan worden. En voor de exploitatie moeten woningtoewijzing en zorgleverantie op elkaar afgestemd worden. Dat geldt niet alleen voor wooncomplexen voor senioren, maar ook voor kleinschalige woonvoorzieningen voor zorgintensieve groepen als dementerenden, mensen met een hersenbeschadiging of verstandelijk gehandicapten;
- Samenwerking tussen meerdere partijen bij het ontwerpen van woonzorgzones. Het creëren van een woonzorgzone is een manier om zorg, welzijn en wonen in een wijk geïntegreerd vorm te geven. Afstemming en gezamenlijke coördinatie vanuit meerdere infopunten (één loket principe), verspreid over een bepaald gebied zodat wonen, zorg en welzijn vooral voor de hulpbehoevenden in de wijk goed toegankelijk en afgestemd zijn (zie artikel elders in deze NOTA);
- Samenwerken in een multifunctioneel centrum, bij het aanbieden van een servicepakket of bij het renoveren (opplussen) van woningen voor ouderen, e.d.

In veel situaties is niet meer alleen sprake van één woningcorporatie en één zorginstelling maar zijn meer organisaties betrokken. Daardoor wordt het proces ingewikkelder. Meer partijen met elke een eigen referentiekader, eigen visie en eigen spelregels vraagt

Woningcorporaties moeten klantgericht gaan opereren: wat wil de oudere huurder?

meer afstemming voordat er zaken gedaan kunnen worden. Vooral de fasering in zo'n project en wanneer wat vastgelegd kan worden, levert vragen op.

Soms zijn er meerdere zorgorganisaties betrokken bij één woonzorgproject. Afspraken rondom zorgverlening en afstemming bij gezamenlijke klanten is dan van belang. Groot knelpunt is echter de concurrentie die door de overheid wordt gestimuleerd; dit maakt het lastig om goede afspraken te maken die in het belang van de klant zijn en niet slechts van de betrokken organisaties.

Betrokkenheid van meerdere woningcorporaties is vooral aan de orde als het een wijkgericht project betreft, zoals bij woonzorgzones. De woningcorporaties zijn dan vaak de eigenaren van de woningen in dat gebied. Ook is vaak medewerking van de gemeente en van de Stichting Welzijn Ouderen gewenst. Bij het opzetten van woonzorgzones en wijkcentra zijn vaak ook huisartsen en andere eerstelijnsorganisaties betrokken. En in toenemende mate wordt een wijksteunpunt gecombineerd met algemene welzijnsvoorzieningen en met de brede-school-gedachte.

Met name de verschillende posities van diverse organisaties en hun (financiële) armslag, zeggenschap en verantwoordingsstructuren kosten tijd om vertrouwd met elkaar te worden en tot afspraken te kunnen komen.

Overheidsbeleid

In juli 2004 hebben de Ministeries van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een gezamenlijk actieplan gemaakt: 'Actieplan wonen met zorg en welzijn'. De kern van het actieplan is dat eind 2009 er 255.000 meer volledig toegankelijke woningen beschikbaar zullen moeten zijn dan in 2002 om ouderen en mensen met een beperking langer zelfstandig te kunnen laten wonen. Om dit te realiseren gaan de Ministeries afspraken maken met provincies en gemeenten. VROM maakt afspraken met gemeenten, regio's en provincies over de woningproductie voor de periode 2005 tot 2009. Daarbij zal nadrukkelijk aandacht gevraagd worden voor het realiseren van voldoende toegankelijke woningen voor ouderen. VWS werkt samen met gemeenten, zorginstellingen en woningcorporaties aan het terugdringen van wachtlijsten én aan het realiseren van voldoende woonzorgcentra en dienstverlening voor de verdere toekomst. De ministeries van VROM en VWS gaan het actieplan jaarlijks actualiseren.

Tot slot

Er moet nog veel gebeuren in de samenwerking tussen wonen, welzijn en zorg voordat een klantgerichte samenwerking en goede afstemming gemeengoed is in Nederland. Dit wordt echter bemoeilijkt door een veelvoud aan organisaties met elk hun eigen belangen, onduidelijke financiering van bepaalde 'grijze gebieden' en de vanuit de overheid gestimuleerde concurrentie in de zorg. Voordat de organisatie belangen op de tweede plaats komen te staan en de belangen van de doelgroep op de eerste zal nog wel even duren. Gelukkig zijn er goede voorbeelden in het land van projecten waar dit wel gelukt is, het kan dus wel!

Scheiden van wonen en zorg

Het scheiden van wonen en zorg is een veelgehoorde kreet. Waar gaat dit eigenlijk over? Het scheiden van wonen en zorg is eigenlijk een vooral financiële kwestie. Het betekent dat de voorzieningen rondom het wonen los komen te staan van de voorzieningen rondom de zorg en dienstverlening. Intramurale verblijfsvoorzieningen worden door steeds meer cliënten ontoereikend gevonden wat betreft de kwaliteit van het wonen en de kwaliteit van het dagelijks leven. Het oude verzorgingshuis moet zich omvormen tot een woonzorgcomplex: de zorglevering staat los van de verblijfsfunctie. In het woonzorgcomplex moet de bewoners eigenlijk kunnen kiezen van welke zorgaanbieder hij zijn zorg krijgt.

Scheiding van wonen en zorg is inmiddels gemeengoed, wat niet wil zeggen dat dit in de praktijk zonder problemen verloopt. Er zijn nog wel verschillen van inzicht wat betreft het tempo van scheiden en de omvang van de doelgroep waarvoor scheiding uiteindelijk niet mogelijk zal zijn.

Bronnen

www.kenniscentrumwonzorg.nl

www.iwz.nl

www.minvws.nl

www.quintis.nl

Woonzorgzones: Scandinavisch en STAGG-model

Door Maarten Veldstra

Een woonzorgzone¹ is een geografisch afgebakend gebied waar aanbieders de hulp, zorg en woongelegenheid voor ouderen organiseren op basis van behoefte. Een dergelijke zone is niet een apart gebied met een oudere of zieligere bevolking, het gaat om een wijk, een dorp of een streek waar in beginsel evenveel zorgvragers wonen als gemiddeld. Het is een concept dat gezien kan worden als de overtreffende trap van een woonzorgcomplex. Waar woonzorgcomplexen zijn bedoeld om de bewoner meer autonomie en woonkwaliteit te bieden binnen de muren van het complex, voegt de woonzorgzone de dimensie toe van integratie in de wijk. Het idee voor de woonzorgzone is geïnspireerd op de manier waarop wonen, zorg en welzijn in Scandinavië georganiseerd zijn en op het door Nederlandse architecten ontwikkelde STAGG-model (STAGG staat voor Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg). In dit artikel wordt op het Scandinavische en het STAGG-model ingegaan.

Scandinavië Een inspiratiebron voor de woonzorgzone ligt, zoals hierboven al aangegeven, in Scandinavië. In Denemarken, Noorwegen en Zweden is ouderenzorg in sterke mate een gemeentelijke aangelegenheid. Aangezien in die landen de gemeente ook al verantwoordelijk is voor welzijn en wonen, zijn er gunstige voorwaarden aanwezig voor een integrale aanpak. In Scandinavische landen wordt zorg bovendien gezien als een vorm van sociale dienstverlening, en niet zozeer als een vorm van gezondheidszorg. Daardoor staat niet het medische model centraal, maar meer het welzijnsmodel van begeleid wonen. Beide karakteristieken verklaren de verrassende kleinschaligheid van de voorzieningen. Kleine gemeenten organiseren zelf een sluitend pakket van voorzieningen. Grote gemeenten decentraliseren hun middelen naar districten van ongeveer 10.000 inwoners, die beschikken over een compleet pakket voorzieningen op alle zorgniveaus, op basis van scheiding van wonen en zorg. De grote gemeenten stimuleren de kwaliteit van de dienstverlening en de efficiency door de districten via een benchmarksysteem onderling te laten wedijveren.

Denemarken als voorbeeld

In Denemarken organiseert men wonen en zorg op het niveau van wijk of dorp en is de laatste tien jaar een volledige scheiding van wonen en zorg doorgevoerd, waardoor het voor de (thuis)zorg niet uitmaakt waar iemand woont. Daarnaast zijn er ook geclusterde woonvormen voor mensen die toezicht nodig hebben. Daar is 24-uurs toezicht en zorg mogelijk. De ge-

meente is werkgever van beide vormen van zorgaanbod, hetgeen afschuifgedrag goeddeels uitsluit. In Denemarken kent het wijkmodel natuurlijk grenzen. Ouderen met ernstige psychiatrische of psychogeriatrische stoornissen worden daar ook opgenomen in regionale verpleeghuizen, maar zij vormen maar een kwart van het percentage dat in Nederland wordt opgenomen. In Aarhus, een stad met circa 285.000 inwoners, staat bijvoorbeeld maar één verpleeghuis met slechts 72 plaatsen voor dementerenden. Deze voorziening is bedoeld voor ouderen met ernstige stoornissen die niet in de kleinschalige woonvoorzieningen kunnen verblijven. Het verpleeghuis leent kennis en kunde uit aan de thuiszorgteams en het personeel in geclusterde woonvormen. Voor de 'gewone dementerende oudere' is en blijft echter plaats in de eigen wijk of in de eigen plattelandsgemeente.

STAGG-scenario

In het rapport 'Verblijven of wonen; zorg voor ouderen' (1995) wordt door de STAGG op basis van ruimtelijke begrippen een scenario geschetst voor de ouderenzorg in 2015. De vraag hoe een wijk eruit zou moeten zien om wonen, welzijn en zorg zo dicht mogelijk bij de bewoners te kunnen organiseren is uitgewerkt in het zogenaamde STAGG scenario. Dit scenario is in sterke mate geïnspireerd door de ontwikkelingen in Scandinavië. Door het hele rapport heen staan schema's, plaatjes en plattegronden die als het ware de bouwstenen vormen om het scenario vorm te geven. In 2000 verscheen een geactualiseerde versie van het oorspronkelijke rapport. Daarin is het model verbreed van alleen ouderen naar alle doelgroepen van de zorg, dus ook gehandicapten en cliënten van de psychiatrie en maatschappelijke opvang. In het rapport wordt zowel een scenario voor de grootstedelijke gebieden als een scenario voor het platteland geschetst.

... *woonzorgzone overtreffende trap van woonzorgcomplex...*

¹ De woonzorgzone is een term waar niet iedereen even gelukkig mee is. Andere termen zijn: zorgvriendelijke zone, centrale zone, dienstzone, leefzone, woonservicezone, servicewijk of zorgwijk. In dit artikel wordt desondanks toch de term woonzorgzone gehanteerd.

Haal, breng- en interne functies

In de intramurale gezondheidszorg is het aanbod van wonen, zorg en welzijn met elkaar verweven in één pakket, dat alleen in zijn geheel kan worden afgenomen. In het STAGG-model wordt het pakket opgesplitst in afzonderlijke functies, verdeeld over de hoofdgroepen dienstverlening /welzijn, wonen en zorg. Binnen deze indeling onderscheidt de STAGG:

- haalfuncties: voorbeelden zijn boodschappen doen en recreatieve activiteiten.
- brengfuncties: voorbeelden zijn zorgverlening, woningonderhoud, maaltijdservice en alarmering.
- functies die *intern* worden geleverd: bij 'interne levering' bevinden aanbieder en klant zich op dezelfde plek, omdat de intensiteit en de frequentie van de te leveren dienst dat vereisen (bijvoorbeeld in geval van langdurige intensieve zorg of 24-uurs toezicht).

Deze ontrafeling van wonen, zorg en dienstverlening vormt de basis voor het STAGG-model. Vanuit dit model zijn de verschillende functies flexibel en vraaggestuurd in de wijk te organiseren.

Organisatie van zorg- en dienstverlening

Om mensen (ook met een intensieve zorgvraag) in staat te stellen zelfstandig te blijven wonen, moeten in een buurt volgens het STAGG-scenario tenminste de volgende voorzieningen aanwezig zijn:

- één of meer voorzieningen waar haalfuncties zijn ondergebracht;
- een centraal loket, waar brengfuncties worden geregistreerd en gecoördineerd;
- (voor een beperkte groep) een voorziening waar zorg en dienstverlening intern worden geleverd.

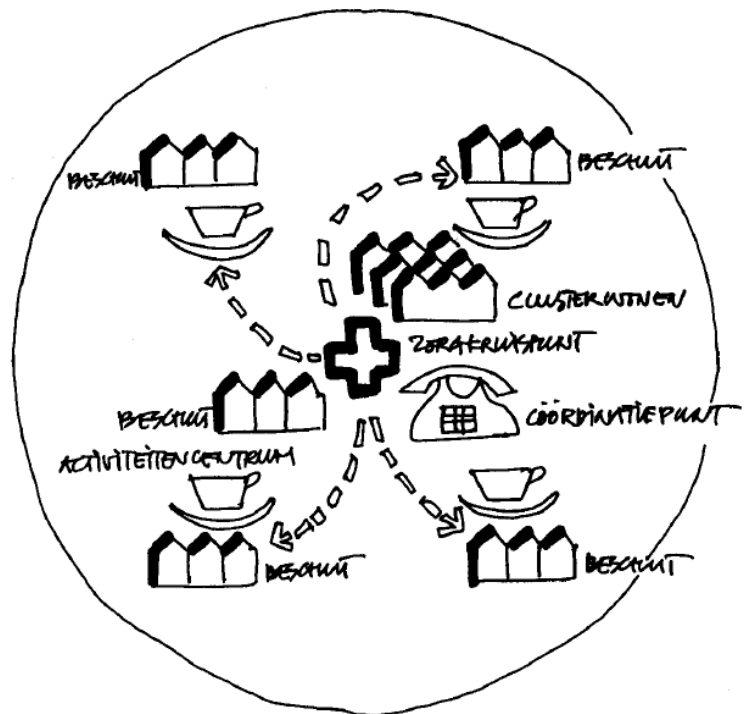
De haalfuncties zijn ondergebracht in activiteitencentra met recreatieve, culturele en hobbyactiviteiten, dagopvang, fysiotherapie en gymnastiek. Verder kunnen deze centra ook een restaurant, café, internetcafé etc. omvatten. De schaalgrootte en de breedte van het aanbod hangt af van de locatie en de doelgroep. Hoe meer doelgroepen, hoe breder het aanbod. Een coördinatiepunt fungeert als centraal loket, waar mensen informatie en advies kunnen krijgen en van waaruit de zorg wordt gecoördineerd. Een zorgkruispunt levert 24-uurs zorg, zowel intern als aan wijkbewoners. Dit kruispunt kan een klein medisch centrum bevatten, een ziekenboeg voor kortdurende opname en dagopvang. Activiteiten-centrum, coördinatiepunt en zorgkruispunt zijn geen statische concepten. De invulling hangt af van de wijk.

Het STAGG-scenario voor de stad

Om in een stad een goed functionerende woonzorgzone te kunnen realiseren is volgens het STAGG-scenario een draagvlak van ongeveer 10.000 inwoners nodig. Zij wonen in een als eenheid herkenbaar gebied (wijk) met voldoende eigen voorzieningen om in hun algemene dagelijkse behoeften te kunnen voorzien.

Binnen dit gebied is één coördinatiepunt nodig. Het coördinatiepunt organiseert de functies die binnen de wijk aanwezig zijn, maar beïnvloedt ook wijkoverstijgende zaken (zoals openbaar vervoer, verkeer, gemeentelijke diensten). Elke wijk heeft (afhankelijk van bebouwingsdichtheid en loopafstanden) een aantal activiteitencentra, waar zorgvragers elkaar kunnen ontmoeten. Deze centra bieden de mogelijkheid tot dagopvang, maar organiseren ook recreatieve activiteiten. Ze zijn bij voorkeur multifunctioneel en door verschillende doelgroepen te gebruiken: enerzijds om de integratie te bevorderen, anderzijds om flexibel te kunnen inspelen op veranderingen in de bevolkingssamenstelling.

De wijk heeft ook een eigen zorgkruispunt. Als er een ziekenhuis of verpleeghuis is, kan het zorgkruispunt daaraan worden gekoppeld. Het zorgkruispunt levert zorg en diverse diensten aan de bijzondere woonvormen in de wijk, maar ook aan individuele, zelfstandig wonende wijkbewoners. Specialistische hulp wordt geboden door bestaande ziekenhuizen en verpleeghuizen.



Figuur: STAGG-scenario voor stad

Het scenario gaat ervan uit dat de meeste zorgvragende wijkbewoners thuis zullen blijven wonen. Voor een deel van hen zal dit aanpassing van de woning vereisen. Vooral in stadswoningen met veel bovenwoningen en flats zonder lift, zal het aanpassen van de bestaande voorraad veel geld en aandacht vragen.

Landelijk gebied

Kijkend naar de toekomst schetst het STAGG-rapport naast een scenario voor stedelijke gebieden ook een scenario voor het platteland. 'Platteland' is hier een verzamelnaam voor alles buiten de steden. Dat 'alles' kan vele gezichten hebben, erkent de STAGG: van grote, welvoorzene dorpskernen tot losse verzamelingen van verspreid liggende huizen. Zeker op het platteland is een goede bereikbaarheid van haalfuncties (dagopvang, recreatie, sociale contacten) van belang. Elke dorpskern zou zijn eigen gemeenschapshuis of activiteitencentrum moeten hebben; voor iedereen toegankelijk en multifunctioneel. In de grootste kern bevindt zich het coördinatiepunt. Dat kan verbonden zijn met een zorgkruispunt en funktioneert tevens voor de kleinere kernen. In de kleine kernen wordt periodiek spreekuur gehouden. Daar is ook 24-uurs zorg beschikbaar. Om de continuïteit van de zorg te kunnen garanderen is samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders van essentieel belang.

Specialistische zorg wordt geboden door het zorgkruispunt in de grootste kern of door een zorgvoorziening (ziekenhuis, revalidatiecentrum, specialistisch verpleeghuis) in de regio. Het zorgkruispunt heeft een ziekenboeg voor tijdelijke opname of terminale zorg.

Het landelijke scenario gaat ervan uit dat de meeste mensen in hun eigen huis zullen blijven wonen, al dan niet met aanpassingen. Het doel is alle zorgvragers zoveel mogelijk in hun eigen omgeving te laten blijven - in elk geval in de eigen dorpskern.

Knelpunten bij realisatie

Bij het opzetten van een woonzorgzone zijn veel partijen betrokken. In de meeste gevallen zijn dat woningcorporaties, zorginstellingen, welzijnsinstellingen, zorgkantoor, de provincie, de gemeente en de (toekomstige) bewoners en gebruikers. In Scandinavië ligt de hoofdrol bij de gemeente; in Nederland liggen de verantwoordelijkheden vaak gespreid over een aantal van de genoemde actoren. Het gevolg hiervan is dat er vaak geen duidelijke trekker is. Het concept van de woonzorgzone is bovendien geen blauwdruk. Het is een idee dat uitgewerkt wordt in de lokale situatie. Er is dus geen standaard stappenplan. Het flexibele karakter van het concept en het feit dat in Nederland de verantwoordelijkheden verdeeld zijn over diverse actoren, maakt de realisatie van woonzorgzones een lastige opgave. Ook de noodzaak tot marktwerking en concurrentie maakt een woonzorgzone moeilijk realiseerbaar wanneer er verschillende zorgaanbieders (=concurrenten) mee doen. In het landelijke bestand van woonzorgzones staan momenteel meer dan 40 woonzorgzones genoemd (zie www.kenniscentrumwonenenzorg.nl). Ruim 10 daarvan zijn in uitvoering, de overige zijn (nog) in voorbereiding.

... *geen blauwdruk of standaard stappenplan...*

Gebruikte bronnen:

- Glaser, M. Harkes, D. Singelenberg, J. *Woonzorgzones*. Innovatieprogramma Wonen en Zorg. NIZW. Rotterdam, juli 2001.
- Nouws, H. Van der Linden, M. *Aan de slag met woonzorgzones: instrumenten voor initiatiefnemers*. Laagland Advies. Amersfoort, februari 2003
- Harkes, D. *Werkbezoek bestuur Arcares Denemarken 10-13 september 2002*. Aedes-Arcare kenniscentrum Wonen-Zorg, september 2002
- Koerts, A. & Van der Laan, D. *De opkomst van woonzorgzones: spanning tussen theorie en praktijk*. B&G juli/augustus 2003
- <http://www.kenniscentrumwonenenzorg.nl>
- <http://www.iwz.nl>
- <http://www.wonenzorgwelzijn.nl>

Zon, Zee, Wonen en Zorg

Vernieuwend woonzorg-initiatief over de Europese grenzen heen

Door Luc Pluijmen

Inspelen op de behoefte aan nabijheid van kwalitatief goede zorg en dienstverlening voor mensen die besluiten in het zonnige buitenland te gaan wonen. Dit is hetgeen Stichting De Wielborgh voor ogen heeft. De zorgorganisatie is bezig met de ontwikkeling van een woonpark in Zuid-Spanje. In het woonpark gaan medewerkers van De Wielborgh zorg en diensten verlenen aan de bewoners van het woonpark.

De Wielborgh De Wielborgh is een zorgorganisatie die zorg en diensten aanbiedt aan de bewoners van onder andere vier woonzorgcomplexen in de gemeente Dordrecht. Voor de bewoners van deze woonzorgcomplexen is de financiering van wonen en zorg gescheiden. Zij huren een appartement in een complex via de wooncorporatie en ontvangen zorg- en dienstverlening via De Wielborgh. Op deze wijze beschikken bewoners over hun eigen financiële middelen en wonen zij zelfstandig in hun eigen woning.

Woonpark in Zuid-Spanje

Met een toenemend aantal senioren Nederlanders dat naar warmere oorden verhuist, ontstaat een interessante markt voor Nederlandse zorgaanbieders. Sommige Nederlanders, de meeste in de leeftijdscategorie 55 jaar en ouder, kiezen ervoor om te gaan wonen in Zuid-Europa om te genieten van een aangename klimaat. Naast het woonaspect hebben deze mensen behoefte aan nabijheid van kwalitatief goede gezondheidszorg indien dit op een gegeven moment nodig blijkt te zijn. De Wielborgh speelt als een van de eerste Nederlandse zorgaanbieders vanaf eind 2006 in op deze behoefte door het openen van woonpark "Residencia La Cigüeña" (la cigüeña = de ooievaar, staat symbool voor een nieuw leven en de reis naar het zuiden) aan de Spaanse Costa de la Luz, een woonpark met als doelgroep Nederlandse 55+ers. De belangstelling voor de woningen in het woonpark is groot, aldus Sylvie Schoemaker, directeur van De Wielborgh, onlangs uitgeroepen tot Zorgmanager van het Jaar 2004.

Tezamen met een projectontwikkelaar en een vastgoedonderneming is een woonpark ontwikkeld, alwaar ruim 240 koopwoningen en 40 vakantieappartementen zijn aangeboden. Ook in dit woonpark wordt door de organisatie het principe van scheiden van wonen en zorg gehanteerd. Bewoners zorgen ook hier voor de financiering van hun eigen woonvoorziening. De Wielborgh biedt de bewoners van het park wel 24-uurs zorggarantie, hetgeen betekent dat wanneer het nodig blijkt te zijn de bewoners zorg kunnen ontvangen, volgens AWBZ-normen en volgens door De Wielborgh zelf opgestelde kwaliteitsnormen. De zorg wordt verleend door Nederlandse medewerkers van De Wiel-

borgh. Deze medewerkers komen per toerbeurt over vanuit Nederland om in het Spaanse woonpark te werken. Verder kunnen bewoners van het park gebruik maken van de diensten van een Nederlandse huisarts en fysiotherapeut. Voor eventuele ziekenhuiszorg heeft de organisatie contact gelegd met een ziekenhuis dat zeer nabij het woonpark gesitueerd is. Naast de zorg is het woonpark met name ingesteld op het bieden van veel service en comfort. Zo kan huishoudelijke zorgverlening worden ingeschakeld en is het woonpark voorzien van allerhande faciliteiten, waaronder een activiteitenruimte, kapsalon, internet-café, bibliotheek, restaurant, fitnessruimte, sauna, zwembad, tennisbaan, tropische tuin, golfbaan, etc.

Kosten en verzekering

Op basis van de gedachte van scheiden van wonen en zorg kunnen in het woonpark in Spanje zorgvormen die normaliter vergoed worden door de AWBZ of de ziektekostenverzekering (voorlopig nog) zonder probleem geleverd worden (zie kader). Nederlanders die eenmaal in het buitenland wonen en daar graag blijven wonen hoeven hierdoor niet meer terug naar Nederland wanneer ze zorgbehoevend zijn. Voorwaarden voor financiering van zorg uit de AWBZ zijn beschikking over een AWBZ-toelating en over een overeenkomst en productieafspraken met een zorgkantoor of zorgverzekeraar. Om de zorg in het buitenland via de AWBZ vergoed te krijgen moeten cliënten verder uiteraard AWBZ-gerechtigd zijn en een indicatie voor AWBZ-zorg hebben. Medische behandeling wordt afgerekend met het ziekenfonds in Spanje of met de eigen zorgverzekeraar in Nederland. Eigen bijdragen die cliënten normaliter in Nederland verschuldigd zijn voor het gebruik maken van een aantal functies gelden ook in het buitenland. Op de vergoeding van de zorg wordt de eigen bijdrage in mindering gebracht.

Naast de aanschafkosten van de woningen en de grond betalen de bewoners van het woonpark maandelijks een bedrag voor de faciliteiten op het park en voor de gegarandeerde 24-uurs alarmopvolging door medewerkers van De Wielborgh. Voor de genoemde service en comfortvoorzieningen in het woonpark betalen de bewoners apart of sluiten hiervoor een voordelig abonnement af.

De projectontwikkelaar biedt de bewoners een terugkoopgarantie, waarmee voor de bewoner(s) of familie problemen omtrent de verkoop een woning wordt voorkomen.

Bronnen:

www.wielborgh.nl

www.zorgvisie.nl

www.woonkrant.nl

www.kenniscentrumwonenzorg.nl

www.minvws.nl

Te verwachten is dat met de aanvraag van de basisverzekering in 2006 veranderingen komen in de vergoeding van geïndiceerde langdurende zorg, verpleging en behandeling. Hierover overlegt De Wielborgh nog met Zorgverzekeraars en VWS, evenals over het voorstel van minister Hoogervorst om de vrijwillige AWBZ voor Nederlanders in het buitenland te laten vervallen (Bij doorgang van dit voornemen van de Minister zou bijvoorbeeld De Wielborgh vanaf 2006 alleen de zorg kunnen bieden zoals die is geregeld volgens de ziektekostenverzekering in Spanje. Te verwachten is dat de minister voor een overgangsregeling zorgt die erin zal voorzien dat alleen die mensen die op het moment van opheffing van de vrijwillige AWBZ ten laste van de AWBZ zorg ontvangen, in het buitenland de lopende behandeling mogen afmaken ten laste van de AWBZ-verzekering).

- oproep -

"ABBG'ers in the Bush"

Het volgende nummer van de NOTA heeft bovenstaande als werktitel meegekregen. Voor dit volgende nummer is de redactie op zoek naar:

ABBG'ers die werkzaam en woonachtig zijn (geweest) en studenten die momenteel stage lopen (of onlangs gelopen hebben) in het buitenland.

Graag willen we van jullie ervaringen deelgenoot worden. Vertel ons wie je bent, wat je doet of gedaan hebt, wat je verwachtingen vooraf waren en hoe daaraan voldaan is. Wat je ambities zijn / waren. Waar je tegenaan loopt, wat je mee of juist tegen (bijvoorbeeld jouw talenkennis) is gevallen. Wat de stand van zaken van de gezondheidszorg in het betreffende land is etc..

Kortom, we zijn op zoek naar interessante, leuke of schrijnende, verbazingwekkende en hilarische ervaringen van ABBG'ers en Beleid & Beheerders met ervaringen in het buitenland. En daarbij willen we natuurlijk ook (leuke) foto's zien!!

De NOTA redactie heeft zelf de afgelopen maanden één van de redactieleden naar Kenia gestuurd om daar het nodige veldwerk te doen, maar ja... één verhaal is nog geen volle NOTA... dus kom op en werk mee om van de volgende NOTA (ook weer) een succes te maken.

Wil je meewerken aan de volgende NOTA en de kans benutten om je ervaringen met 350 anderen te delen: geef je op via nota@abbg.nl en zet in de titel van je berichtje "Ervaring in het buitenland". Wij nemen dan vervolgens met jou contact op om e.e.a. af te stemmen. (Wanneer je andere Beleid en Beheerders kent die in het buitenland zitten / zaten, geef hun naam dan ook via bovenstaand e-mailadres door).

Welbevinden staat centraal bij stichting Humanitas

Door Marloes Berkers

Op donderdag 10 februari 2005 bezocht ik een complex van de stichting Humanitas in Rotterdam Rijnmond voor een interview met de directeur Cor van Oort.

De stichting Humanitas is een stichting die voorziet in woningen en zorg voor ouderen.



Ik zal eerst even kort wat vertellen over Humanitas. Humanitas bestaat uit twee stichtingen: een stichting huisvesting en een stichting zorg. Humanitas heeft in regio Rotterdam Rijnmond 26 locaties. De stichting heeft een twee hoofdelijk bestuur, een raad van commissarissen en een zevental directeurs. Ik ben directeur van Humanitas Bergweg (het complex waar het gesprek plaatsvond), de Müllerpier en het Jan van der Ploeghuis. Op de Müllerpier zijn twee naast elkaar gelegen luxe levensloopbestendige complexen voor senioren vanaf 55 jaar in deelgemeente Delfshaven. De Zingende Zeeleeuw is een luxe restaurant in het complex Aert van Nes en in complex Witte de Wit is op de begane grond 'De Bontekoe', een thuiszorg, dagbehandeling en zorg-hotel voor particulieren en geïndiceerde cliënten. Het is voor iedereen van binnen het complex en van buiten vrij toegankelijk. De Humanitas filosofie legt de nadruk op het 'mens zijn' in plaats van op het 'zorg-behoevend zijn'. Dit heeft implicaties voor de zorg. Zorgaanbieders richten zich primair op de wensen van de cliënt.

Hoe past het Humanitasconcept in de AWBZ?

Met ingang van 2003 is de nieuwe AWBZ in werking getreden. Welzijn is uit de AWBZ geknikkerd. Het feit dat welzijn uit de AWBZ is geknikkerd levert in de Humanitas filosofie problemen op want daarin is aandacht voor welbevinden juist een alternatief voor zorg! Als je een omgeving weet te creëren waarin van alles gebeurt aan activiteiten, dan leidt dat af van ziekte. De preventieve zorg voor ouderen wordt momenteel dus niet meer gefinancierd. De pathologie staat in de AWBZ centraal. In de Humanitas filosofie zijn de faciliteiten: wonen, welzijn, zorg en behandeling gelijkwaardig (d.w.z. allemaal even belangrijk).

Wat is de doelgroep van Humanitas?

Humanitas kenmerkt zich door **levensloopbestendige woningen** waar zowel gezonde als van zorg afhankelijke mensen een appartement kunnen kopen of huren. Deze appartementen kenmerken zich door het feit dat personen er vanaf hun 55^{ste} voor de rest van hun leven in kunnen blijven wonen. De keuken is in hoogte verstelbaar (voor het geval iemand in een rolstoel komt), er zijn geen drempels, het is in de bad-

kamer mogelijk om iemand liggend te wassen (op een brancard), de schuifdeuren zijn met één vinger te openen, er is elektronische deurontgrendeling en personenalarmering. In deze woningen kan alle zorg worden geleverd tot en met verpleeghuiszorg. Het zijn volledig volwaardige woningen waarin ook iemand kan wonen die altijd zelf kookt. Klanten richten hun huis in naar eigen smaak. Er is in principe niets verboden. Mensen kunnen hun huisdieren houden (ook als ze zorgbehoevend zijn), ze zijn en blijven baas in eigen huis. De appartementen hebben een oppervlakte van 72 m² (tweekamerappartement) of 74 m² (driekamerappartement).

Wat is de samenstelling van de feitelijke bewoners?

Het complex op de Bergweg heeft sociale sector huurwoning een gemengde bewoning (rijk en arm, jong en oud, gezond en zorgbehoevend, autochtoon en allochtoon). Het complex bestaat in totaal uit 195 appartementen die voor ongeveer eenderde worden bewoond door gezonde mensen (die vaak nog een betaalde baan hebben!), eenderde door mensen met een

zorg.

lichte zorgvraag (tot twaalf uur zorg per week) en eenderde door personen met een zware zorgvraag. Van de laatste groep blijkt uiteindelijk 5% niet in staat om in het complex op de Bergweg te blijven wonen vanwege gezondheidsproblemen die opname op een gesloten afdeling veelal verpleeghuis noodzakelijk maken. Binnenkort wordt er op de locatie Bergweg gebouwd zodat deze vorm van zorg op termijn ook beschikbaar zal zijn.

Maken ook mensen van buiten de wijk gebruik van de faciliteiten van Humanitas?

Het complex is een openbaar gebouw. In het atrium, een groot centraal gelegen inpandig stadsplein, vinden veel activiteiten plaats. Deze activiteiten worden uitgevoerd door bewoners, de activiteitscoördinator of mensen buiten de instelling. Er vinden ook symposia en feesten plaats en er is een internetcentrum gevestigd. Het complex heeft ook een wijkfunctie door het leveren van dagbehandeling, dagverzorging, verpleeghuisarts, ouderenconsulent, zelfstandige fysiotherapie -en logopediepraktijk en een servicecentrale voor persoonsalarmering. Er worden dus ook diensten

geleverd aan mensen buiten het levensloopbestendig complex.

Wat vindt u van woonzorgzones?

Ik heb moeite met het begrip woonzorgzone. Zorg impliceert namelijk afhankelijkheid. Een woonzorgzone heeft het risico van het clusteren van voornamelijk zorgbehoeftigen en dat krijg al snel de sfeer van misère. De leefomgeving van mensen moet zoveel mogelijk een afspiegeling vormen van de maatschappij. Zo kunnen partners bijvoorbeeld bij elkaar blijven wonen wanneer één van de twee hulpbehoevend wordt. Het uitgangspunt dient welbevinden te zijn. Bij sommige instellingen druipt de zwaarmoedigheid er vanaf, terwijl het voor de bewoners hun permanente woonomgeving is. Bij ons heeft ook niemand een witte jas aan. Met een witte jas benadruk je dat mensen zorgbehoevend en afhankelijk zijn.

Personen hoeven in principe geen indicatie te hebben om hier te komen wonen. De indicatie is alleen benodigd voor het verkrijgen van zorg. Wanneer een persoon een zorgvraag heeft wordt door het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) een indicatie vastgesteld en beoordeeld hoeveel zorg van welke zeven AWBZ functies en hulpverleningstijd iemand nodig heeft. De zorgverlener moet per vijf minuten registreren wat hij / zij doet bij een klant. Vergoeding vindt plaats op basis van de werkelijk geleverde tijd met een maximum van de geïndiceerde tijd.

Een aantal thema's die centraal staan bij Humanitas zijn:

– use it or lose it

Rust roest. Iedereen is de baas in zijn eigen huis en is ook zelf verantwoordelijk voor zijn of haar eigen leven. Wanneer mensen worden gestimuleerd om wat te doen behouden ze eigenwaarde, trots en zelfvertrouwen. De zorg is op maat en adviserend; te veel zorg is erger dan te weinig zorg.

– scheiden van wonen en zorg

De cliënt is de baas in zijn eigen woning, waar hij/zij eventueel met partner levenslang kan blijven wonen

– deinstitutionalisering

Van intramurale naar gesublimeerde thuiszorg (mensen blijven in hun eigen huis wonen) en hoeven niet naar een verpleeg- of verzorgingshuis.

– gemengd publiek

Bewoners zoveel mogelijk een afspiegeling van de maatschappij.

– ja-cultuur

Vergaderen kost geld, enthousiasme levert op. Binnen organisaties gaat eindeloos energie verloren aan nee-zeggen tegen cliënten en medewerkers. Een real life voorbeeld is het verhaal van een medewerker die een bijdrage vraagt voor een cursus pottenbakken (van 500 euro); nee zeggen is het makkelijkste wat er is. De cursus heeft niks met werk te maken en ik heb er niks mee te maken dat je dat privé niet kunt opbrengen.

Een bijdrage geven van 250 euro levert echter het volgende op: twee grote vazen die het atrium kunnen opsieren, een gemotiveerde medewerkster die dit uitstraalt op de klanten en die bereid is om een keer wat langer door te werken als dat nodig is en zich minder snel ziek zal melden door grote betrokkenheid bij de organisatie. Daarnaast draagt zo iemand bij aan een positief imago van de stichting en kan deze persoon anderen motiveren om ook bij Humanitas te werken. Op die manier heb je er al heel snel 250 euro uit.

– extended family

Gezonde bewoners zijn vaak vrijwilliger, medewerkers eten in hetzelfde restaurant waar klanten ook kunnen komen eten en waar mensen van buiten de instelling kunnen eten.

Hierdoor ontstaat cohesie in de wijk en in het complex waardoor we 'één grote familie' worden.

Wat is volgens u de belangrijkste meerwaarde van deze manier van werken?

De kwaliteit van leven wordt verbeterd en daar gaat het om.

Werken jullie ook samen met andere zorgaanbieders in regio Rotterdam en hoe verloopt die samenwerking?

We werken samen met andere zorgaanbieders, maar een feit is dat wij andere zorgaanbieders niet direct nodig hebben omdat we zelf alles in huis hebben. Wanneer de klanten bijvoorbeeld thuiszorg willen afnemen van een andere aanbieder is dat mogelijk maar dan draaien wij gaan omzet. In die zin is er sprake van concurrentie en die gaan we aan omdat ons concept het klimaat schept dat **het** antwoord is op een gezondheidsbevorderende vergrijzing en de daarmee samenhangende zorgvraag.

De volgende oneliners geven aan hoe het welzijn centraal zetten in de praktijk wordt gebracht:

De barjuffrouw is net zo belangrijk als de dokter.

Probeert bij een griep in een gewoon verpleeghuis maar eens aan een cognacje te komen. Je krijgt pillen van de dokter. Thuis zou je een cognacje nemen. Als je het echt als thuis wilt laten voelen moet het voor de mensen mogelijk zijn om een cognacje te krijgen.

De dictatuur van de diëtist.

Mensen worden vaak mentaal belast met allerlei dieetvoorschriften. Deze voorschriften nemen een stukje kwaliteit van leven weg. Een dieet moet bijdragen aan gezondheid in de breedste zin van het woord en mensen beslissen zelf of zij daar gebruik van willen maken.

Het schurftige hondje is net zo belangrijk als de verpleegster.

De klant die bezig is met het schurftige hondje te knuffelen is op dat moment gelukkig en heeft wel iets anders aan zijn / haar hoofd dan de zorgvraag.

Meer informatie op de website:

www.humanitasrijnmond.nl

Toepassingen van ICT in wonen en zorg

Door Maarten Corpeleijn en Antoon van Luxemburg, M&I/PARTNERS



“Langer zelfstandig wonen met domotica!” “Beeldspraakverbindingen leiden tot efficiency in de thuiszorg!”
 “De dokter ontlast door zelfdiagnose!”

ICT (Informatie- en Communicatietechnologie) vindt steeds meer toepassing in de zorg. Zo bieden diverse ICT-gerelateerde ontwikkelingen mogelijkheden om de cure- en de care-sector efficiënter te organiseren en de cliënt meer regie te geven over zijn gezondheid. Ontwikkelingen gaan razendsnel en diverse raden van bestuur oriënteren zich dan ook op de mogelijkheden. De vraag is niet of het er gaat komen, maar welke organisaties deze opties gebruiken om in de keten dominant te worden.

De winst voor de maatschappij is aangetoond

Diverse voorbeelden in het land laten zien dat inzet van ICT voor de maatschappij toegevoegde waarde heeft:

- Langer zelfstandig wonen. Diverse zorginstellingen bieden via beeldspraakverbindingen aandacht, zekerheid en hulp aan al dan niet geïndiceerde cliënten. Deze geven aan zich veiliger te voelen en meer toegang te krijgen tot allerlei activiteiten. De winst voor de maatschappij zit naast het zelfstandig wonen in preventie.
- Gerichtte inzet van personeel. Bijvoorbeeld door het telemedicine-initiatief “Health Hero”. Cliënten krijgen hierbij vanuit het ziekenhuis een kastje mee waarop zij dagelijks tien vragen invullen over hun gezondheid, medicijngebruik, het naleven van instructies e.d. Die dagelijkse handeling werkt vaak motiverend en geeft een gevoel dat ze er niet alleen voor staan. Voor de casemanager van het ziekenhuis zijn de antwoorden informatie waarmee moeilijke gevallen gericht kunnen worden benaderd en makkelijke gevallen kunnen worden overgeslagen.
- Vervanging van specialistisch door algemeen personeel. Dit kan bijvoorbeeld door de toepassing van teledermatologische consultatie. Het bedrijf KSYOS ontwikkelde een systeem voor de dermatologie-praktijk. In de huidige situatie is de huisarts vooral een doorvoerkanaal en kan de dermatoloog een aanzienlijk deel van zijn consulten direct terugverwijzen. Een teleconsultatie van dermatoloog aan huisarts op basis van een foto van de aandoening kan veel van die gevallen “afvangen”. De dermatoloog en huisarts kunnen meer consulten draaien in minder tijd en de cliënt is sneller en beter geholpen. Zorgverzekeraars hebben aangege-

ven sterk geïnteresseerd te zijn in deze toepassing.

Zit de zorgcliënt erop te wachten?

De introductie van toepassingen zoals telemedicine en teleconsultatie blijkt voer voor een interessante ethische discussie. Tegenstanders claimen dat menselijke aandacht en een hand op de schouder vaak de beste remedie zijn en niet vervangen kunnen worden door zorg op afstand. Voorstanders claimen dat de demografische trends ertoe leiden dat er in de toekomst geen zuster meer ter plekke kan zijn en dat het elektronische alternatief, hoe onpersoonlijk ook, het enige betaalbare alternatief zal zijn. Meer en meer geven partijen als Arcares en de LVT (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg) aan dat deze discussie een achterhoedediscussie begint te worden.

In de toekomst is aandacht op afstand bittere noodzaak om de zorg betaalbaar te houden

De voordelen van de nieuwe toepassingen verschillen per doelgroep.

Jongere zorgconsumenten zijn vertrouwd met nieuwe technologieën en zien er snel de voordelen van in. Werk hoeft minder vaak onderbroken te worden voor een ziekenhuisbezoek, er is meer zelfcontrole en minder ongewenste bemoeienis (“er zit een knop op, dus hij kan uit”).

Bij oudere cliënten speelt het welzijnsaspect een grote rol. Is een beeldspraakvoorziening in de woning een apparaat van de thuiszorg waardoor de zuster niet meer gezellig langs komt? Of is het een handigheid bij toenemende beperkingen, waardoor het mogelijk blijft contact te hebben en bijvoorbeeld de geboorte van een kleinkind in Australië live mee te maken of mee te doen aan een telefooncirkel-nieuwe-stijl?

In de praktijk zien we dat de diensten die bedrijfseconomisch voordeel opleveren vaak eerder ontwikkeld

worden dan de voor het draagvlak bij de cliënten zo belangrijke welzijnsdiensten.

De partijen in de keten

De partijen in de care- en cure-keten oriënteren zich op verschillende manieren op de inzet van de nieuwe toepassingen:

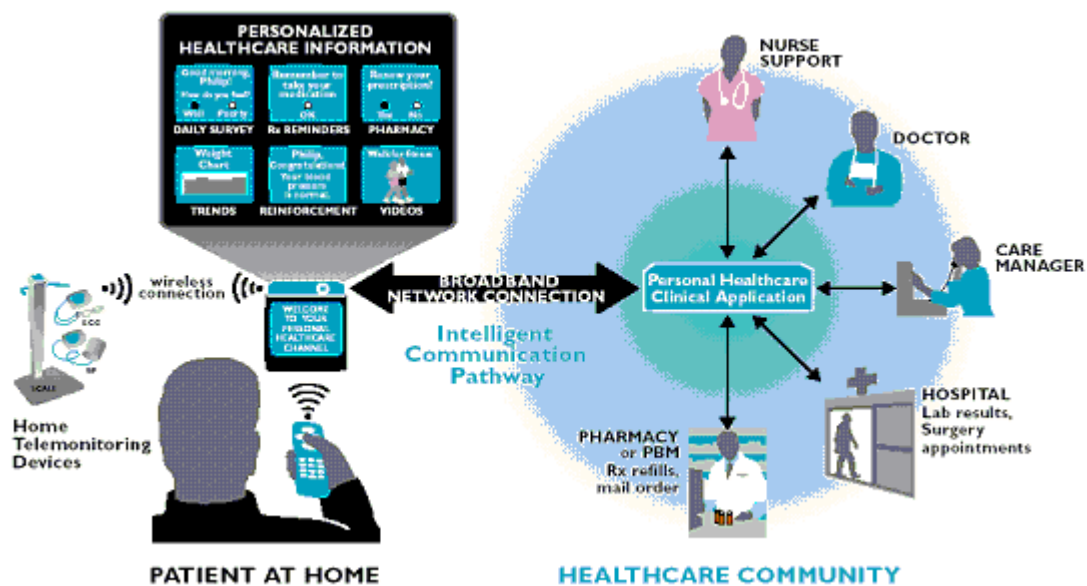
- Steeds meer gemeenten stellen zich op als innovatieve dienstenintermediair voor wonen, welzijn en zorg via een (virtueel) loket, al dan niet gedreven door maatschappelijke ontwikkelingen als de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning)
- Woningcorporaties hebben vanuit het BBSH-prestatieveld (Besluit Beheer Sociale Huursector) wonen en zorg, de taak om langer zelfstandig wo-

DE TECHNOLOGIE KOMT ER WEL

Om een woon-zorg dienstverlening via ICT te bereiken is een keten van infrastructuur nodig (zie onderstaande figuur):

- in de woning: hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan:
 - een helder dienstenmenu voor de klant via de televisie;
 - randapparatuur ten behoeve van specifieke metingen (hartmeting, ..., ...)
- een breedbandnetwerk naar de woning: de kwaliteit van de ICT-verbinding en de afspraken met de beheerder hiervan moeten ruimte bieden om alle gewenste diensten (bijvoorbeeld beeldspraakcontact) te kunnen faciliteren;
- de intermediaire organisatie(s) met een dienstenapplicatie, die op basis van heldere afspraken als bemiddelaar optreedt voor dienstenaanbieders rond wonen, welzijn, zorg en dus ketenregie voert.

De laatste jaren zien we dat de technologie in de woning steeds makkelijker wordt en de penetratie van breedbandaansluitingen steeds hoger. Daarmee wordt de markt groot genoeg voor grote bedrijven als Philips en Samsung. Zowel Philips als Samsung hebben recent aangekondigd per september 2005 hun concepten grootschalig te willen introduceren.



Figuur: ICT-woonzorgketen volgens het Aperture-concept van Philips. Via een slim kastje bij de televisie krijgt de cliënt toegang tot informatie over zijn gezondheid, mogelijkheden om gegevens door te geven en contact te hebben. Draadloze telemonitoringapparaten meten specifieke data die via een breedbandverbinding worden doorgezonden naar een applicatie ergens in de zorgketen. Een caremanager analyseert de data en zorgt via de applicatie voor adequate ondersteuning vanuit zuster, dokter, farmaceut, ziekenhuis, ...

nen mogelijk te maken. Zij vertalen dit naar het voorbereiden van woningen op toepassing van ICT-diensten en het fungeren als marketingkanaal voor dergelijke diensten.

- Thuiszorgorganisaties en intramurale organisaties die extramurale diensten leveren pogen om via woningcorporaties het centrale aanspreekpunt voor diensten te worden voor hun (toekomstige) klanten. Zolang een thuiszorgorganisatie nog op productie wordt gefinancierd, is het voornaamste argument hierbij echter niet efficiëntie van dienstverlening maar klantenbinding.
- Ziekenhuizen kunnen met slimme ICT-concepten de regie blijven voeren over het zorgproces van hun cliënt nadat hij het ziekenhuis verlaat.
- Verzekeraars lijken sterk geïnteresseerd in kostenbesparingen, echter hebben de angst dat met een beeldspraakcontact allerlei welzijnsgerelateerde zaken in hun systeem komen. Derhalve beperkt men zich voornamelijk tot participeren in pilots en kijkt men verder met name naar de overheid.

Het voornaamste knelpunt in projecten is de huidige organisatie van geldstromen, waardoor de baat (bijvoorbeeld een patiënt hoeft niet naar een verpleeghuis) en de kost (de investering in infrastructuur, een breedbandverbinding en het opleiden van personeel) bij verschillende partijen vallen. Voor een pilot kan dit vaak met subsidie en budget vanuit strategie of PR worden afgedekt, echter bij opschaling is het lastig een "businesscase" te maken. De vraag is welke partij in de keten krachtig genoeg is om ketenpartners te verenigen in een concept waarin organisatie en geldstromen omgevormd zijn.

De overheid faciliteert en stimuleert

Op meerdere fronten speelt de overheid een rol in dit kader:

- Na het subsidiëren van diverse pilots is het ministerie van VWS bezig om regels aan te passen en bereid om afspraken te maken indien zorgpartners in een bepaalde regio / werkveld zich verenigen om de keten sluitend te maken en besparing te realiseren.
- Het ministerie van Economische Zaken gaat in 2005 vanuit het programma ICT in sectoren doorbraakprojecten in de zorg die landelijk willen opschalen subsidiëren.
- Diverse provincies stimuleren en ondersteunen actief bij de diverse ontwikkelingen.

Het perspectief: zorg via de elektronische butler...

Het aanbod van de bruikbare ICT technologie breidt nog steeds verder uit. Dit najaar komen Samsung, Philips en Siemens met technologische oplossingen voor woonzorgconcepten (zie kader). Het commitment van deze partijen verzekert naast kostenverlaging dat voor de gebruiker toegang tot deze diensten verloopt via vertrouwde kanalen.

In de slimme woning van de toekomst regelen we de thermostaat, verlichting, televisie, internet en telefonie via een elektronische butler die we op spraak commando's geven. Via diezelfde butler kunnen we boodschappen bestellen, de kapper boeken en "iemand" naar die rare plek op onze rug laten kijken. Het zal blijken welke partij de huisbutler naar die plek laat kijken.

Bronnen

Algemeen ICT in de zorg: www.nictiz.nl

Beeldspraak: www.viedome.nl, www.camcare.nl,
www.zorgtv.nl, www.thuiszorg-online.nl

Telemedicine: www.healthhero.com

Teleconsult: www.ksyos.org

Over de auteurs:

Maarten Corpeleijn en Antoon van Luxemburg zijn beide werkzaam als adviseur bij M&I/PARTNERS. M&I/PARTNERS is een onafhankelijk adviesbureau voor vraagstukken op het raakvlak van management en informatie. M&I/PARTNERS adviseert zorginstellingen, woningcorporaties en overheden rond de rol van ICT in wonen en zorg.
maarten.corpeleijn@mxi.nl,
antoon.van.luxemburg@mxi.nl,
www.mxi.nl, 033-4220220.

Domotica: de zelfdenkende woning voor senioren

Door Marloes Berkers

Er komen steeds meer technische mogelijkheden om huizen veiliger en gemakkelijker te maken. Hiervan kunnen met name ouderen profiteren omdat ze hierdoor langer zelfstandig kunnen blijven wonen. De techniek om huizen 'slimmer' te maken wordt domotica genoemd.

Inleiding

De term 'domotica' komt van domus (huis) en robotica (leer van de robot) en is begin jaren negentig gelanceerd in het buitenland. Thans worden onderdelen die onder domotica te rekenen zijn al veelvuldig toegepast, met name in (aanleun-)woningen voor ouderen. Domotica heeft zowel voor als tegenstanders. De voorstanders geven met name aan dat ouderen hierdoor langer op zichzelf kunnen blijven wonen en dat de veiligheid toeneemt.

Critici plaatsen kanttekeningen bij de privacy en geven aan dat menselijk contact in het zorgproces een belangrijk onderdeel vormt. Dit artikel geeft een beeld van wat domotica kan toevoegen aan de ouderenzorg. Er worden twee visies weergegeven; een positieve ervaring en een kritische noot.

Positieve ervaringen met domotica

Om ouderen en gehandicapten zolang mogelijk thuis te kunnen laten wonen, hebben enkele organisaties in Zuidoost-Brabant besloten hun service op het gebied van wonen, zorg en welzijn geïntegreerd aan te bieden. Belangrijk hierbij is de toepassing van ICT waarmee vanuit de zorgcentrale van Thuiszorg Eindhoven Kempenstreek de aangesloten woningen op afstand kunnen worden bediend en gemonitord. VieDome, zoals het pilotproject heet, blijkt aanzienlijk goedkoper dan opname in een verpleeg- of verzorgingshuis.

'Iedereen twijfelt wel eens, 's morgens onderweg naar het werk, of de sleutel van de voordeur wel een keer extra is omgedraaid. Iedereen loopt 's avonds door het huis om lampen en apparaten uit te doen. Waarom zouden onze huizen eigenlijk niet slimmer kunnen worden gemaakt? Auto's zijn toch ook uitgerust met allerlei elektronische snufjes?'

Iedere woning kan volledig worden bestuurd, zowel van binnenuit als op afstand via breedbandtechnologie vanuit de zorgcentrale. Op een monitor in deze centrale is per woning de status op te roepen van alle apparatuur in ieder vertrek. Zo is te zien of lampen, wandcontactdozen, radio, tv en gas aan of uit staan en of iemand wel of niet thuis is. Op verzoek kan de situatie van alle domotica worden gewijzigd.

Verder zijn er in de woningen brandmelders, inbraakalarm, bewegingmelders, videocamera's, microfoons en luidsprekers aangebracht. Als een bewoner bijvoorbeeld overdag drie uur achtereen niet beweegt, maar volgens de status wel thuis is, gaat het alarm automatisch af. De zorgcentrale, die is bemand door speciaal daartoe opgeleide verpleegkundigen, neemt dan contact op. In noodsituaties kan de verpleegkundige meteen een zorgverlener inschakelen. En als een bewoner valt, kan een halszender een signaal doorgeven, waarop actie zal volgen.

De bewoners bepalen zelf welke onderdelen van VieDome zij willen gebruiken. Het is dus maatwerk en iedereen houdt zoveel mogelijk de regie in eigen handen. Als er geen alarmsituaties zijn, maakt een bewoner zelf uit wanneer hij of zij contact legt met de zorgcentrale en of er ingeluisterd of gekeken mag worden in de woning. De privacy is optimaal gegarandeerd. In geval van alarm grijpt de zorgcentrale uiteraard wel in. In een automatisch digitaal logboek is naderhand altijd na te gaan waarom dit is gebeurd en welke activiteiten zijn ondernomen. Het is niet ingewikkeld, maar toch even wennen, zo'n huis met gebruiksaanwijzing. Bewoners moeten hun huis simpelweg instellen op thuis of niet thuis en op slapen of wakker. Als iemand niet thuis is of slaapt en sensoren registreren binnenshuis toch beweging, dan gaat het alarm af. Wie 's nachts zijn bed uit gaat voor bijvoorbeeld een bezoek aan het toilet, moet dus niet vergeten het knopje wakker

ven het bed in te drukken. Zo niet, dan staat de politie

voor de deur omdat het inbraakalarm afgaat.

Jazeker, soms gaat het mis, vertellen de bewoners. Laatst raakte een oudere dame in paniek. Ze zat 's avonds rustig op de bank televisie te kijken toen plotseling alle lichten aan gingen en het geluid van de tv uitviel. Het huis sloeg alarm omdat ze te lang had stil gezeten. Prompt begon de telefoon te praten! De hulpverlening aan de lijn. Zonder dat de bewoonster de telefoon opnam werd geïnformeerd wat haar mankeerde.

Overal in huis zitten alarmknoppen. Bovendien beschikken de bewoners over een draagbaar alarm dat ook geschikt is voor onder de douche. Vanzelfspre-

kend zijn er ook rookmelders. En als de luchtvochtigheid te hoog is, treedt een afzuigstelsel in werking. Bij oplevering heeft elke woning een standaardprogramma, dat aan de individuele wensen van de bewoner aangepast kan worden. Wie wil kan - tegen bijbetaling - een afstandsbediening krijgen voor het openen en sluiten van de gordijnen en de zonwering.

VieDome is 9 procent goedkoper dan opname in een verzorgingshuis en maar liefst 26 procent goedkoper dan opname in een verpleeghuis. We hebben het vergeleken met drie uur zorg aan bed, wat in geen enkel verpleeghuis wordt gegeven. En dan nog is het een stuk goedkoper. Verder krijgen mensen die thuis blijven wonen waarschijnlijk meer ondersteuning vanuit hun eigen sociale netwerk. Daardoor zullen ze gemiddeld minder een beroep doen op de zorg. Nog een voordeel is dat je met VieDome de thuiszorg veel efficiënter kunt organiseren. Je hoeft alleen hulp te geven wanneer het echt nodig blijkt te zijn. Misschien dat we zo ook nog eens op de totale kosten van de gezondheidszorg kunnen besparen. De tijd zal het leren.'

Een kritische beschouwing op het gebruik van domotica

Het wasrek heeft plaatsgemaakt voor de wasmachine, de olielamp voor het elektrische licht en de brievenbus zal waarschijnlijk plaatsmaken voor de digitale mailbox. Al eeuwenlang ontwikkelt zich de technologie in de woning. Maar door dit proces een nieuwe naam te geven, lijkt het of er iets nieuws gaande is. De nieuwe naam domotica komt van domus (huis) en robotica (leer van de robot) en is begin jaren negentig gelanceerd in het buitenland.

Voor het ontstaan van het woord domotica kwam de technologie al steeds verder het huis binnen en dat zal doorgaan zolang de bewoner het als zinvol ervaart en betaalbaar vindt. Voor de domoticanen gaan de ontwikkelingen echter niet snel genoeg en zij zien de ouderen als eerste belangrijke doelgroep. Bijvoorbeeld een plasroute voor ouderen. Als de bewoner op een mat naast het bed stapt, springen automatisch de lampen op weg naar het toilet aan. Maar in de ouderenzorg is het algemeen bekend dat hoe meer activiteiten men de oudere uit handen neemt, hoe sneller deze geestelijk en lichamelijk aftakelt. De zorg zou bewoners niet moeten behandelen als hotelgasten, maar als mensen die zich zoveel mogelijk zelf moeten redden.

Privacyinbreuk

Een stap verder is het centraal aansluiten van alle matjes onder de bedden van een verzorgingshuis bij de receptie, zodat zichtbaar wordt wie er opstaat en hoe laat. Alleen bij de bewoners die blijven liggen moet de zuster nog langs. Als deze stap genomen

wordt, komen er vragen te voorschijn zoals: welke privacy-inbreuk is toelaatbaar en in hoeverre kan zorg aan het bed worden gedigitaliseerd zonder dat het menselijk contact geheel verloren gaat?

Trouwens, wat heeft de bewoner aan een plasroute als hij midden in de nacht een klap op straat hoort en hij naar het raam loopt en het rolgordijn niet kan openen omdat dat pas automatisch opengaat als de wekker afgaat? En is de oudere wel in staat om alle toegepaste technologie te bedienen en te programmeren? Het toepassen van een draai-kiepraam in een nieuw verzorgingshuis bijvoorbeeld, leek een vooruitgang, maar is achteraf een achteruitgang gebleken omdat de mensen het systeem niet konden begrijpen. Het vergt enkele jaren om ouderen na een heel leven een raam anders te laten openen. En het probleem is dat men gemiddeld maar enkele jaren in een verzorgingshuis verblijft.

De ouderen zullen de vele nieuwe technologische ontwikkelingen minder snel omarmen dan andere doelgroepen en toch zijn de eerste projecten met domotica gericht op ouderen. Komt dat voort uit het feit dat de ouderen in onze samenleving zich het moeilijkst kunnen weren en daardoor de testburgers worden voor de nieuwe technische snufje en foefjes van de domotica?

Gemakzuchtig en dom

Het steeds intelligenter worden van onze omgeving betekent dat de mens steeds meer intelligent werk uit handen kan geven. En dat gebeurt ook. De gemiddelde mens kijkt en luistert via de massamedia. Daarmee zijn zijn gevoelens en oordelen niet meer gebaseerd op eigen waarnemingen. En hij kan nu ook het rekenen en zijn geheugen toevertrouwen aan de computer. In hoeverre kan de mens in de verre toekomst nog op eigen kracht kritisch oordelen als men nu al warm loopt voor een woord als domotica? Het uit handen geven van intelligente taken maakt de mens gemakzuchtig en dom. Tevens is de mens door zijn afhankelijkheid van de technologie kwetsbaar voor sabotage.

Domotica maakt de mens gemakzuchtig en dom

Wat gebeurt er als plotseling de stroom uitvalt door een elektronicabom? Een e-bom die alle elektriciteitsystemen kan vernietigen, zodat zelfs auto's niet meer starten. Dan blijkt in één keer dat de fiets een slimmer apparaat is dan de auto; sowieso overtreft de fiets in de binnenstad met gemak de auto.

Er zijn zoveel vragen te stellen bij de ontwikkeling van de technologie. Wie achterom ziet kan bijna alle vragen beantwoorden, maar in onze jachtige samenleving wordt zelden gereflecteerd, en liever vooruitgekeken vooruit. Veel technologische ontwikkelingen zijn stappen voorwaarts gebleken voor de mensheid, maar dat betekent niet dat vooruitgang in de technologie automatisch vooruitgang voor de mensheid is.

Het overbodige woord domotica kan inhoud krijgen door een betekenisvol streepje erin te plaatsen: domotica ofwel de leer van het dommer worden door technologie.

- Kromhof, R. Domotica. Aedes magazine 2, 23 januari 2002.
Robert Kromhof is werkzaam bij Joriss en Simonetti Architecten
(www.jorissensimonettiarchitecten.nl)

Literatuur

- Schilperoort, Barbara. Slimme huizen. Aedes magazine 7, 5 april 2000.
Barbara Schilperoort is een medewerkster van Aedes (www.aedes.nl).

(uitnodiging)

Het bestuur nodigt u uit voor de

16^e Algemene Ledenvergadering van de ABBG
Op donderdag 21 april om 21.00 in Utrecht.

Locatie: Parnassos Cultureelcentrum, Kruisstraat 201
(tegenover de achterkant van de Stadsschouwburg,
nabij het Moluks Historisch Museum)

... met aansluitend een borrel!

Online

Door Maarten Veldstra

Deze Online is geheel gewijd aan de website van MSV Santé (www.msvsante.nl). MSV Santé is de (voor de meeste ABBG'ers onbekende) Studievereniging van de Faculteit der Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Maastricht. De studievereniging heeft als doel 'de studenten op een leerzame en ontspannende wijze met elkaar in contact te brengen en de studenten een beeld te geven van wat de studie Gezondheidswetenschappen voor toekomstperspectief biedt'.

Historie

De geschiedenis van MSV Santé gaat terug tot het jaar 1982. In dit jaar werd de Studievereniging AGORA aan de toenmalige Algemene Faculteit opgericht. Deze vereniging had als doelgroep alle studenten aan de faculteit en richtte zich voornamelijk op het aanbieden van boeken tegen een gereduceerde prijs en het versturen van brieven met klachten over het onderwijs. Na een aantal jaren werden er aan de ondertussen opgerichte Faculteit der Gezondheidswetenschappen verschillende studieverenigingen opgericht. Deze verenigingen (waaronder de bij ABBG'ers bekende SBBG!!) zagen vooral de studenten van de eigen specifieke afstudeerrichting als doelgroep. Mede gelet op de invoering van de nieuwe Bachelor/Master-structuur, rees bij de Universiteit de idee om de studieverenigingen meer te laten samenwerken. De belangen van de studenten konden dan beter behartigd worden en naar de universiteit en de omgeving zou een duidelijker beeld kunnen worden geschetst. Per notariële akte van 11 september 2002 werd de naam MSV Santé vastgelegd.

Activiteiten

MSV Santé organiseert voor de leden zowel studiegebonden als ontspannende activiteiten. Onder studiegebonden activiteiten vallen excursies naar (psychiatrische) ziekenhuizen, overheidsinstellingen (in Nederland en buitenland), blokgebonden lezingen en korting op studieboeken. Ontspannende activiteiten hebben niets met de studie te maken. Voorbeelden zijn het jaarlijkse gala, borrels, diverse feesten, de actieve ledendag en 6x per jaar de nieuwsbrief.

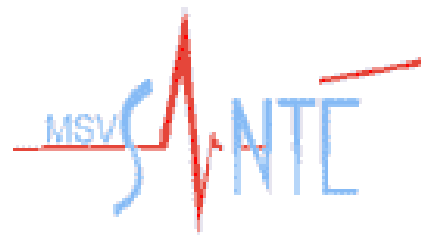
Commissies

Binnen de vereniging zijn diverse commissies. De vakgerelateerde activiteiten worden georganiseerd door de vijf major-minor commissies van Santé, te weten:

- de Beleid en Management & Zorgwetenschappen commissie (BM & ZW-cie);
- de Geestelijke Gezondheidskunde commissie (GGK-cie);
- de Bewegingswetenschappen commissie (BW-cie);
- de Arbeid en Gezondheid commissie (A&G-cie);
- de Gezondheidsvoorlichting commissie (GVO-cie).

De activiteiten ter ontspanning worden georganiseerd door o.a. een Feestcommissie, een Galacommissie, een Reiscommissie, een Onderwijscommissie, een Nieuwsbriefcommissie, een PR/Sponsorcommissie, een Carrièredag-commissie en een Kampcommissie.

Maastrichtse StudieVereniging Santé



Alumnis Opinio

Wat zie jij als belangrijke ontwikkeling op het gebied van wonen, welzijn en zorg?

Door Marloes Berkers

In deze vaste column laten wij, aan de hand van een stelling of een vraag, onze leden aan het woord over een bepaald onderwerp. In deze NOTA reageren drie alumni op de vraag: "Wat zie jij als belangrijke ontwikkeling op het gebied van wonen, welzijn en zorg?"

Erna Ruiter, kwaliteitsauditor en tot voor kort werkzaam bij de thuiszorg, afgestudeerd in 1999.

Veel gemeentes zijn al bezig met alternatieve vormen van huisvesting voor ouderen, door de WMO krijgen gemeentes meer handvatten om ook de zorg zelf vorm te geven. Op meerdere plaatsen wordt zorg en wonen al gescheiden geregeld. Met de WMO krijgen de gemeentes meer verantwoordelijkheden en hebben ze een instrument om een betere koppeling tussen zorg, wonen en welzijn te maken. Wanneer wonen en welzijn goed geregeld is en mensen zich welbevinden is er voor zorg minder geld nodig. Dat een stuk zorg bij de gemeente komt, stimuleert substitutie en creativiteit. Ik vind het ook positief dat de AWBZ wordt gezuiverd en gebruikt wordt voor hetgeen het oorspronkelijk is bedoeld. In de loop van de jaren is de AWBZ 'volgelopen' met zorg die er eigenlijk niet in thuishoort.

Ik ben blij met een maatregel die met een duidelijke visie wordt onderbouwd. Het is heel goed dat er deze keer niet via de kaasschaaf wordt bezuinigd maar dat er voor een structurele wijziging is gekozen. De weerstand hiertegen heeft volgens mij te maken met de angst dat de gemeenten straks te weinig geld krijgen om de zorg uit te laten voeren. Deze weerstand heeft tot gevolg dat voorlopig (2006) alleen huishoudelijk hulp eronder valt.

Ik denk ook niet dat er grote verschillen tussen gemeentes zullen ontstaan, voor wat betreft de hoeveelheid zorg die iemand daar kan krijgen. Gemeentes willen zich toch van hun beste kant laten zien. Zo van: "kijk eens hoe goed wij het met onze burgers voor hebben".

Jacco Aantjes, beleidsadviseur bij de GGZ instelling "de Gelderse Roos", afgestudeerd in 1995.

De ontwikkeling van woonzorgzones kan leiden tot gettovorming hoorde ik laatst. Het creëren van andere vormen van solidariteit en verlenen van zorg is een begrijpelijke ontwikkeling, gezien het overheidsbeleid. Daarnaast zijn ook zorginhoudelijke en bedrijfsmatige argumenten te benoemen, die pleiten voor het vormen van woonzorgzones.

Echter, wat is de consequentie van deze ontwikkeling? Daarvoor kijk ik naar Canada en Amerika, waar men al veel verder is met de vorming van aparte wijken voor ouderen. In deze wijken worden woningen gebouwd, die al volledig aangepast zijn voor ouderen. Tevens zijn alle zorgvoorzieningen aanwezig op het terrein en heeft men vaak een eigen bewakingsdienst, inclusief toegangscontrole. Ik spreek hierbij vanuit eigen ervaring...

Gevolgen in deze landen zijn een grote tweedeling in de ouderenzorg en een specifieke groep die zich geen onderdeel meer voelt van de maatschappij. De tweedeling heeft te maken met het feit dat men zich moet inkopen in dit soort wijken. Hiervoor dient men kapitaalkrachtig te zijn. Wanneer je dat niet kan, ben je aangewezen op de reguliere ouderenzorg, waarbij je grote vraagtekens kan stellen bij de kwaliteit van zorg.

Een tweede probleem is het feit dat een steeds groter wordende groep zich geen onderdeel meer voelt van de maatschappij. Volgens mij wordt dat ook met de gettovorming bedoeld. In Canada en Amerika zie je daarmee hele wijken van ouderen ontstaan, die hun eigen land alleen via de televisie zien. Men voelt zich geen onderdeel meer van zijn eigen land. Voor een democratisch land is dat geen juiste ontwikkeling.

Dit vertaald naar de Nederlandse situatie is de ontwikkeling op zich begrijpelijk en hoeft het niet negatief te zijn. Alleen dient de schaal waarop het gebeurt niet zodanig groot te worden dat er een duidelijke scheiding ontstaat met de omgeving. Waar wordt gesproken van maatschappelijke participatie van ouderen en integratie als belangrijke maatschappelijke waarde, kan in deze zin woonzorgzones dit juist belemmeren. En daarnaast blijft het risico bestaan van verdere tweedeling in de (ouderen)zorg. En ook daar geldt de vraag of wij als maatschappij dat willen.

Penny Senior, werkzaam als adviseur beleid en zorg bij Stichting Thuiszorg Rotterdam, afgestudeerd in 2000.

Zorgaanbieders moeten tegenwoordig concurreren met elkaar. Dat zou moeten leiden tot meer keuze voor de klant, een klantgericht aanbod van zorgpro-

ducten en diensten en ook tot een grotere transparantie in het aanbod. Ondertussen moeten zorgaanbieders op het gebied van wonen, welzijn en zorg juist meer samenwerken met andere zorgaanbieders. Bijvoorbeeld om een woonzorgzone te realiseren, of 24-uurszorg in een wijk aan te kunnen bieden.

In sommige regio's zal concurrentie inderdaad leiden tot meer keuze en een beter aanbod voor de klant. Echter, in regio's met veel verschillende zorgaanbieders, zoals bijvoorbeeld in Rotterdam, werkt dit vaak averechts. Daar zie je dat een groot aantal zorgaanbieders uit dezelfde vijver aan het vissen is, mede doordat in deze stad op korte termijn geen sprake is van vergrijzing maar juist ontgroening. Dit leidt tot een situatie waarin zorgaanbieders vechten om de klant. Het totale aanbod is zeker niet transparant(er) geworden en echte keuzevrijheid is nog ver te zoeken. Gelukkig dat bepaalde zorgaanbieders dit willen voorkomen en derhalve een gedragscode hebben ontwikkeld, hierin ondersteund door het Zorgkantoor.

Keuzevrijheid voor de klant is een belangrijk goed in de ontwikkelingen op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Dat blijkt ook uit de uitspraak van de rechtbank in Breda in een kort geding eind 2004. De vraag was of de woningstichting die appartementen in een woonzorgcomplex verhuurt aan ouderen, een exclusieve overeenkomst mag sluiten met een zorginstelling voor alle te leveren zorg in het complex. De rechtbank heeft de uitspraak gedaan dat het koppeling in de samenwerkingsovereenkomst tussen zorginstelling en woningcorporatie in strijd wordt geacht met de mededingingswet. Ook andere zorgorganisaties moeten zorg in het complex kunnen leveren zodat de huurder vrije keuze van zorgaanbieder heeft. De zorginstelling gaat in beroep.

In Beeld ...

Rolf Heijerman, districtscoördinator bij SCEN-project van de KNMG

Door Luc Pluijmen

In Beeld dit kwartaal is Rolf Heijerman. Hij heeft zijn opleiding *Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg* in oktober 2001 afgerond met een afstudeeronderzoek naar de kosten van de invoering van een vraaggestuurd zorgmodel in de verpleeghuissector. Het woord is aan Rolf:



Na mijn afstuderen heb ik ruim twee jaar als adviseur gewerkt bij Compliance Consult in Woerden. Een middelgroot adviesbureau dat werkzaam is in allerlei sectoren in de zorg. Een leuk bureau en een erg leuke baan wanneer je net bent afgestudeerd. Je krijgt immers de kans om in zeer uiteenlopende keukens te kijken en aan de slag te gaan. Ik heb verschillende opdrachten gedaan voor thuiszorgorganisaties, verpleeg- en verzorgingshuizen, af en toe in het ziekenhuis en allerlei andere zorgorganisaties. Zo heb ik een half jaar als staffunctionaris zorg voor de Medische Opvang Asielzoekers gewerkt. Dit was een opdracht waaraan ik met veel plezier terugdenk en waarvan ik erg veel heb geleerd. Maar goed, de economische malaise kwam hard aan in de adviesbranche. Als beginnende adviseur was dat erg lastig. Het aantal opdrachten werd schaars en er brak een periode aan waarin ik met name in de keuken van het kantoor te Woerden keek. Na een leuke en leerzame tijd kwam het moment om naar iets anders op zoek te gaan.

Zo gedaan en sinds september 2004 ben ik werkzaam als districtscoördinator voor het SCEN-project van de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst). SCEN staat voor Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland. Het project SCEN biedt artsen enerzijds de mogelijkheid informatie en advies in te winnen bij een ervaren en speciaal opgeleide collega, een zogenoemd SCEN-arts. Dit zijn veelal huisartsen die het SCEN-werk naast hun dagelijkse praktijk doen. Het geven van informatie en advies heeft betrekking op de steunfunctie van SCEN. Daarnaast biedt SCEN huisartsen de mogelijkheid een SCEN-arts te vragen als onafhankelijk consultant bij een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Dit is formele consultatie zoals die wordt voorgeschreven in de wet. De eerste fase van het SCEN-project bestond uit het ontwikkelen van een landelijk dekkend netwerk waardoor onafhankelijke en deskundige consultants bereikbaar en beschikbaar zijn voor de huisartsen in Nederland. Deze fase is in 2002 voltooid.

Het SCEN-netwerk wordt nu, mede op advies van de Inspectie en de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie en met financiële steun van het Ministerie, gefaseerd uitgebreid richting ziekenhuizen en ver-

pleeghuizen. Deze uitbreiding is één van mijn taken voor de komende jaren. De uitbreiding van SCEN naar de instellingen sluit aan bij de praktijk waarin er eveneens op beperkte schaal consultaties binnen instellingen worden uitgevoerd op verzoek van medisch specialisten en verpleeghuisartsen. Het doel van de uitbreiding is dan ook dat het gebruik maken van de SCEN-consultant gemeengoed wordt in de tweede lijn. Daarnaast streven we ernaar medisch specialisten en verpleeghuisartsen deel uit te laten maken van de SCEN-groepen en zo ook als SCEN-arts te laten consulteren in de thuissituatie. Deze mix van disciplines is verrijkend voor de SCEN-groepen en draagt bij aan de multidisciplinaire en intercollegiale verhoudingen binnen regio's omtrent het denken en handelen met betrekking tot ingewikkelde thematiek als levensbeëindiging.

In het kader van mijn werk als districtscoördinator ben ik dan ook veel op pad om gesprekken te voeren binnen instellingen. Daarnaast werk ik intern aan zaken als het ondersteunen van de SCEN-groepen in den lande en het SCEN-kwaliteitsbeleid. Na vijf jaar zijn we de projectstatus ontgroeit en worden zaken strakker geregeld en omschreven.

SCEN was niet onbekend voor me. In Maastricht heb ik samen met Iwan Solen, een studiegenoot, een jaarwerkstuk geschreven over de euthanasiepraktijk in Nederland. Van daaruit was er dus al het nodige aan bekendheid en affiniteit. Toen ik de advertentie zag heb ik meteen gereageerd.

De KNMG is een totaal andere werkomgeving dan de adviesbranche. Het is iets ambtelijker, iets rustiger in vergelijking tot een adviesbureau. Natuurlijk wordt er hard gewerkt, maar het bekende 'uurtje factuurtje' gaat hier niet op. Eerlijk gezegd mis ik die maandelijkse targets ook niet.

In mijn eerste baan merkte ik dat ik dankzij de studie *Beleid en Beheer de taal*, het 'jargon van de zorg', goed in de vingers had. Ik ken het veld en dat maakte het snel inspringen in opdrachten voor mij een stuk gemakkelijker. Daarnaast leer je in de opleiding goed te schrijven en zaken systematisch aan te pakken. Op zich open deuren maar dat zijn wel de zaken waarvan ik nu nog het meest profiteer.

Daarnaast was het ook een erg goede en leuke tijd. Na drie jaar wonen en werken in en om Utrecht is Maastricht toch nog steeds 'mijn stadje' en heb ik er binnen en buiten de studie veel leuke mensen leren kennen die ik nu nog vaak zie. Met vijf studiematjes spreken we nog regelmatig af om een avondje te eten of in de kroeg te hangen. Ik vind het ontzettend leuk om te horen wat ze allemaal uitvoeren en natuurlijk

om nog eens wat oude Maastrichtse koeien uit de sloot te halen.

Voor meer info over SCEN

r.heijerman@fed.knmg.nl

www.knmg.nl

www.scen.nl

Bericht uit Maastricht

Door Céline van Elst

Stimulans voor doorstroom vrouwen naar topfuncties in zorg
Zorginstellingen geven aan dat zij behoefte hebben aan managers met 'ervaring aan het bed'. Echter, het merendeel van de verpleegkundigen is vrouw en vrouwelijke verpleegkundigen die van een operationele functie willen doorstromen naar een managementfunctie ervaren veelal een 'glazen plafond'. Om dit te doorbreken ontwikkelt een samenwerkingsverband van verschillende partijen uit de zorgsector een methode om de doorgroei van vrouwen in de toekomst te kunnen faciliteren. De partners in dit project zijn High Select (initiatiefnemer, bureau voor coaching, begeleiding en training van hoogopgeleide mensen voor niet-patiënt gerelateerde managementfuncties), Universiteit Maastricht (Faculteit der Gezondheidswetenschappen), Arcares (brancheorganisatie verpleging & verzorging), AVVV (Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden), European Society for Quality in Healthcare (ESQH).

Het Europees Sociaal Fonds (ESF) is zeer positief over dit initiatief en heeft een ESF-EQUAL subsidie van 1,9 miljoen euro gereserveerd voor het project 'Women's Care; Breaking through the glass ceiling'. Vanuit het ESF worden onder andere projecten gestimuleerd die gelijke kansen voor mannen en vrouwen op de arbeidsmarkt bevorderen. Omdat het een ESF-subsidie betreft, zal een Europees partnerschap worden opgezet, zodat de resultaten ook ter beschikking komen aan zorgaanbieders in andere EU-landen.

De deelnemers aan het programma volgen de (deeltijd)masteropleiding Beleid, Economie en Management van de Zorg aan de Universiteit Maastricht, aangevuld met managementtraineeships bij vier organisaties in de zorgsector. Op deze manier worden verpleegkundigen intensief en breed voorbereid op een managementfunctie. De UM zal een deel van de subsidie (300.000 euro) inzetten voor de ontwikkeling van afstandsonderwijs (e-learning).

De eerste pilotgroep zal op 1 oktober 2005 starten, maar het streven is om de inschrijvingen voor deze pilot per 1 april te hebben afgerond. De werving van verpleegkundig management trainees start in april 2005. De eerste trainees treden in dienst van Care Select (zusterorganisatie van High Select) per 1 oktober 2005. (Bron: www.unimaas.nl)

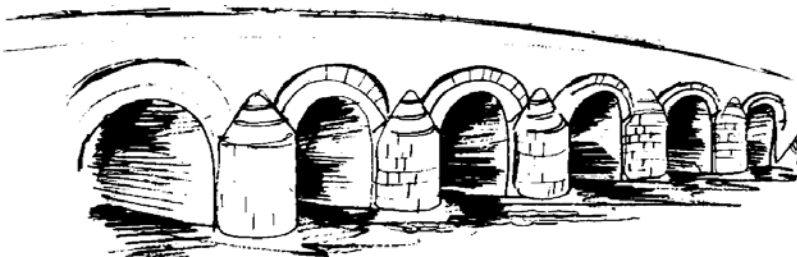
Niveau Engels moet beter

Studenten, docenten en ondersteunend personeel aan de Universiteit Maastricht hebben de Engelse taal niet altijd voldoende onder de knie. Het niveau moet omhoog wil de UM "kwalitatief hoogstaand" onderwijs bieden. Dit schrijft studentenvakbond Nsem in de nota Engels binnen de UM die vanavond tijdens de universiteitsraad wordt besproken.

Met name de taaltest TOEFL, die voornamelijk niet-EU studenten moeten halen voor toelating, toetst niet of nauwelijks de spreek- en

schrijfvaardigheid. De test garandeert daardoor onvoldoende of studenten de taal ook vlot spreken. De studentenvakbond pleit daarom om de IELTS-test in te voeren, die zowel de passieve als de actieve kennis toetst.

Ook wil Nsem dat alle docenten die Engelstalig onderwijs geven, verplicht een test (bijvoorbeeld IELTS) afleggen. Immers wanneer een docent niet goed Engels spreekt, wordt de opleiding er op afgerekend, meent de studentenvakbond. Vaak wordt er ten onrechte, zo staat in de nota, van uit gegaan dat docenten zich wel kunnen redden. Diegenen die al meerdere jaren alleen in het Nederlands doceren, zijn het Engels in meer of mindere mate verleerd, constateert de vakbond. Wie onvoldoende scoort op de test zou verplicht een cursus moeten volgen (bijvoorbeeld bij het Talencentrum). Ditzelfde wil Nsem ook voor promovendi en ondersteunend personeel dat in direct contact staat met studenten. (Bron: Observant)



Verslag Enquête Najaar 2004

Door Joris Ruijters

In het najaar van 2004 hebben we via de website jullie een aantal vragen voorgelegd. De uitkomsten van deze vragen hebben we meegenomen bij de planning voor het komende jaar (zie ook: Vanuit het bestuur). Hier volgt het verslag van de gehele enquête.

De ABBG als vereniging

Uit de enquête blijkt dat leden voornamelijk lid zijn geworden om het contact te behouden met oud-studiegenoten. Daarnaast worden ook het ledenboek en de NOTA genoemd als reden om lid te zijn van de ABBG.

Met betrekking tot de activiteiten blijkt de komst voornamelijk afhankelijk te zijn van het onderwerp, de afstand tot de activiteit, de datum en het tijdstip. Als onbelangrijk worden de kosten genoemd.

De wijze waarop de activiteiten zijn gestructureerd binnen het jaar vindt men over het algemeen goed. Overgaan naar meerdere kleine activiteiten of één grote activiteit wordt wel genoemd, maar er is geen duidelijk onderscheid tussen deze twee antwoorden.

Conclusie:

Bij het organiseren van activiteiten zal het contact met oud studiegenoten dus altijd een onderdeel moeten zijn. Daarnaast zal het onderwerp aansprekend genoeg moeten zijn, waarbij rekening dient te worden gehouden met de plaats, tijdstip en datum. Dat betekent niet in vakanties plannen, meer in het midden van het land (as Den Bosch-Utrecht) en in de avond of op vrijdagmiddag.

De NOTA

De inhoud, aantal en frequentie van de NOTA wordt als voldoende gezien. De vormgeving vindt men voornamelijk voldoende tot matig.

Met betrekking tot de inhoud wordt genoemd: meer aandacht voor de ontwikkelingen binnen de UM en Beleid & Beheer, en aandacht voor afstudeeronderwerpen en promoties.

En $\frac{3}{4}$ van de geënquêteerden geeft aan dat zij meer verwijzingen tussen de NOTA en de website willen zien.

Conclusie:

Een meer professionele vormgeving van de NOTA wordt als mogelijke verbetering gezien. De huidige vorm vindt men wat saai.

Daarnaast dient zich een keuze aan tussen dan wel een echt vakblad zijn, dan wel zich richten op de specifieke aspecten van de vereniging. Dit laatste betekent meer aandacht voor de ontwikkelingen van alumni, stukken over de verschillende beroepen die door alumni worden uitgeoefend, de promotieonderzoek en afstudeerscripties die verschijnen etc.

De relatie tot de UM

Uit de enquête blijkt dat drie onderwerpen van belang worden geacht:

- Lezingen vanuit de UM
- Informatie over scriptie
- Bijdrage aan ontwikkelen van onderwijsprogramma

Een volledig samengaan met de UM (qua activiteiten) of juist geen enkele rol van de UM binnen de vereniging worden zeer sporadisch genoemd.

Conclusie:

In samenspraak met de UM zal invulling moeten worden gegeven aan de wensen van de leden. Hiervoor zijn reeds gesprekken in gang gezet.

De website

De algemene mening over de website is matig tot goed. Negatiever is men over de lay out, terwijl de toegankelijkheid wel als goed wordt gezien. De informatieve waarde is goed tot matig.

De website wordt over het algemeen minder dan één keer per maand bezocht. Als men de website bezoekt dan wordt regelmatig het deel met de vacatures bekeken.

In de enquête is door 2/3 van de deelnemers aangegeven dat mutaties via de website worden doorgegeven.

Ongeveer de helft van de geënquêteerden heeft interesse in een digitaal forum. Daarbij is voor deelname van belang: de inhoud van de discussies en de toegankelijkheid tot het forum.

Als het gaat om het informeren over de activiteiten van de vereniging, geeft ¾ aan dat zij dit per e-mail willen ontvangen.

Conclusie:

De website is een goed medium, en behoort tot de standaard communicatiemiddelen van een vereniging als de onze. Echter, het is voor verbetering vatbaar met name de lay out (functionaliteit). De inhoud is over het algemeen goed. Wat wij willen toevoegen is een beter overzicht van de ABBG activiteiten.

" UM-laut "

is met vakantie en zal deze uitgave overslaan

Verenigingsnieuws

AFGESTUDEERDEN

Naam	Titel	Telefoon (privé)
<i>December 2004</i>		
Petra Frenken	Schoolgezondheidsbeleid en overgewicht op de basisschool	0485-342129
José Geurts	Same-day admission	043-3649745
Cindy Janssen	Het Huis Geregeld	0478-532730
Gerard Keizers	Zorgprestaties in beeld; de rol van de zorgverzekeraar	06-41041374
Melanie Meier	Geïntegreerde zorg binnen de medisch dienst van de Koninklijke Landmacht voor mensen met langdurige gezondheidsklachten	06-52094280
Dianne Strik	Prestatie-indicatoren van patiënten	0486-422514
Yvonne de Wijs	Sturen van prestaties met het INK model	073-6568428
<i>Januari 2005</i>		
Marie-José Bergs	Prosthetics? Orthotics? of Prosthetics and Orthotics for Kiribati?	0475-310788
Eugène Cuijpers	"De micro-unit", nader onderzocht	0475-572202
Femke van 't Klooster	De eerstelijnszorg: een orkest van solisten	033-4756585
Susan van Schijndel	Ethische vraagstukken in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen	040-2133606
Arianne Theuws	Een beslissingsproces in beeld...Wat gaat vooraf aan de verhuizing naar een verzorgingshuis of verpleeghuis?	040-2463042
Geert Tieman	Professionals & Managers	06-53819072
<i>Februari 2005</i>		
Jan Adams	De wet op de Jeugdzorg in Noord-Brabant en samenwerking tussen betrokken actoren	040-2838056
Jenny Amanchar	Grensoverschrijdende zorg in de Euregio Maas-Rijn; zorg over de grens, toch dichtbij	0032-48-5918696
Hetty van Bochove	EXIT: een onderzoek naar vrijwillig vertrek van medewerkers van het Leids Universitair Medisch Centrum	071-3015156
Anouk Hermans	Gezond betrokken; betrokkenheid van wethouders en ambtenaren bij de voorbereiding van lokaal gezondheidsbeleid	06-53973257
Bart aan de Stegge	Ontheffen 'gevonden' drugs en wapens medici van hun zwijgplicht?	06-19902584
Eveline van der Waarde	Sociologie en Ethiek van Jeugdzorg en Jeugdgezondheidszorg	040-2047559

NIEUWE LEDEN

Naam	Functie	Telefoon (werk)
Sanne Gorissen	Amphia Ziekenhuis: beleidsmedewerker verrichtingenregistratie DBC's	0162 - 327224
Rogier van Hulten	OZ zorgverzekeringen: relatiebeheerder zorginkoop	076 - 5243478
Wilke Keulers	Universiteit Maastricht; Gezondheidsrecht: student-assistent	06 - 51663356
Jolanda van Leeuwen	Werkzoekend	06 - 15218386
Eveline Miessen	Werkzoekend	06 - 51049304

WIJZIGING FUNCTIE

Naam	Functie	Telefoon (werk)
J.A.A. Bouwer	Erasmus MC: opleidingscoördinator	010 - 4087992
A.I.E.M. Daams	Medisch Centrum Haaglanden; Raad van Bestuur: secretaris	070 - 3303176
A. Dane	GGD Rotterdam; Zorgimpuls: programmacoördinator	onbekend

Naam	Functie	Telefoon (werk)
C.J. van Elst	St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg: Adviseur Organisatie & Informatie	013 - 5392415
A. van Helden	Zorgverzekeraar Univé; Medische zaken, zorginkoop, innovatie: Accountmanager	072 - 5278939
M.T.J. van Issum	Ziekenhuis Amstelveen: Directie: directie-assistent	020 - 3474303
I. van Meegen	Stichting Humanitas Thuiszorg en Maatschappelijke Dienstverlening: manager	010 - 4250181
R. van der Veen	Deloitte; Consultancy: Business Analyst	020 - 4547500
I. de Vries	AAG adviesgroep: adviseur strategie en beleid	073 - 6409777

ABBG aanmeldingsformulier / mutatieformulier

Naam : _____ Voorletters : _____
 Studentnr. : _____

Betreft: Aanmelding Wijziging privé-adres Wijziging Functie

Vul onderstaande gegevens alléén in als deze gewijzigd of nog niet bij ons bekend zijn!!!

PERSONALIA

Naam : _____ Geboortedatum : _____
 Adres : _____ PC en Woonplaats : _____
 Telefoonnr. : _____ E-mail adres : _____
 Bank-/Gironr. : _____ Afstudeerjaar : _____

WIL ACTIEF ZIJN BINNEN DE ABBG

Ja : _____ Nee : _____

WERKGEGEVENS

Werkgever : _____
 Afdeling : _____
 Functie : _____
 Kerntaken : _____
 Postadres : _____ PC en Woonplaats : _____
 Telefoonnr. : _____ Faxnummer : _____
 E-mail adres : _____

Geef aan bij welke functie- en instellingscode u ingedeeld wenst te worden. Deze codes worden gebruikt bij de diverse sorteringen in het ledenboek.

FUNCTIECODE (Maximaal twee)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Ondernemer | <input type="radio"/> Marketing/commercieel | <input type="radio"/> Financiën/economisch |
| <input type="radio"/> Personeel en Organisatie | <input type="radio"/> Logistiek | <input type="radio"/> Kwaliteit |
| <input type="radio"/> Onderzoek | <input type="radio"/> Algemeen management | <input type="radio"/> Automatisering/Informatievoorz. |
| <input type="radio"/> Organisatie-advies | <input type="radio"/> Algemeen beleid | <input type="radio"/> Opleidingen |
| <input type="radio"/> Overig | | |

INSTELLINGSCODE (Maximaal één)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Ziekenhuis | <input type="radio"/> Verpleeghuis | <input type="radio"/> Verzorgingshuis |
| <input type="radio"/> Thuiszorg/Kruiswerk | <input type="radio"/> Universiteit | <input type="radio"/> Verzekeraar |
| <input type="radio"/> Overheid | <input type="radio"/> Adviesbureau | <input type="radio"/> Maatschappelijk dienstverlener |
| <input type="radio"/> Onderzoeksorgaan | <input type="radio"/> Farmacie | <input type="radio"/> Eerstelijnszorg |
| <input type="radio"/> Gehandicaptenzorg | <input type="radio"/> Geestelijke gezondheidszorg | <input type="radio"/> Automatisering |
| <input type="radio"/> Overig | | |

Stuur het ingevulde formulier aan ABBG, Postbus 616, 6200 MD MAASTRICHT.
 (of vul dit formulier in op de website www.abbg.nl, onder lidmaatschap)

Handtekening : _____ Datum : _____