

3X24 VLEUTERWEIDE

Voorbeeld van een samenwerkingsproject

Utrecht, september 2003

Linda Sanders, Sanders Advies en Projecten
In opdracht van Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg

Kenmerk project

In de nieuwe wijk Leidsche Rijn van de gemeente Utrecht werken zorgorganisaties uit verschillende sectoren samen om integrale zorg te gaan aanbieden. Het project 3x24 Vleuterweide betreft de bouw van 3 clusters van 24 aangepaste woningen voor ouderen met een verpleeghuisindicatie, ouderen uit de psychiatrie en ouderen met een verstandelijke handicap. De clusters worden los van elkaar in de wijk gespreid. Per cluster wordt een basiszorgstation ingericht en bemenst. De samenwerking tussen de zorgorganisaties mondt uit in een gezamenlijk geïntegreerd zorgteam dat per locatie de zorg gaat leveren.

Aanvang

Eind 1998 zijn een aantal vertegenwoordigers van verschillende sectoren en de gemeente bij elkaar geweest om een gezamenlijke visie op wonen, zorg en welzijn te formuleren voor de Vinex-locatie Leidsche Rijn in Vleuten De Meern. De betreffende instellingen zijn al actief in deze gemeente en hebben bovendien een aantal bilaterale samenwerkingsprojecten. De gezamenlijke visie van deze deelnemers heeft uiteindelijk geresulteerd in het Masterplan wonen, welzijn en zorg voor Leidsche Rijn in Vleuten De Meern dat in 1999 is opgesteld.

In het Masterplan is een geïntegreerde visie geformuleerd. Uitgangspunt van deze visie is dat het gehele traject van wonen, via welzijn naar zorg samenhangend (integraal) zal zijn. De wensen en behoeften van de bewoners staan centraal (vraaggestuurd). Zij zullen die wensen en behoeften op basis van duidelijke informatie (transparantie) individueel kunnen sturen en inkleuren op basis van een persoonsvolgend budget (PVB) (Masterplan, 1999)

Het masterplan is in 1999 vastgesteld door de gemeente. De vier genoemde instellingen zijn daarna vrij snel gesprekken gestart met de Genuagroep ten behoeve van de huisvesting en met thuiszorgorganisatie Weidesticht voor de afstemming over het verlenen van zorg. De Genuagroep is de afgelopen jaren opgegaan in de woningcorporatie Portaal. In april 2001 is het projectplan opgesteld voor de verdere uitwerking van de ideeën. Tevens is een intentieverklaring opgesteld tussen de zorginstellingen en Portaal ten behoeve van een haalbaarheidsstudie naar het project. Toen de haalbaarheidsstudie met een positief resultaat werd afgesloten, is de samenwerking geformaliseerd in verschillende overeenkomsten.

Doelgroepen

Het vernieuwende element van het project 3x24 Vleuterweide is de samenvoeging van doelgroepen uit verschillende sectoren, te weten de verstandelijk gehandicaptenzorg (Abrona en ASVZ), verpleeghuiszorg (Rijnhoven) en de ouderenpsychiatrie (Altrecht). Niet alleen de doelgroepen worden samengebracht op de locaties, ook de medewerkers van verschillende organisaties gaan samenwerken in integrale zorgteams.

Verstandelijk gehandicaptenzorg

De doelgroep van de verstandelijk gehandicaptenzorg bestaat uit oudere cliënten met licht tot matig verstandelijke beperkingen en een toenemende somatische zorgbehoefte. Ook kan er sprake zijn van zintuiglijke of motorische beperkingen. De begeleidingsbehoefte varieert van matig tot intensief (permanente begeleiding).

Verpleeghuiszorg

Deze doelgroep bestaat uit oudere cliënten met een verpleeghuiszorgindicatie, die multidisciplinaire begeleiding behoeven. Het kan enerzijds gaan om ouderen met psychogeriatrische problematiek (licht tot matig dementerend), anderzijds om ouderen met matige tot ernstige somatische klachten,

waarvoor intensiever verzorging nodig is. Een combinatie van deze problematiek kan ook. Er moet sprake zijn van een permanente begeleidingsbehoefte.

Ouderenpsychiatrie

De doelgroep van de ouderenpsychiatrie bestaat uit oudere cliënten (60+) met chronische, maar gedurende langere tijd betrekkelijk stabiele, psychiatrische problematiek. Het niveau is zodanig dat de cliënt in staat is zelfstandig hulp in te roepen en afspraken te maken en zich er aan te houden.

Ook combinaties van bovengenoemde beperkingen en/of problematiek komen voor. Bovendien zal er in ruime mate sprake zijn van een toenemende behoefte aan ondersteuning en primaire zorg.

Uitgangspunten m.b.t. wonen, zorg en welzijn

In het project wordt uitgegaan van een scheiding van wonen en zorg. Uitgangspunten voor het wonen zijn dat bewoners baas in eigen huis zijn, recht hebben op privacy en zelf de inrichting van hun leefruimte kunnen bepalen.

Ruud Coenen van Altrecht: "Deze mensen zouden anders op een instellingsterrein wonen en gaan nu de wijk in. Bijzonder is de combinatie van instellingen die meewerken. Hier zijn geen muren tussen sectoren doorgebroken maar compleet neergehaald. Een basisteam geeft zorg aan de woonvoorzieningen en de moederinstellingen staan stand-by om specialistische zorg aan huis te geven. Bovendien wordt wonen en zorg echt gescheiden. Mensen huren gewoon een huis en met een persoonsvolgend budget kunnen ze de zorg inkopen."

De woningen dienen aangepast gebouwd te zijn volgens de laatste daarvoor geldende richtlijnen. De woningen zullen als zogenaamde zorgwoningen bestempeld worden. Dat betekent dat er alleen mensen kunnen wonen die over een zorgindicatie beschikken. Dit houdt eveneens in dat eventueel gezonde partners niet alleen in de woningen van 80 m² kunnen achterblijven. Hoewel dat enigszins indruist tegen het principe van het scheiden van wonen en zorg, is daarvoor gekozen omdat het aangepaste woningen zijn voor mensen met een AWBZ-indicatie. Bovendien is er een financiële consequentie voor de instellingen. Geen indicatie, betekent geen hulpvraag, en dus geen inkomsten. Arnold van Dijk, projectmanager 3X24 hierover: "Overigens zal hiermee prudent worden omgegaan, in de zin van dat steeds gekeken wordt naar de individuele zaak en de mogelijke oplossingen. Met Portaal heeft dit geen discussie opgeleverd, ervan uitgaande dat de woning vervolgens zal worden verhuurd aan andere bewoners. De instellingen hebben zich tegenover Portaal garant gesteld voor het 'aanleveren' van voldoende huurders."

Andere uitgangspunten zijn:

Er zullen in de directe nabijheid voorzieningen moeten zijn die enerzijds mogelijkheid tot dagbesteding en ontmoeting bieden en anderzijds 24-uurs bereikbaarheid van zorg garanderen.

Welzijn biedt ondersteuning bij het (zo lang mogelijk) zelfstandig en "zo normaal mogelijk" wonen. Dit betekent dat vervoer, activiteiten (dag- en vrijetijdsactiviteiten) en ontmoeting op elkaar afgestemd moeten worden. Daarnaast is het besef van veiligheid maar ook het daadwerkelijk bieden daarvan een belangrijke welzijnsfunctie. Een andere belangrijke functie is de begeleiding van mantelzorgers en vrijwilligers die deel uitmaken van het de klantomringende netwerk.

Uitgangspunt bij de zorg is het bevorderen van een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en zelfstandigheid van de zorgvrager. De zorg is toegankelijk, makkelijk bereikbaar en wordt 'op maat' (niet minder of meer dan nodig) en zoveel mogelijk thuis geleverd.

De zorg zal worden aangeboden als een 'menukaart' bestaande uit eenduidig geformuleerde functies van de samenwerkende instellingen, waaruit de zorgvrager een zorgarrangement kan samenstellen.

De dagelijkse zorg zal geleverd worden door één gezamenlijk zorgteam dat wordt gefinancierd door de betrokken zorginstellingen. In het zorgteam zullen diverse medewerkers opereren met een eigen expertise (geen generalisten die alles doen maar bijvoorbeeld medewerkers met expertise op het terrein van huishoudelijke zorg en medewerkers die zich specifiek richten op sociale begeleiding). Er wordt uit principe geen onderscheid gemaakt tussen zorgteamleden die voor ouderen zorgen of voor gehandicapten. Er wordt daarmee een beroep gedaan op de brede inzetbaarheid en deskundigheid van de zorgteam-leden. Gezien de huidige kwalificatiestructuur in de verpleging en de verzorging zijn

hiervoor steeds meer medewerkers in de zorg toegerust. Voor die medewerkers voor wie dat niet het geval is zal in gezamenlijk overleg gewerkt worden aan de optimalisering van hun expertise. Daar waar specialistische zorg of behandeling noodzakelijk is, zullen er mogelijkheden worden gecreëerd waarbij consultatie van specialistische deskundigen (vanuit de zorginstellingen) zowel direct door de cliënt als indirect door zorgverleners kan worden aangevraagd. De betreffende zorg/behandelactiviteiten worden dan in principe aan huis geleverd.

Basiszorgstation

De mate van benodigde zorg zal van persoon tot persoon verschillen; sommige mensen zullen alleen zelfstandig kunnen wonen indien er een aanzienlijke mate van ondersteuning en monitoring aanwezig is, anderen hebben voldoende aan een aanlooppunt in de nabijheid van hun woning. Die locatie wordt Zorgstation genoemd. De term station houdt in dit verband in dat er vooral vanaf deze plek mensen vertrekken en aankomen.

Verspreid over het gebied van Vleuterweide worden 3 van deze basiszorgstations ingericht.

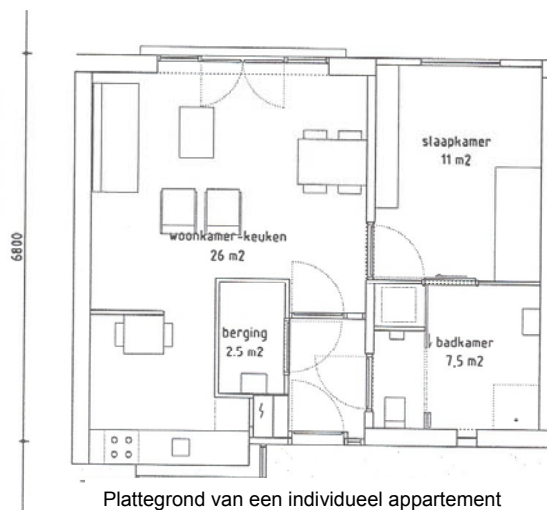
Bij elk basiszorgstation worden 24 woningen gebouwd voor zorggeïndiceerde mensen, volgens de doelgroepenbeschrijving. Wanneer in de directe nabijheid van het basiszorgstation andere zorgvragers zijn, bestaat de mogelijkheid het zorgaanbod uit te breiden tot deze mensen.

Naast de 24 uur bereikbaarheid van zorg zullen er altijd mensen zijn die 24 uur per dag begeleiding nodig hebben, zonder dat zij hier zelf de regie over kunnen voeren. Er zullen daarom aan elk basiszorgstation een groepswoning voor vier personen en een achttal wooneenheden gekoppeld worden.

De overige 12 woningen waar zorggeïndiceerde mensen gaan wonen moeten in de directe nabijheid (max. 300m) van het zorgstation worden gesitueerd.

Kort samengevat ziet de verdeling van de 24 woningen in een cluster er als volgt uit:

- 8 individuele wooneenheden van 50 m² GBO (gebruiksoppervlakte) geclusterd aan het basiszorgstation;
- 1 groepswoning van 4 eenheden van met een totale oppervlakte van 130 m² GBO geclusterd aan het basiszorgstation;
- 2 groepswoningen bestaande uit 4 eenheden met een totale oppervlakte van 130 m² GBO in de directe nabijheid van het basiszorgstation (op max. 300m afstand);
- 4 geclusterde appartementen van 80 m² GBO volgens IHS in de directe nabijheid van het basiszorgstation (op max. 300m) t.b.v. zorggeïndiceerde mensen met een partner.



Vastleggen

Partijen hebben eerst in 2001 de intentieverklaring opgesteld en ondertekend. In oktober van dat jaar is de afwerkstaat afgesproken (het niveau van afwerking van de woningen en de basiszorgstations). Na het plan van aanpak (november 2001) en het overzicht van de vierkante meters van de verschillende wooneenheden en zorgstations, konden in het voorjaar van 2002 de samenwerkingsovereenkomsten gesloten worden.

Er is een samenwerkingsovereenkomst gesloten tussen Portaal als bouwer en verhuurder en de vier (intramurale) zorgorganisaties over de afspraken rond de bouw en verhuur. Op hetzelfde moment dat deze overeenkomst werd getekend, werd ook de overeenkomst getekend tussen de zorgorganisaties onderling. In deze overeenkomst wordt geregeld hoe de partijen de verantwoordelijkheden regelen ten

aanzien van de integrale zorgverlening. Daarin wordt bijvoorbeeld de inbreng van persoonsvolgende budgetten geregeld, evenals het bestuur en de dagelijkse leiding voor de integrale zorg. In de overeenkomst met Portaal is onder meer vastgelegd dat de zorginstellingen gezamenlijk de drie zorgstations gaan huren en dat alle wooneenheden individueel verhuurd gaan worden. Ook is hierin afgesproken dat de zorginstellingen zorg gaan leveren vanaf de eerste dag van oplevering. Deze samenwerkingsovereenkomst eindigt zodra het laatste basisstation is opgeleverd en de huurcontracten zijn afgesloten.

Inmiddels (zomer 2003) is de fase van het Definitief Ontwerp van zorgstation en woningen voor het eerste cluster (de eerste 24 woningen) afgerond. Momenteel wordt ook de aanvraag bij het College Bouw opgesteld voor de bouw van het basiszorgstation. Dit eerste cluster moet in 2005 opgeleverd worden.

Het zorgaanbod dat geleverd kan gaan worden, is geformuleerd. De volgende stap is het beschrijven van de benodigde formatie en bijvoorbeeld de intakeprocedures.

Meerwaarde samenwerking

De samenwerkende zorginstellingen zien als voordelen van de samenwerking:

- De zorg is op korte afstand bereikbaar waardoor mensen ook ongeplande zorg vrij snel kunnen ontvangen. De hulpverlener hoeft dan ook geen grote afstanden af te leggen;
- Door dat diverse hulpverleners op één locatie samenkomen kan er daadwerkelijk één zorgteam ontstaan waar mensen elkaar makkelijk weten te vinden, weten waar ieders expertise ligt waardoor er ook meer integratie/ samenhang in de zorg kan ontstaan;
- Voor de bewoner dient dit meer continuïteit op te leveren voor wat betreft de verschillende hulpverleners. Dat betekent echter ook dat er vanuit de dienstverleners zoveel mogelijk gestreefd dient te worden naar 'vaste' medewerkers binnen het zorgteam;
- De zorg kan herkenbaarder worden doordat er in je omgeving één punt is waar vandaan alle zorg wordt geboden;
- Voor hulpverleners kan meer diversiteit in het werk ontstaan door verschillende zorgvragers, verschillende woonomgevingen en uitwisseling van expertise. Het vraagt anderzijds ook een vrij zelfstandige vorm van werken.

Over deze doelstellingen, uitgangspunten en filosofie was snel overeenstemming tussen de zorgpartijen. Alle participanten zijn heel gemotiveerd om deze integrale vernieuwing op te pakken. Dat geldt niet alleen voor het niveau van directeuren maar ook lager in de organisatie.

Uiteraard gaat de samenwerking niet zonder discussie. Instellingen moeten elkaar beter leren kennen voordat de integrale werkwijze kan gaan werken. Volgens Arnold van Dijk blijken in de gesprekken verschillen tussen organisaties veelal samen te hangen met:

- het denken vanuit de eigen doelgroep. Dat is op zich logisch, je spreekt vanuit je eigen ervaringen, maar wat de een (met de eigen doelgroep voor ogen) zich goed kan voorstellen is voor de ander (ook vanuit de eigen doelgroep denkend) nieuw of bijzonder. In de verstandelijk gehandicaptensector werkt vooral agogisch personeel, gericht op het ondersteunen, leren en begeleiden, bijvoorbeeld bij het koken, bij contacten leggen, bij geld beheren. In het verpleeghuis werkt met name verzorgend personeel, dat helpt bij aankleden, eten en drinken, toilet bezoek e.d.
- het denken vanuit (daarmee samenhangende) instellingsculturen: bijvoorbeeld 'begeleiden met de handen op de rug' tegenover het 'praktisch overnemen van de zorg' (er wachten nog zoveel patiënten); het werken vanuit een agogisch model of vanuit een medisch model; of het werken vanuit een platte organisatie en brede functies of vanuit een medische bureaucratie met veel regels en specialistische functies, voorbehouden handelingen e.d.
- verschillen tussen personen: sommigen denken in hoofdlijnen en kunnen snel een knoop doorhakken. Anderen zijn meer geneigd om allerlei aspecten bij de discussie te betrekken en de zaak nog eens te overdenken.

Partijen hebben met elkaar geregeld hoeveel PVB's ieder inbrengt. De toelating blijft overigens bij de afzonderlijke organisaties berusten en zij moeten dus ook elk voor zich afspraken maken met hun zorgkantoor.

Projectstructuur

Voor het totstandbrengen van dit project is een projectstructuur in het leven geroepen die in deze breedte blijft functioneren totdat de bewoners in de wooneenheden zijn gearriveerd. De projectstructuur bestaat uit een bestuur, een projectmanager en diverse werkgroepen. In het bestuur zitten de directeuren/vertegenwoordigers van: Abrona, Altrecht, ASVZ Utrecht en De Rijnhoven. Het bestuur is vooral verantwoordelijk voor de besluitvorming en stuurt de projectmanager aan.

Projectmanager

Taken/verantwoordelijkheden:

1. Is verantwoordelijk voor de aansturing en het beheer van de projectorganisatie 3x24 en is derhalve verantwoordelijk voor de uitvoering van projectopdrachten zoals vastgesteld door het bestuur.
2. Is hiërarchisch verantwoording schuldig aan en ontvangt leiding van het bestuur.
3. Coördineert de projectgroepen, bereidt vergaderingen voor en is resultaatverantwoordelijk.
4. Zorgt voor initiëring, facilitering en logistieke ondersteuning van het project en processen.
5. Levert in de relevante gremia een bijdrage aan de beleidsvoorbereiding en -uitvoering.

Projectgroep Zorg

Leden: zorgmanagers van de betrokken zorgaanbieders.

Taken/verantwoordelijkheden:

1. Inventariseert werkwijze van betrokken zorgaanbieders.
- 2a. Ontwerpt een werkwijze waarbinnen de verschillende werkwijzen geïntegreerd worden.
- 2b. Inventariseert indicatieprocedures.
3. Ontwerpt geïntegreerde indicatieprocedure volgens BIO protocol.
4. Stelt een wachtlijst samen.
5. Bereid verhuizing van reeds aanwezige bewoners voor.
6. Stelt op basis van benodigde functies een teamprofiel op.

Projectgroep Bouw

Leden: bouw/huisvestingsdeskundigen van betrokken zorgaanbieders, vertegenwoordiger van Portaal en architect

Taken/verantwoordelijkheden:

1. Opstellen voorlopig ontwerp.
2. Inventariseert mogelijke procedures aanvraag bouwcollege.
3. Stelt een geïntegreerde/samengestelde aanvraag bouwcollege op.
4. Bewaakt tijdspad t.a.v. go-no-go momenten.

Projectgroep Financiën

Leden: Heads of controllers betrokken zorginstellingen

Taken/Verantwoordelijkheden:

1. Inventariseert de regelgeving t.a.v. vraaggestuurde budget uit betrokken sectoren.
2. Ontwerpt een integrale wijze van zorgbudgettering.
3. Benoemt consequenties voor het ontwerp.
4. Formuleert een voorstel voor de exploitatie en het financieel beheer van 3x24, inclusief een bijpassend management informatie systeem.
5. Stelt een integrale begrotingscyclus voor.
6. Stelt een formatieplaatsenplan en een beschreven organisatiestructuur op.

Verder zullen projectgroepen worden ingesteld voor:

- Personele zaken (o.a.a benodigde functies, aantal, werving, opleiding)
- PR (o.a. huisstijlontwikkeling, samenstellen informatiemateriaal)