



“FUNCTIEVERANDERINGEN IN HET NIEUWE MAATSCHAPPELIJKE DOMEIN”

Deze rapportage is door BTN in samenwerking met BMC en Movisie opgesteld.

Oosterhout, 10 maart 2014

Inhoudsopgave

	Aanleiding	3
1	Visie BTN	4
Deel I	Contouren nieuwe sociale domein	6
2	Samenvatting	7
3	Inleiding	8
4	Op weg naar de participatiesamenleving	9
5	Nieuwe thuiszorgfuncties	10
6	Veranderende contractering	12
7	Thuiszorgorganisaties op een kruispunt	14
8	Flexibele arbeidsvoorwaarden	15
9	Opleidingsbehoeften en opleidingen	16
10	Banen voor de lagere functies	18
Deel II	Functieveranderingen	19
11	Samenvatting	20
12	Inleiding	21
13	Contextbeschrijving	22
14	Ontwikkelingen voor de thuiszorg	25
15	Kansen voor de thuiszorg: 3 scenario's	27
16	Competenties	28
Bijlage 1	Geraadpleegde bronnen BMC en Movisie	40
Bijlage 2	Gesprekspartners BMC en Movisie	44

Aanleiding

De financiering van de zorguitgaven is een belangrijk maatschappelijk vraagstuk. Het kabinet ziet de decentralisatie van onder andere een aantal AWBZ-aanspraken naar gemeenten als een deel van de oplossing. Op dit moment wordt toegewerkt naar verdere decentralisatie op het gebied van de AWBZ, Jeugdzorg en de Participatiewet. Doelmatigheid en juist gebruik van maatschappelijk geld is hierbij het uitgangspunt.

Deze veranderingen vragen om een andere invulling van de rol van de thuiszorg in het sociale domein. Om een indruk te geven wat deze nieuwe invulling voor de thuiszorg betekent, heeft BTN aan BMC gevraagd een beeld te schetsen van de relevante ontwikkelingen in het sociale domein, de implicaties hiervan voor de thuiszorg en de maatregelen die nodig zijn om veranderingen in goede banen te leiden.

De kern van de decentralisatie is de kanteling in denken vanuit zorg- en dienstverlening naar denken vanuit eigen kracht van de cliënt. Dit proces van zelfredzaam worden en verleggen van verantwoordelijkheden naar de burger zelf is een forse opgave. Het zal vele vragen oproepen bij de cliënt, professional, vrijwilligers en gemeenten. De professional zal een voortrekkersrol gaan vervullen in het ondersteunen van de gewenste cultuurverandering.

De omslag van ontzorgen in plaats van 'zorgen voor', het begeleiden van cliënt en informele zorgverlener en het overdragen van basistaken zal veel vragen van de sector. Aan de andere kant wordt gevraagd om individuele ondersteuning te blijven bieden aan cliënten/burgers die dit nodig hebben. Dit vraagt om andere competenties dan de huidige competenties die zijn vastgelegd in de huidige functieprofielen.

BTN heeft Movisie onderzoek laten doen naar functieveranderingen in het nieuwe maatschappelijke domein en is hierbij gekomen tot competenties en kennisgebieden om integraal zorg in de thuiszorg op het gebied van maatschappelijke ondersteuning te kunnen bieden.

Deze rapportage is opgebouwd uit 2 delen. Deel I geeft een beeld van de gevolgen van het ingezette beleid en deel II beschrijft een toekomstverkenning van nieuwe functies. Bij het beschrijven van deze nieuwe werkelijkheid zijn naast thuiszorgorganisaties ook stakeholders en relaties uit het brede sociale domein betrokken.

BTN wil met deze rapportage een bijdrage leveren aan een juiste en scherpe discussie om te komen tot de gewenste kanteling in denken en doen enerzijds en om te zorgen voor behoud van zoveel mogelijk werkgelegenheid anderzijds.

J.C. Verschuren MBA
Bestuurder BTN

1 Visie BTN

BTN voorziet dat bestaande functies in het domein van zorg en welzijn, zoals basisondersteuner, verzorgende, begeleiderster, sociaal werker, maatschappelijk werker niet meer zullen bestaan in het nieuwe sociale domein dan wel een andere invulling krijgen. BTN: "Dat kan ons inziens niet anders omdat als Wmo activiteiten georganiseerd gaan worden op basis van de huidige functie-systematiek, de maatschappelijke doelstellingen (waaronder de financiële kaders) niet kunnen worden behaald." Om dit te realiseren is het nodig om oude gewoonten en systemen los te laten. Van medewerkers vraagt het om niet meer vanuit hun huidige taken te denken, van organisaties vraagt het een andere vorm van organiseren van de dienstverlening, van sociale partners een discussie over een mogelijk nieuw beloningsstelsel en van de burger vraagt die alles een meer zelfsturende rol. Kortom: Een gigantische transitie in een relatief korte tijd.

Uitgangspunten BTN

De visie van BTN is om daadwerkelijk de klant als uitgangspunt te nemen, waarbij het voor de klant niet uitmaakt in welk financieel stelsel zijn of haar ondersteuning valt. Het model van BTN is gebaseerd op hoge en transparante toetredingsdrempels van aanbieders en op persoonsvolgende bekostiging en resultaatfinanciering. Een invulling daarvan is een integraal uurtarief zoals ook bij de ERAI-experimenten in regelarme instellingen wordt gebruikt.

Voor BTN is helemaal niet van belang waar en hoe de financiële knip bij bijvoorbeeld de wijkverpleging gelegd wordt als er maar een goede oplossing voor de rafelranden gezocht wordt. BTN bedoelt hiermee te zeggen dat elke knip die gemaakt wordt discussie op zal blijven leveren. Een discussie die volgens BTN meer gaat over het in stand houden van instituten dan het daadwerkelijk maken van de transitie in de sector. BTN is daarom sterk voorstander van het bepalen van resultaatgebieden als onderdeel van de bekostiging. Het is vooral van belang om de prikkel tot financieren die maakt dat meer zorg wordt ingezet dan noodzakelijk, te verminderen en dat nieuwe structuren worden ingezet op preventie van gezondheidsproblemen. Dit maakt dat uiteindelijk de professional bij meer klanten actief kan zijn voor het uitvoeren van professionele handelingen, maar met name ingezet kan worden voor het ondersteunen van de overgang van professionele zorg naar informele zorg en preventie.

Het uitgangspunt zal zijn dat waar nu 20% van de tijd ingezet wordt op preventie en ondersteuning dit in de toekomst misschien wel 50-50% zal worden. Op deze manier zal ook in de toekomst de zorg en ondersteuning betaalbaar blijven, zal de klant zijn eigen verantwoordelijkheid moeten nemen, maar wel nadat hij/zij ondersteund is in dit traject. Hiermee wordt overlap voorkomen en vlekkeloze overloop mogelijk met ondersteuning vanuit het sociale domein.

Voor de opvang van de rafelranden ziet BTN als het ware een organisch domein. Een domein dat ligt tussen Zorgverzekeringswet en Wmo. Dit organische domein zal ervoor zorgen dat afschuifgedrag tussen zorgverzekeraars en gemeenten voorkomen wordt. Sterker nog; dit zal leiden tot een nadrukkelijke samenwerking van de beide domeinen.

Integrale aanpak

Een belangrijk element dat nu echter ontbreekt, is de organisatie en financiering van preventie. BTN komt met dit organisch domein omdat vanuit onze optiek elk ziektebeeld chronisch is waarbinnen samenwerking, medische en niet medische ondersteuning een rol spelen. Een voorbeeld hierbij is de behandeling van dementie. Op het moment dat deze ziekte geconstateerd wordt, zal in het begin van het traject meer medische ondersteuning nodig zijn. Deze ondersteuning verplaatst zich gedurende het ziektebeeld naar hoe om te gaan met de situatie, waarbij dan meer ondersteuning noodzakelijk is en zal in de afsluitende fase weer meer medisch georiënteerd zijn. Door dergelijke ziektebeelden onder te brengen in een nieuw domein zal de discussie van hoe en waar betaald moet worden minder aanwezig zijn en zal de klant de zorg krijgen die hij/zij mag verwachten.

Coördinatie

Een openstaand punt is de wijze waarop de coördinerende rol wordt ingezet. Momenteel wordt benoemd dat de wijkverpleegkundige de oplossing is om te fungeren als coördinatiepunt. BTN bestrijdt dat dit de enige oplossing is en ziet ook voor andere functionarissen binnen de organisatie mogelijkheden om daarin een rol te spelen. BTN is van mening dat instellingen met elkaar de rol als verwijzer moeten en kunnen spelen en dat in het kader van transparantie ook duidelijk moet zijn op basis waarvan een klant met welke ondersteuningsbehoefte naar welke organisatie is doorverwezen c.q. zelf aanklopt.

Dit past volgens BTN ook beter bij de noodzaak om te gaan werken met nieuwe competentieprofielen van medewerkers waarmee invulling wordt gegeven aan de transitie waar wij momenteel in de zorg voor staan. Een transitie die ook bijdraagt aan het behoud van werkgelegenheid en kwaliteit van zorg en ondersteuning.

Deel I Contouren nieuwe sociale domein

Ontwikkelingen, implicaties en te nemen maatregelen



BMC
dr.ir. E.H. van der Meer MBA
ir. W.F. Valkhoff

2 Samenvatting Deel I

Dit deel schetst een beeld van de ontwikkelingen in het sociaal domein, de implicaties hiervan voor de thuiszorg en de maatregelen die nodig zijn om veranderingen in goede banen te leiden.

Duidelijk is dat kortingen op de begeleiding en hulp in het huishouden in combinatie met de sturing van gemeenten op het zelfoplossend vermogen van burgers grote implicaties hebben voor de thuiszorg. Hierdoor kan de oude indeling van thuiszorgfuncties ('niveaus 1 tot en met 5') 'kantelen' naar een nieuwe indeling in bijvoorbeeld een 'basisondersteuner', een 'integraal ondersteuner' en een 'coördinator'.

Met de lagere budgetten zullen gemeenten professioneler gaan inkopen. Zij zullen meer diensten gaan aanbesteden en klanten meer keuzevrijheid geven. Ook zullen zij meer met trajecten en resultaatafspraken gaan werken. Dit brengt thuiszorgorganisaties op een kruispunt. Zij kunnen zich afwenden van het sociaal domein of zich daar juist volledig op toeleggen. Traditioneel georganiseerde thuiszorgorganisaties zullen uit het sociaal domein verdwijnen, maar voor pioniers kunnen er de nodige kansen liggen.

Thuiszorgorganisaties die kiezen voor het sociaal domein zullen echte 'Wmo-organisaties' moeten worden. Daarbij horen arbeidsvoorwaarden die ruimte geven aan prestaties. Tegelijk is het voor BTN belangrijk dat de laagste functies een sectorminimumloon krijgen en worden beschermd tegen de neerwaartse prijsspiraal die gemeenten in de afgelopen jaren hebben gehanteerd. Zij moeten het sectorminimumloon overnemen in hun aanbestedingen, zodat aanbieders zich kunnen richten op de kwaliteit van de dienstverlening en medewerkers de waardering krijgen die ze verdienen.

De veranderende vraag van gemeenten creëert een aanzienlijke opleidingsbehoefte rondom 'maatschappelijke ondersteuning'-competenties van thuiszorgmedewerkers. Scholen kunnen bestaande medewerkers bedienen met maatwerk (digitaal leren, 'learning on the job', stages bij welzijnsorganisaties) en werkgevers kunnen hen motiveren door te laten zien hoe nieuwe vaardigheden hun dagelijks werk kunnen verrijken. Ook kunnen zij tijd voor hen vrijmaken of meebetalen aan opleidingen.

Tegelijk dreigt ontslag voor met name de lagere functies. Dit treft veel laagopgeleide vrouwen met blijvend lage kansen op de arbeidsmarkt. Thuiszorgorganisaties verliezen een waardevolle groep medewerkers. Zowel de overheid als de thuiszorgsector zijn gebaat bij maatregelen om deze groep aan het werk te houden. Werkgevers en werknemers kunnen investeren in opleidingen, het Rijk en gemeenten kunnen dit ondersteunen met bijvoorbeeld gesubsidieerde arbeid, loonkosten-subsidies of vouchers. BTN zal hierop maximaal inzetten.

3 Inleiding deel 1

BTN is een ondernemende branchevereniging, die de belangen behartigt van zorgondernemers in het brede domein van zorg en welzijn. De organisatie beweegt mee met de veranderingen in de zorg en wil inspireren, vernieuwen en adviseren. Op dit moment gaat er veel aandacht uit naar het invullen van de rol van de thuiszorg in het nieuwe sociaal domein. Door de transities zullen andere vragen op de thuiszorg afkomen, waarop zo goed mogelijk moet worden geanticipeerd. Aanzienlijke kortingen zullen de uitdagingen alleen maar groter maken.

BTN ziet het als haar taak om vanuit deze beweging een lijn uit te zetten voor de sector. In dit kader is BMC gevraagd een beeld te schetsen van de relevante ontwikkelingen in het sociaal domein, de implicaties hiervan voor de thuiszorg en de maatregelen die nodig zijn om veranderingen in goede banen te leiden. Hiertoe is een achtergrondstudie uitgevoerd en is gesproken met verschillende stakeholders. Een lijst van geraadpleegde bronnen en gesprekspartners is opgenomen in de bijlagen 1 en 2.

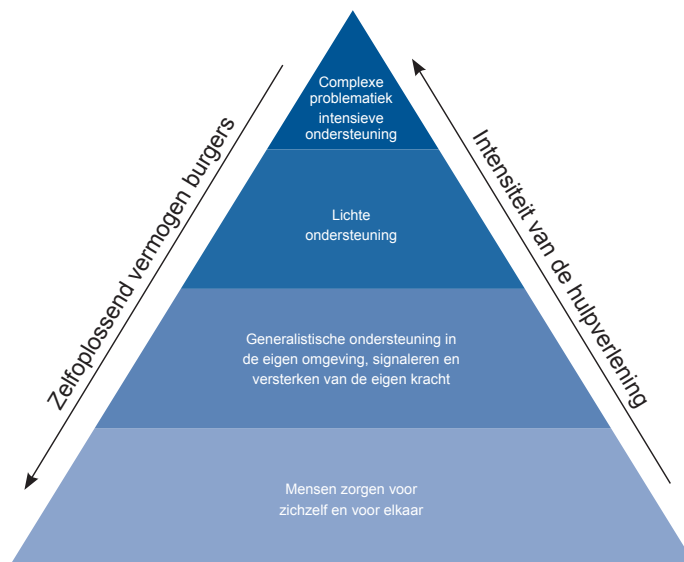
Dit document brengt verschillende meningen samen. Het doel is om draagvlak te creëren voor maatregelen en acties die nodig zijn om de kracht van de thuiszorg binnen het sociaal domein nu en in de toekomst te kunnen blijven borgen.

4 Op weg naar de participatiesamenleving

De decentralisaties passen in een beweging die reeds lang gaande is: de afbouw van de verzorgingsstaat en de opbouw van de participatiesamenleving. Deze beweging is onontkoombaar. We worden ouder en leven in een werelddeel met nog maar weinig groei. Dat betekent 'minder overheid en meer samenleving', ook in het sociaal domein.

Door de decentralisaties zijn het met name de gemeenten die de participatiesamenleving zullen moeten helpen opbouwen. Dat doen zij door maximaal gebruik te maken van het 'zelf-oplossend vermogen' van burgers. Ruwweg onderscheiden zij vier groepen mensen, die zijn voor te stellen als lagen in een piramide (zie afbeelding).

Piramidemodel voor het sociaal domein



In de onderste laag van de piramide bevindt zich de grootste groep burgers. Zij weten zichzelf te redden en maken slechts gebruik van 'gemeentelijke basisvoorzieningen'. Daarboven zitten mensen met beginnende of dreigende problemen. Veel gemeenten zetten 'sociale teams' op om deze mensen te vinden en te helpen. In 'keukentafel-gesprekken' helpen zij hen om uit te vinden wat zij wél kunnen en hoe hun omgeving daar eventueel aan kan bijdragen. In de derde laag bevinden zich burgers die meer nodig hebben dan een korte interventie. Hier bieden gemeenten bijvoorbeeld vormen van lichte individuele ondersteuning. Ook dit gebeurt vaak vanuit sociale teams. Deze teams halen zo nodig professionals 'erbij' in plaats van dat zij doorverwijzen. In het topje van de piramide bevinden zich mensen met zwaardere problemen. Zij ontvangen gespecialiseerde en vaak langer lopende hulp. Sommige taken in deze bovenste laag zijn de verantwoordelijkheid van centrumgemeenten, zoals maatschappelijke opvang en opvang bij geweld in afhankelijkheidsrelaties.

5 Nieuwe thuiszorgfuncties

Voor de thuiszorg is een rol weggelegd in de bovenste drie lagen van de piramide. In de tweede laag gaat het vooral om wijkverpleegkundigen die meedraaien in de wijkteams¹ en in de vierde laag om verpleegkundigen die de meest zware cliënten verplegen en verzorgen. Het betreft hier vooral Zvw - gefinancierde zorg, die met name wordt geleverd door niveau-4- en -5-verpleegkundigen.

In de derde laag bevindt zich de begeleiding en de hulp bij het huishouden, taken die onder verantwoordelijkheid van de gemeente vallen en waarin de thuiszorg een grote rol kan spelen. De ruimte van gemeenten om deze diensten in te kopen vermindert echter enorm. Vanaf 2015 worden de budgetten met respectievelijk 25% en 40% gekort. Ook binnen deze laag zullen gemeenten daarom scherp sturen op het zelfoplossend vermogen van burgers. Naar verwachting kan dit ertoe leiden dat de oude indeling van thuiszorgfuncties ('niveaus 1 tot en met 5') gaat 'kantelen' naar een nieuwe indeling in bijvoorbeeld een 'basisondersteuner', een 'integraal ondersteuner' en een 'coördinator'.

De basisondersteuner

De basisondersteuner levert de lichtste vorm van individuele ondersteuning. Het gaat dan allereerst om taken als opruimen en schoonmaken. Maar ook zoekt de basisondersteuner naar manieren om de cliënt weer zelf bepaalde taken te laten uitvoeren. Daarnaast kan ze tot op zekere hoogte problemen signaleren.

De functie is met name bereikbaar voor het huidige niveau 2 en een deel van niveau 1. Door de kortingen zal de vraag naar deze functies echter wel verminderen. De sturing op het zelfoplossend vermogen kan er zelfs voor zorgen dat juist de lage functies worden geraakt.² Steeds meer zullen gemeenten de burger vragen om zelf voor basisondersteuner te gaan betalen.

Integraal ondersteuner

De integraal ondersteuner levert combinaties van begeleiding en basisondersteuner, en eventueel ook persoonlijke verzorging (vanuit de Zvw). Ze coacht mensen naar meer zelfredzaamheid en mobiliseert waar mogelijk mantelzorgers, sociale netwerken en vrijwilligers ('activerend huisbezoek', 'dagbesteding aan huis' et cetera). Waar mogelijk gebruikt ze collectieve middelen om de individuele ondersteuning zo licht mogelijk te houden. Ze signaleert problemen over de volle breedte van het sociaal domein (eenzaamheid, zorg, schuldproblematiek, opvoedproblemen, criminaliteit et cetera) en weet deze te verbinden aan eventuele andere professionals.

Met name de huidige niveaus 3 en 4 kunnen in deze rol groeien. Niveau 2 kan mogelijk een lichte variant van deze functie bereiken ('huishoudelijk begeleider'). De integraal ondersteuner past goed bij de brede aanpak van gemeenten en kan zich bovendien onderscheiden met zorginhoudelijke expertise.

¹ Kamerbrief 'Reactie op de uitslag van de VNG-ledenraadpleging over het overlegresultaat decentralisatie van de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning, 29 januari 2014.

² Bron: Werkgeversenquête 3 Zorg en WJK 2013, Panteia, SEOR en E'til

Dat komt niet alleen terug in het werk zelf, maar ook in het eenvoudiger kunnen regelen van zorg via de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Aantrekkelijk is ook dat gemeenten goede resultaat-afspraken met haar kunnen maken. Te denken valt aan een vast bedrag per cliënt, waarmee een vooraf bepaalde eindsituatie wordt bereikt.

De coördinator

De coördinator verzorgt de coördinatie/het casemanagement bij cliënten die complexe, meer-voudige zorg en ondersteuning ontvangen. Het gaat daarbij vooral om ouderen en chronisch zieken met onvoldoende eigen regie en mogelijkheden binnen het eigen netwerk. Werkzaamheden liggen op het terrein van vraagverheldering, het opstellen en onderhouden van een plan, het inschakelen van passende ondersteuning, het mobiliseren van netwerken en het verzorgen van een goede overdracht. BTN ziet in de praktijk dat de coördinatiefunctie ook goed door de huidige niveaus 3 en 4 kan worden uitgeoefend.

Ook hier is de thuiszorg interessant voor gemeenten, vanwege de potentiële raakvlakken met Zvw-gefinancierde zorg. De coördinator hoeft niet duurder te zijn dan de integraal ondersteuner en kan dus ook beide rollen tegelijk vervullen. Ook met de coördinator kunnen goed resultaat-afspraken worden gemaakt.

6 Veranderende contractering

De kortingen betekenen dat thuiszorgorganisaties aanzienlijk minder inkoop kunnen verwachten, in het bijzonder van activiteiten uitgevoerd door de lagere functies. Dit effect wordt versterkt door het feit dat gemeenten hogere uitvoeringskosten hebben dan het Zorgkantoor³ en diensten in eigen beheer kunnen nemen. Het te besteden budget zal dus slim moeten worden ingezet. Te verwachten is dat meer diensten zullen worden aanbesteed en dat klanten meer keuzevrijheid krijgen. Daarnaast zullen gemeenten meer met trajecten en resultaatafspraken gaan werken.

Aanbesteding en keuzevrijheid

Terwijl gemeenten de toegangsfunctie (binnen sociale teams) dicht bij zichzelf willen houden en vaak via subsidies beleggen, zullen zij de achterliggende individuele ondersteuning steeds vaker aanbesteden. De gedachte is dat competitie hier loont, met betrekking tot zowel prijs als geleverde kwaliteit. Met regionale inkooporganisaties wordt de inkoopmacht verder versterkt. Zij beoordelen en sturen aanbieders op parameters als lokale kennis, bewezen expertise, samenhangende dienstverlening, financiële gezondheid, samenwerkings- bereidheid en innovatiekracht. Zij willen partners die meegaan in de omslag die zij zelf ook maken.

De competitie hoeft zich niet te beperken tot de jaarlijkse of meerjarige aanbesteding. Steeds vaker is de aanbesteding zodanig dat burgers vervolgens zelf hun aanbieder kunnen kiezen. Zo is er het 'Zeeuwse model', waarin een gemeente alle aanbieders contracteert die voldoen aan bepaalde criteria. Voor elk van deze aanbieders gelden dezelfde, vooraf overeengekomen tarieven. Burgers kloppen vervolgens op basis van eigen voorkeuren aan bij één van aanbieders.

Voor de thuiszorg zijn aanbestedingen en keuzevrijheid tot op zekere hoogte bekend terrein. Wat vooral verandert is dat de inkoop versnipperd over een groot aantal gemeenten en inkooporganisaties. Daarnaast is er stevige concurrentie van welzijns- en andere organisaties (schoonmaak, jeugdzorg, schuldhulpverlening).

Trajecten en resultaatafspraken

Voor de begeleiding en basisondersteuner gelden op dit moment nog verschillende (indicatie) systemen. Om te voorkomen dat er wordt gestapeld en om te zorgen dat integraal en zo kort mogelijke ondersteuning wordt geboden zullen deze systemen moeten integreren. Onderzoek van BMC wijst uit dat gemeenten daarbij denken aan flexibele vormen van trajectfinanciering.⁴ Elders binnen het sociaal domein beginnen inmiddels de eerste voorbeelden van trajectfinanciering te ontstaan.⁵

³ Bruin, J. De, Goud, R., december 2012, Stilte voor de storm, Zicht op prestaties ouderenzorg: studie VVT 2012, Gupta Strategists. Stilte voor de storm, Zicht op prestaties ouderenzorg: studie VVT 2012, Gupta Strategists.

⁴ Van der Meer, E.H. (2013), Gemeenten nog zoekend naar passende vormen van bekostiging, BMC. Te downloaden via http://www.bmc.nl/wp-content/uploads/2013/10/Artikel-Egbert_BB-oktober1.pdf.

⁵ <http://www.bmc.nl/wp-content/uploads/2013/01/Trajectfinanciering-in-de-OGGZ.pdf>

Bij trajectfinanciering is te denken aan een keuzemenu van bouwstenen en bijbehorende dagtarieven en/of totaalprijzen. Er zijn dan bijvoorbeeld één of twee bouwstenen voor basisondersteuner en zorgcoördinatie en enkele bouwstenen voor combinaties van basisondersteuner en begeleiding. Eventueel kan er een opslag worden gerekend voor ondersteuning van meerdere mensen binnen een gezin of netwerk.

Het sociale team of een andere entiteit die de toegang regelt kan bouwstenen met of voor een cliënt selecteren. In samenspraak met de betreffende thuiszorgmedewerker kunnen hieraan specifieke resultaten worden gekoppeld en kan eventueel het aantal uren of dagen vooraf worden vastgesteld. De betaling kan via een PGB verlopen of in natura. Resultaten kunnen bijvoorbeeld worden beschreven in termen van zelfredzaamheid, mate van participatie, aantal hulpverleners et cetera. In de basisondersteuner wordt op verschillende plekken geëxperimenteerd met criteria als 'een schoon en leefbaar huis'.⁶

Een dergelijk systeem van bekostiging en resultaatsturing zorgt dat medewerkers hun werk meer naar eigen inzicht kunnen inrichten. Tijdschrijven is niet langer nodig. Thuiszorgorganisaties zijn relatief goed gepositioneerd om met een dergelijk systeem te werken. Hun administratieve lasten gaan omlaag, terwijl welzijnsorganisaties juist een administratie moeten opbouwen.

⁶ Zie bijvoorbeeld <http://www.menziswmosupport.nl/nieuws/resultaten-onderzoek-nieuwe-werkwijze-huishoudelijke-hulp-gemeente-emma-bekend/>

7 Thuiszorgorganisaties op een kruispunt

De sterk gereduceerde inkoopbudgetten en de veranderende vraag van gemeenten brengen thuiszorgorganisaties op een kruispunt. Zij kunnen zich volledig toeleggen op het sociaal domein of zich daar juist van afwenden. Een tussenweg is eigenlijk niet mogelijk, gezien de concurrentie van andere partijen (welzijn, schoonmaak, jeugdzorg, schuldhulpverlening et cetera) en de mogelijkheid van gemeenten om bepaalde taken eventueel zelf uit te voeren. Beide mogelijkheden worden op dit moment hardop overwogen door veel thuiszorgorganisaties.

Wie kiest voor het sociaal domein zal een echte 'Wmo-organisatie' moeten worden. Op korte termijn zullen zij expertise vanuit zorg en welzijn moeten bundelen. Samenwerkingsverbanden of fusies zijn waarschijnlijk. Zo snel mogelijk zullen zij flexibele combinaties van basisondersteuner en begeleiding ontwikkelen en gaan sturen op zelfredzaamheid. Ook kunnen zij een brug slaan naar terreinen als werk, inkomen, onderwijs en wonen. Om kosten te beheersen zullen zij werken met open ICT-systemen, online en e-Health toepassingen en een zo lean mogelijke personeelsplanning.

Traditioneel georganiseerde thuiszorgorganisaties zullen uit het sociaal domein verdwijnen. Maar voor pioniers kunnen er de nodige kansen liggen.

8 Flexibele arbeidsvoorwaarden

Het dynamische speelveld in het sociaal domein vraagt om arbeidsvoorwaarden die ruimte geven aan prestaties. Tegelijk is het voor BTN belangrijk dat met name de laagste functies worden beschermd tegen de neerwaartse prijsspiraal die gemeenten de afgelopen jaren hebben gehanteerd. Zo kunnen aanbieders zich richten op de kwaliteit van de dienstverlening en krijgen de medewerkers de waardering die ze verdienen.

Beloning van prestaties

Goede prestaties hebben allereerst te maken met goede zorg en ondersteuning van cliënten. Op dit moment wordt deze afgemeten aan het opleidingsniveau en het aantal dienstjaren. In werkelijkheid blijken goede prestaties vaak door alle niveaus en leeftijden heen te lopen. Het is daarom verstandig om bijvoorbeeld cliënttevredenheid te laten meewegen bij de beloning van medewerkers. De beloning van een medewerker hoeft hierdoor in de loop der jaren niet automatisch toe te nemen.

Daarnaast moeten medewerkers worden beloond voor flexibiliteit en inzet. Dit kan via opslagen voor onregelmatigheid (feestdagen, waakdiensten, nachtzorg) en ondersteuning van zware doelgroepen. Medewerkers moeten de keuze krijgen om extra inkomsten uitbetaald te krijgen of om te zetten in opleidingen of vrije dagen.

Een sectorminimumloon voor de onderkant

Lagergeschoolde medewerkers worden vaak enorm gewaardeerd door cliënten. Zij spreken hun taal en kunnen met de juiste ondersteuning veel problemen signaleren. Tegelijk voelen deze medewerkers zich als werknemer vaak te weinig gewaardeerd. Tarieven en lonen zijn zo laag dat zij steeds meer worden gelijkgesteld aan schoonmakers en vrijwilligers. BTN heeft daarom in de recente cao met Abvakabo FNV een sectorminimumloon vastgelegd op schaal FWG 15.⁷

Daarnaast pleiten Abvakabo FNV en BTN voor meer vaste contracten, minder nul-urenaanstellingen en beëindiging van de alphahulpconstructie. Op dit moment heeft het gros van de medewerkers te maken met één van deze vormen. Vooral alphahulpen staan zwak, ondanks een rechterlijke uitspraak omtrent schijnconstructies⁸ en onderzoek naar mogelijkheden om hun positie te versterken.⁹ Zij werken zonder cao en vallen onder een licht ontslagregime.¹⁰ Meer rechten zullen leiden tot minder wisselingen en meer binding met zowel de wijk als de werkgever.

Er is dus nog veel werk te verzetten. Een goede eerste stap is dat gemeenten het sectorminimumloon overnemen in hun aanbestedingen (en daarmee ook toepassen op andere aanbieders). Het Rijk kan via een subsidie voor zorgen dat werkgevers alphamedewerkers in dienst nemen, net zoals na invoering van de Wmo in 2007. Ook werkgevers kunnen hieraan bijdragen, als zij in staat worden gesteld hun wachtgeldreserves hiervoor aan te spreken

⁷ Positie huishoudelijke zorgmedewerkers in ere hersteld, BTN, 8 januari 2014.

⁸ Bron: Recht.nl Hof geeft zelfstandige thuiszorghulpen gelijk: einde aan 'schijnconstructie', 10 nov 2013.

⁹ Bron: Kamerbrief Instelling commissie dienstverlening aan huis, 17 mei 2013.

¹⁰ Bron: Positie alfavulpen ter discussie, Actiz, november 2013

9 Opleidingsbehoeften en opleidingen

De nieuwe thuiszorgfuncties en de veranderende vraag creëert een aanzienlijke opleidingsbehoefte bij zowel bestaande als nieuwe medewerkers. Zowel opleiders als werkgevers spelen een rol bij het voorzien in deze behoefte.

Opleidingsbehoefte basisondersteuner

Movisie heeft onlangs de competenties beschreven van drie functies die lijken op de functies bij het onderdeel nieuwe thuiszorgfuncties.¹¹ De eerste hiervan is de basisondersteuner. De basisactiviteiten van deze professional zijn (samengevat): schoonmaken van het huis, textiel verzorgen, reinigen en opruimen. Een specifieke competentie op het terrein van maatschappelijke ondersteuning is het stimuleren van zelfwerkzaamheid.

Een verschil met onze beschrijving is dat wij ervan uitgaan dat de basisondersteuner ook tot op zekere hoogte problemen kan signaleren. Hiermee zijn er in onze optiek twee nieuwe competenties ten opzichte van de huidige niveaus 1 en 2. Opleidingen moeten zorgen dat medewerkers zelfwerkzaamheid kunnen stimuleren en zo goed mogelijk problemen kunnen signaleren bij hun cliënten.

Opleidingsbehoefte integraal ondersteuner

De integraal ondersteuner richt zich volgens Movisie behalve op de taken van de basisondersteuner op het begeleiden en ondersteunen van de cliënt en zijn systeem bij meerdere activiteiten op verschillende leefgebieden. Additionele ‘maatschappelijke ondersteuning’-competenties zijn: het verhelderen van vragen en behoeften op meerdere leefgebieden, het vroegtijdig signaleren van veranderingen, het stimuleren van gedragsverandering, het versterken van eigen kracht en zelfregie, het aanzetten tot participatie, samenwerken en het versterken van netwerken en het versterken en benutten van professionele ruimte.

Deze competenties zijn consistent met de beschrijving van de integraal ondersteuner zoals beschreven bij het onderdeel nieuwe thuiszorgfuncties. Wij gaan ervan uit dat heel niveau 3 deze slag moet kunnen maken en een deel van niveau 2. Dit betekent een grote opleidingsbehoefte voor de integraal ondersteuner, temeer omdat deze functie mogelijk de meest aantrekkelijke is voor gemeenten.

Opleidingsbehoefte coördinator

De coördinator zorgt volgens Movisie voor afstemming binnen het cliëntsysteem en met andere zorg- en welzijnsorganisaties en voorkomt dat de dienstverlening versnipperd. Het uiteindelijke doel van de coördinator is het versterken van eigen regie en zelfredzaamheid. De competentie op het terrein van maatschappelijke ondersteuning die hierbij hoort is: ‘organiseren en coördineren’.

¹¹ Lammersen, G., Kluit, M., Dam, C. van, januari 2014, Toekomstverkenning voor de thuiszorg, Functieveranderingen in het nieuwe maatschappelijke domein, Movisie, Utrecht

Ook deze competenties zijn consistent met die van de coördinator bij het onderdeel nieuwe thuiszorgfuncties. BTN denkt dat deze rol door de niveaus 3 en 4 te vervullen is. Dit zou ook hier een aanzienlijke opleidingsbehoefte kunnen scheppen, hoewel de omvang van deze functie misschien wat minder groot is.

Betekenis voor opleiders en werkgevers

Het voorgaande wijst op een brede behoefte aan opleidingen rondom ‘maatschappelijke ondersteuning’-competenties. Scholen zijn daar reeds redelijk goed op ingesteld. Zo leert de opleiding tot zorghulp (niveau 1) medewerkers om bijzonderheden te signaleren en te melden. De opleiding Medewerker Maatschappelijke Zorg (niveau 3) bestrijkt het brede terrein van persoonlijke verzorging, basisondersteuner, dagbesteding en begeleiding.

Voor scholen ligt er vooral een kans om bestaande thuiszorgmedewerkers te bedienen. Voor nieuwe studenten geldt zelfs op veel plaatsen een studentenstop.¹² Bij bestaande medewerkers moet optimaal worden aangesloten bij de behoeften van het individu (digitaal leren, ‘learning on the job’, stages bij welzijnsorganisaties). EVC-procedures kunnen ervoor zorgen dat opleidingen niet langer en intensiever zijn dan nodig en dat de kans op succes zo groot mogelijk is.

Veel thuiszorgmedewerkers hebben wellicht een prikkel nodig om te starten. In tegenstelling tot intramurale collega’s zijn zij niet gewend om opleidingen te volgen. Werkgevers kunnen hieraan bijdragen door te laten zien hoe nieuwe vaardigheden hun dagelijks werk kunnen verrijken. Ook kunnen zij tijd voor hen vrijmaken of meebetalen aan opleidingen. Ook in dit kader pleit BTN voor het kunnen aanspreken van wachtgeldreserves.

¹¹ <http://www.skivr.nl/actueel/id17224-opleiding-verpleegkunde-stelt-studentenstop-in.html>

10 Banen voor de lagere functies

De kortingen en de sturing van gemeenten op zelfoplossend vermogen bedreigen zoals genoemd met name de lagere functies in de thuiszorg (niveaus 1 en 2). De schattingen lopen uiteen, maar het potentiële banenverlies kan hier in de tienduizenden medewerkers lopen. De gevolgen hiervan kunnen groot zijn. De groep die met ontslag bedreigd wordt bestaat voor een groot deel uit laagopgeleide vrouwen met blijvend lage kansen op de arbeidsmarkt.¹³ Zij kunnen voor langere tijd werkeloos raken en afhankelijk worden van een uitkering.

Tegelijk verliezen thuiszorgorganisaties een waardevolle groep medewerkers. Het gaat om mensen die vaak goed een brug naar cliënten weten te slaan en problemen kunnen signaleren. Daarmee zijn zowel de overheid als de thuiszorgsector gebaat bij maatregelen om deze groep aan het werk te houden. BTN wil hier dan ook in het kader van de huidige sectorplannen¹⁴ op inzetten. Alle stakeholders zullen hun verantwoordelijkheid moeten nemen. Werkgevers en werknemers kunnen investeren in opleidingen, het Rijk en gemeenten kunnen dit ondersteunen met bijvoorbeeld gesubsidieerde arbeid, loonkostensubsidies of vouchers.

De kosten hoeven niet altijd hoog te zijn. Er zijn interessante voorbeelden waarbij investeringen zich deels terugverdienden. Zo is in Eindhoven geëxperimenteerd met gratis basisondersteuner voor 75-plussers. Door meer inzicht in de problemen van ouderen en vroegsignalering werd zorgconsumptie elders gereduceerd.

Alle partijen kunnen bijdragen aan de initiële investering. Het Rijk kan dit doen via cofinanciering van de sectorplannen en gemeenten via hun budget van € 200 miljoen voor vernieuwende ondersteuningsarrangementen. Werkgevers zouden hun wachtgeldreserves hiervoor kunnen aanspreken. BTN pleit reeds lang voor afschaffing van de wachtgeldregeling in ruil voor baanbehoud en opleidingen.

BTN zal in de komende periode de effecten van verschillende maatregelen laten doorrekenen en naar combinaties zoeken die elkaar versterken en waarin alle partijen een rol kunnen spelen.

¹³ Bron: Nieuwe werkgelegenheid voor laagopgeleiden, PwC.

¹⁴ <http://www.agentschapszw.nl/subsidies/cofinanciering-sectorplannen>

Deel II Functieveranderingen

Functieveranderingen in het nieuwe maatschappelijke domein



Auteurs: Corrie van Dam, Maaïke Kluft en Gery Lammersen

11 Samenvatting deel II

De nieuwe thuiszorgmedewerker is een type medewerker dat in houding en werkwijze uitgaat van de cliënt en zijn omgeving en zich niet houdt aan een strikte scheiding tussen zorg en welzijn. Het werk- en denkniveau (competenties) dat hiervoor nodig is varieert en is afhankelijk van de complexiteit van de situatie en de taken. Het niveau van de huidige thuiszorgmedewerkers loopt van niveau 1 tot en met 3/4 en soms niveau 5. Voor de nieuwe functies (basisondersteuner, integraal ondersteuner en de coördinator) zijn andere werk- en denkniveaus nodig.

Om te waarborgen dat de huidige thuiszorgmedewerkers over de juiste competenties bezitten op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, zouden medewerkers in de gelegenheid gesteld moeten worden om een relevant diploma te halen via bijvoorbeeld EVC-procedures (Erkenning van Verworven Competenties), maar ook door het volgen van post initieel onderwijs, bij- en nascholing, learning-on-the-job en deskundigheidsbevordering op de werkplek zelf (begeleiding, praktijktraining, supervisie, intervisie etc.). Die activiteiten zijn gericht op het opdoen en verdieping van praktijkervaring en het verwerven van competenties die nodig zijn voor de nieuwe functie-ervulling.

Daarnaast is het belangrijk om de huidige opleidingsprofielen in de zorg aan te passen door meer de nadruk te leggen op aspecten die te maken met kennis, houding en vaardigheden op het gebied van maatschappelijke ondersteuning.

12 Inleiding

Het maatschappelijke domein is op de schop. Zorg moet goedkoper, de vraag van de burger meer centraal en het handelen van de professional moet gericht zijn op het bekrachtigen van de cliënt in plaats van het verzorgen. Deze veranderingen vragen behoorlijk wat verandervermogen en vernieuwing van de zorgsector. Niet alleen de dienstverlening moet anders worden aangeboden, medewerkers moeten ook op een andere manier gaan werken, wat vraagt om een ander soort ondersteuning vanuit de organisaties.

BTN is van mening dat het ingezette beleid, naast de bezuinigingen, veel gevolgen heeft voor de invulling van de huidige functies in het brede domein van zorg en welzijn. Daar waar nu indicaties afgegeven worden, op basis van te verrichten handelingen door bevoegde professionals, zal naar de mening van BTN in het nieuwe sociale domein het probleem van de burger uitgangspunt zijn. Op basis van de gemaakte analyse zal een te behalen resultaat worden benoemd om de burger zo goed als mogelijk weer deel te laten nemen aan het sociale verkeer. Op basis van deze gedachte is het niet van belang welke professional de burger ondersteunt, maar dat de ondersteuning plaats vindt in de lijn van het afgesproken resultaat.

BTN is van mening dat medewerkers in de thuiszorg nog niet beschikken over de noodzakelijke competenties om in het nieuwe domein op een goede wijze zorg te kunnen verlenen en de vraag van de cliënt echt centraal te zetten. Dit betekent nogal wat:

- Nieuwe instroom van medewerkers moeten voldoen aan een nieuw profiel;
- Huidige medewerkers moeten andere vaardigheden aanleren;
- Bijscholing en herverdeling van arbeid zal ingezet moeten worden.

Movisie is gevraagd om inzicht te geven hoe de thuiszorg zich kan, dan wel zou moeten, voorbereiden op de enorme transitie van het nieuwe maatschappelijke domein. Om goed in te kunnen blijven spelen op de vragen en verwachtingen van zowel de overheid als burgers. In deze rapportage geven we onze bevindingen weer. Het rapport is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- Contextbeschrijving: schets van de huidige ontwikkelingen in het maatschappelijke domein en de gezondheidszorg, en de belangrijkste uitgangspunten van de overheid en burgers met betrekking tot zorgondersteuning.
- Ontwikkelingen in de thuiszorg: de betekenis van de veranderingen in het maatschappelijke domein ten aanzien van de thuiszorg. De gevolgen die de huidige ontwikkelingen hebben voor de thuiszorg.
- Toekomstscenario's thuiszorg: een beschrijving van kansen die er liggen voor de thuiszorg voor toekomstbestendigheid.
- Competenties: beschrijving hoe de huidige medewerkers een rol kunnen spelen in het nieuwe werkveld en welke competenties en kennis hiervoor nodig zijn. Wat dit betekent voor opleidingen en scholing.

13 Contextbeschrijving

Nederland bevindt zich, evenals veel andere Europese landen, in een ontwikkeling van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), ingevoerd in 2007, is te beschouwen als een vehikel voor deze verandering. Sinds de komst van de Wmo heeft de overheid de verandering verder vorm en inhoud gegeven met diverse beleidsplannen en maatregelen. De meest recente zijn de voorgenomen verdere inperking van de AWBZ, de decentralisatie van de jeugdzorg en de contouren van de Wet werken naar vermogen (Peters en Winsemius, 2013). Al deze voornemens zijn gericht op een verandering in denken en handelen bij burgers, cliënten, professionals en managers van aanbieders van zorg en maatschappelijke ondersteuning, en bij gemeenten. Burgers worden geacht zoveel als mogelijk zelfredzaam te zijn, ook als zij problemen ervaren. Volgens de publicatie *Perspectief op Gezondheid 20/20* (RVZ 2010a) en *Gezondheid 2.0: u bent aan zet* (RVZ, 2010b), verschuift in de gezondheidszorg de aandacht van 'consumerende burger', naar een burger die zelf verantwoordelijkheid neemt voor haar gezondheid. Zorg en ondersteuning vinden allereerst plaats in de 0e lijn (burgers, cliënten zelf en hun eigen netwerk, vrijwilligersorganisaties). Pas dan komen professionals (zorg- en sociale professionals) in beeld waarvan verwacht wordt dat ze zorg en ondersteuning zoveel als mogelijk onderbrengen bij de 0e lijn.

De groeiende nadruk op de 0e lijn is dus niet alleen een bestuurlijk en financieel proces. Het is vooral ook een inhoudelijke (inter)nationale discussie over de betekenis van het begrip gezondheid. Een momenteel veelbesproken definitie van gezondheid is de volgende: 'Health is the ability to adapt and selfmanage' (BMJ, 2011). Deze definitie sluit nauw aan bij de omslag die ook buiten de gezondheidszorg op andere maatschappelijke domeinen gaande is. Uitgangspunt is om niet langer de ziekte centraal te stellen, maar de gezondheid. Een tweede uitgangspunt is om mensen te stimuleren hun eigen capaciteiten te gebruiken (human capacity to cope), óók als iemand een ziekte of aandoening heeft (Peters en Winsemius, 2013). Niet om kosten te besparen, maar vanuit een proactieve grondhouding ten opzichte van gezondheid (zie Henk Smid e.a. van ZonMw). Dit sluit aan bij de uitgangspunten van de Wmo, waarin het vergroten van autonomie, participatie en zelfredzaamheid centraal staan. Het nemen van verantwoordelijkheid in het managen van de eigen gezondheid en het voorkomen van zorgondersteuning is een duidelijke trend in de samenleving.

Steeds vaker zoeken burgers eerst zelf oplossingen om hun redzaamheid te behouden, voordat zij een beroep doen op professionele zorgondersteuning. Burgers managen hun gezondheid door 'goed (preventief) gedrag', maar ook door te zorgen dat zij in hoge mate geïnformeerd zijn over gezondheidszaken (Jansen en de Kuiper, 2011). Hierdoor zijn zij niet "slechts" meer cliënt, maar eerder een samenwerkingspartner waar de zorgprofessional naast staat in het ondersteunings-traject. Zorgondersteuning wordt hierbinnen dan ook steeds meer bekeken vanuit het perspectief van het dagelijkse functioneren, daarover de regie kunnen voeren en het kunnen participeren in de samenleving.

De Wmo is zo niet alleen een ondersteuningswet, maar zoals hierboven benoemd een participatiewet. Uit onderzoek¹ weten we dat gezondheid en participatie nauw met elkaar samenhangen. Zo kan het ontbreken van een baan de gezondheid nadelig beïnvloeden en kan het (weer) aan het werk zijn juist een remedie zijn voor gezondheidsklachten. Gezondheid moet steeds meer worden bekeken vanuit een breed perspectief waarbij zowel alle levensgebieden in ogenschouw worden genomen (Peters en Winsemius, 2013). Iemands lichamelijke functioneren, -en problemen daarmee, vinden plaats binnen bepaalde sociale, maatschappelijke en individuele omstandigheden. Zorgprofessionals moeten daarom verder kijken dan alleen het geestelijke en lichamelijke functioneren (Jansen en de Kuiper, 2011). Dit vraagt een brede blik en open houding, maar ook kennis van de invloed van sociale en maatschappelijke aspecten en problemen. Het vraagt tevens om een vraaggerichte werkwijze, waarbij de zorgprofessional zoekt naar de vraag van burgers achter hun eerst geformuleerde hulpvraag. Hulp wordt afgestemd op de vraag van de burger en waar mogelijk wordt maatwerk geboden. Dat betekent dat in de zorgondersteuning de mens te allen tijde centraal staat en niet het (zorg)systeem. Zorg wordt zoveel mogelijk thuis en dicht in de buurt van de mensen gebracht en waar mogelijk wordt er samengewerkt met het informele netwerk van de burger. De verbinding tussen zorg en participatie zal nog verder versterkt worden, doordat mogelijk verder inperking van de AWBZ tot langdurige intramurale zorg. Overige onderdelen van de AWBZ worden overgeheveld naar de Wmo en/of naar de Zorgverzekeringswet (Peters en Winsemius, 2013).

Doordat gezondheid steeds meer vanuit een brede blik wordt bekeken, zal het onderscheid tussen care, cure en welzijn steeds verder vervagen en tenslotte verdwijnen. Essentieel is dus dat samenwerking, verbinding en organisatie van ondersteuning over de grenzen van domeinen heen gaat en dat organisaties streven naar een integraal aanpak van (zorg)vragen van burgers. Steeds meer werken organisaties samen vanuit de visie; één gezin, één plan, één regisseur. Expertises vanuit verschillende organisaties worden gebundeld in één wijk- of buurtteam om geboden maatschappelijke, sociale en medische ondersteuning aan burgers eenvoudig, efficiënt en overzichtelijk te verlenen. Ondersteunend aan de realisatie van deze manier van werken is het groeiende gebruik van technologie en ICT. Om zorg inzichtelijk te houden en tevens het zelfmanagement van burgers te vergroten, wordt er steeds meer gebruik gemaakt van technologie die monitoring en zorg op afstand mogelijk maakt. Registratiesystemen en cliëntendossiers zijn vaker digitaal en worden steeds vaker door de burger zelf ingevuld. Daarnaast is er in toenemende mate sprake van websites die participatie, zorg voor elkaar en zelfredzaamheid van burgers stimuleren.

Naast het feit dat er veranderingen gaande zijn rondom de manier van zorgondersteuning (nadruk op eigen kracht en zelfredzaamheid), heeft de zorgsector te maken met een verwacht personeelstekort dat ontstaat door de uitstroom van oudere medewerkers en de trend van zorgmedewerkers om over te stappen naar andere branches (Jansen, 2013). Tevens is er sprake van veranderingen in zorgvragen van burgers en in het soort klantgroepen die zorg nodig hebben. Zo neemt het aantal ouderen (65+) de komende jaren sterk toe naar 3,4 miljoen in 2020, een stijging van 40%².

¹ RIVM, VTV (2010). Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter, Bilthoven. S.E. Kooiker (2011). 'Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven'. Achtergrondrapport bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter. Gezamenlijke uitgave SCP/RIVM, Bilthoven.

² www.invoorzorg.nl

Eenzijds zien we een groeiende groep ouderen die door een gezonde leefstijl en betere preventie en zorg tot op hogere leeftijd gezond en vitaal zijn. Deze groep heeft behoefte aan goede informatie zowel rondom het individuele welbevinden, als op het gebied van maatschappelijke betrokkenheid. Aan de andere kant neemt de vraag naar langdurige zorg toe, worden zorgvragen complexer en is de klantgroep die langdurige zorg nodig heeft meer divers door de groei van het aantal ouderen met een niet-Nederlandse achtergrond. Ook op deze ontwikkelingen moet de gezondheidszorg adequaat inspelen en moeten zorgprofessionals de competenties en vaardigheden hebben om de gewenste en gepaste zorg te bieden.

De verschillende (voorgenomen) decentralisaties en de ontwikkelingen in de zorg en het maatschappelijke domein stimuleren een aanpak waarin de burger en zijn/haar sociale systeem centraal staan en waarin de organisaties hun aanbod op zijn minst op elkaar afstemmen en verbinden. In de praktijk blijkt dat hiervoor nog diverse stappen en ook drempels genomen moeten worden.

Zo werken verschillende domeinen vanuit zeer verschillende kaders en met verschillende financieringsstromen. Bij de uitvoering van zorg domineert het medische model. De ziekte of de beperking staat nog te veel centraal in plaats van de kwaliteit van leven en voorkomen van, dan wel het leren omgaan met de gevolgen van ziekte. Bij maatschappelijke ondersteuning en in het bijzonder in welzijn domineert het sociale model dat zich richt op empowerment van burgers, versterking van netwerken, verbetering van de omgeving, etc. Het ontwikkelen van een gezonde leefstijl, passend bij de gevolgen van een ziekte, is daarbij niet de focus. De verschillende denken en handelingswijzen van de verschillende domeinen moeten naar elkaar toe gebracht worden. Daarnaast bestaat er vanuit verschillende disciplines de begrijpelijke neiging vanuit het eigen denkkader te werken. Daardoor is er niet altijd oog voor andere disciplines, wat integraal samenwerking in de weg kan staan.

Een andere stap die nog gezet moet worden is het meer betrekken van informele partijen bij de zorg. De zorgsector werkt nu voornamelijk vanuit het perspectief van het individu. Het perspectief van het sociale netwerk van de burger blijft in de ondersteuning nog te vaak buiten beeld, terwijl mensen langer in hun eigen huis kunnen blijven als ook de sociale omgeving nadrukkelijk betrokken is bij de ondersteuning. Zorg en ondersteuning thuis kan verder verbeterd worden door meer verbinding te leggen met welzijn, waarin men al sterker kijkt naar mogelijkheden in de (sociale en fysieke) omgeving, de buurt en met de inzet van vrijwilligers.

De overheid en partijen in het maatschappelijke domein heeft als doel om zorg dichterbij de burger te brengen en tevens de kosten van de zorg en ondersteuning te beperken. Dit kan alleen slagen als vanuit een realistisch perspectief geïnvesteerd wordt in een omslag in denken en handelen van alle betrokkenen. Het is dus van groot belang dat ook de partijen betrokken bij de thuiszorg zoals professionals, instellingen, gemeenten en verzekeraars meegaan in al deze ontwikkelingen, willen zij een stevige positie behouden in de kern van de lokale dienstverlening in het maatschappelijke domein.

14 Ontwikkelingen voor de thuiszorg

In de interviews met managers, directeuren en beleidsmedewerkers is gevraagd wat de beschreven ontwikkelingen, zoals beschreven in de contextbeschrijving betekenen voor de thuiszorg. De uitkomsten zijn weergegeven in onderstaande punten.

- **Meer kijken naar wat klanten zelf kunnen en activeren**

De nieuwe ontwikkelingen richten zich op de zelfredzaamheid van de klant. Wat kan een klant zelf. Waar liggen zijn/ haar kwaliteiten. Wat is het netwerk van de klant en welke ondersteuning biedt het netwerk of zou het netwerk kunnen bieden. Welke ondersteuning vraagt de klant en/of het netwerk van de klant vervolgens van de thuiszorg. Voor de thuiszorgmedewerker betekent dit dat je klanten vooral ondersteunt in hun zelfredzaamheid. De focus ligt op wat mensen kunnen en niet op de “pijntjes”, ziekte die zij hebben. Als thuiszorgmedewerker zie je de klant in zijn thuissituatie en zie je wat de klant kan en waarin de klant geactiveerd kan worden. Deze informatie zal meer en meer nodig zijn om te bepalen wat passende ondersteuning is voor de klant. Dit vraagt van de thuiszorg medewerker ook dat je de klant als gelijkwaardige partner ziet. De klant en zijn of haar naasten kunnen zelf veelal goed aangeven wat voor ondersteuning nodig is. Burgers worden ook meer aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid en zelf management. Voor medewerkers van de thuiszorg is het van belang om in te spelen op de individuele wensen en daarbij de eigen waarden en normen van de klant te respecteren.

- **Het werk wordt complexer**

Doorgezet wordt dat zorg en ondersteuning zo veel mogelijk dicht bij de burger wordt aangeboden. Ook de meer complexe zorg wordt bij de mensen thuis aangeboden. Voor de thuiszorgmedewerker betekent dit dat zij in de praktijk met meer klanten te maken krijgen die meer en langdurige ondersteuning nodig hebben. Daarbij zal de diversiteit in klanten meer toenemen door de groei van het aantal ouderen met een niet-Nederlandse achtergrond. Als medewerker werk je alleen en zal je samen met de kennis en ervaring van de klant en je expertise als thuiszorgmedewerker moeten zien te redden in de thuissituatie van de klant. Samen in de thuissituatie moeten bepalen waar mogelijkheden liggen en welke ondersteuning nodig is en bijdraagt aan de zelfredzaamheid van de klant.

- **Meer werken vanuit een integraal benadering**

De nieuwe ontwikkelingen richten zich op “meedoen” en het “niet uitsluiten” van mensen. Bij meedoen gaat het om wonen, zorg, werk, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning en mobiliteit. Voor de thuiszorgmedewerker betekent dit dat je niet alleen kijkt naar de “zorgkant” maar dat je ook de verbinding kan maken met de andere levensdomeinen. Dit betekent een integraal manier van kijken, maar ook je werk zien in samenwerking met andere professionals, die allen bijdragen aan het “meedoen” en het “niet uitsluiten” van de burger.

- **Onzekere financiering**

Naast inhoudelijke veranderingen komt in de interviews naar voren dat de aangekondigde bezuinigingen en de onzekerheid over de financiering van de thuiszorg gevolgen hebben voor de thuiszorg.

Er is een risico dat organisaties personeel uit onzekerheid gaan ontslaan. Ze weten dat ze moeten bezuinigen, maar ze weten nog niet hoe ze met hun nieuwe financiers om tafel moeten. Uit angst voor een onbekend toekomst laten ze mensen gaan, die misschien toch hard nodig blijken te zijn. Er komt een enorme behoefte aan zorgprofessionals van niveau 1 en 2. Zorgprofessionals met niveau 1-2 hebben vaak ontzettend veel ervaring. Met lichte bijscholing of EVC naar niveau 2+ kunnen zij een onmisbare taak op zich nemen in de ondersteuning van klanten en mantelzorgers. Ze zijn volledig vaardig en vakkundig, maar wel een stuk goedkoper dan het hogere niveau medewerkers. Oudere medewerkers kunnen d.m.v. lichte bijscholing hun kennis en ervaring verzilveren. De druk op mantelzorgers zal alleen maar groeien als zorgprofessionals van niveau 1-3 wegbezuinigd worden. Mantelzorgers zullen de druk niet meer aankunnen en zij willen ook niet alle handelingen bij familie of zorgvragers uitvoeren, die een zorgprofessional doet. Om die reden zijn de lagere niveau zorgprofessionals onmisbaar. De nu nog onzekere financiering maakt het van belang dat thuiszorgorganisaties initiatief nemen om lokaal om tafel te gaan met zowel zorgverzekeraars als gemeenten.

15 Kansen voor de thuiszorg: 3 scenario's

Op grond van de documenten analyse en in de interviews komen we uit op 3 scenario's als kansen voor de thuiszorg om adequaat in te spelen op de ontwikkelingen. De 3 scenario's liggen in elkaar verlengde en versterken elkaar. In een eventueel vervolg kunnen de scenario's verder uitgewerkt worden.

Scenario 1: de thuiszorg als (stevige) partner in de thuissituatie van de burger

Thuiszorgmedewerkers komen het meest frequent bij mensen over de vloer. Daar ligt een basis om stappen te zetten naar een omwenteling en op een andere manier te leren kijken naar de cliënt en zijn systeem. Zij signaleren nu veel maar ook over veel en dan gaat het daarna vaak over veel te veel schijven en gaan professionals langs elkaar heen werken. Van belang is dat ze over elkaars discipline heen kunnen kijken.

Stel kerncompetenties op als organisatie en/of op branche niveau. Iedereen zegt dat de cliënt centraal staat, maar laat zien hoe je dat doet als organisatie. Wat maakt bijvoorbeeld dat je klantgericht bent? Hoe zie je dat terug in de tevredenheidsmeting? Het onderscheidend vermogen van organisaties zal steeds belangrijker worden.

Ontwikkel met intramurale en extramurale aanbieders ketensamenhang. Kijk als (zorg)aanbieders gezamenlijk naar de inhoud van de zorg en ontwikkel nieuwe vormen van zorg. We gaan weer naar transmurale zorg, zoals vormen van dagopvang.

Scenario 2: investeren in de medewerkers voor het realiseren van de “big change”

Meerdere geïnterviewde geven aan dat lichte begeleiding zeker nodig blijft. Zij zijn de handjes, die ondersteuning bieden. Hun functie moet worden aangepast op wat nu nodig is: brede blik op het gehele welbevinden van de mens, meer maatwerk, meer krachtgericht, meer met netwerk. Dit is breder dan hun huidige discipline en ze hebben hiervoor andere kennis en vaardigheden nodig.

Scenario 3: inzetten op innovatie kracht

Voor de thuiszorg liggen er kansen om te leren van andere sectoren, bijvoorbeeld het hotelwezen, de expertise om gastvrije dienstverlening te leveren. Het leggen van linken met andere sectoren, bijvoorbeeld sport en beweging. Het vitaal houden van (oudere) mensen.

Gebruik te maken van technologische ontwikkelingen, het bieden van zorg op afstand. Het gebruik van de beeldtelefoon.

Bij te dragen en aan te sluiten bij lokale initiatieven, bijvoorbeeld burgerinitiatieven om als burgers elkaar ondersteuning te bieden op basis van wederkerigheid.

16 Competenties

In dit overzicht worden aanvullende competenties en kennisgebieden van drie typen functies in de thuiszorg op het gebied van maatschappelijke ondersteuning beschreven. Het betreft de volgende functies:

- 1 Basisondersteuner
- 2 Integraal ondersteuner
- 3 Coördinator

In principe gaat het om de competenties waarover een vakvolwassen thuiszorgprofessional op haar niveau zou moeten beschikken om haar werk in combinatie met maatschappelijke ondersteuning adequaat te kunnen doen. Om een vakbekwame professional te worden is het nodig een langere periode werkzaam te zijn in een bepaalde sector. Gedurende deze periode groeit de professional tot vakbekwaamheid door ervaring op te doen en te leren in de praktijk.

Om een volledig overzicht te geven van wat de thuiszorgprofessional zou moeten kunnen en kennen, op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning besteden we apart aandacht aan de kennis die nodig is om de taken op dat terrein te kunnen uitvoeren.

Functie 1 Basisondersteuner

De basisactiviteiten van deze medewerker zijn: schoonmaken van het huis, licht en zwaar; textiel verzorgen: wassen, drogen, vouwen en strijken; toilet(ten) en badkamer(s) reinigen; opruimen van de kamers; bedden opmaken, afhaken en verschoneren; opruimen huishoudelijke afval, indien nodig ook uit het huis.

Aanvullende competentie voor deze medewerker op het gebied van maatschappelijke ondersteuning:

Stimuleert zelfwerkzaamheid	
	De thuiszorgmedewerker is in staat om de cliënt te stimuleren bij het zelf uitvoeren van huishoudelijke taken, maar neemt waar nodig of gewenst de huishoudelijke zorg over. Hierdoor behoudt de cliënt zoveel mogelijk de gewenste autonomie en ontvangt de cliënt de zorg zoals zij dat zelf wenst of gewend is.
Gedrags- kenmerken	De medewerker: <ul style="list-style-type: none">• Inventariseert de verwachtingen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt t.a.v. zelfwerkzaamheid op het gebied van huishoudelijke taken en sluit daarop aan• Helpt de cliënt om eventuele (emotionele) problemen hiermee te overwinnen• Stimuleert de cliënt tot het zelf doen van het huishouden als dit van belang is voor verbetering van de situatie• Geeft tips en aanwijzingen over het zelfstandig uitvoeren van huishoudelijke taken• Schat steeds in of de cliënt in staat is om fysiek en mentaal een huishoudelijke activiteit zelf kan uitvoeren• Is zich er van bewust niet uit automatisme de verzorging van de cliënt over te nemen• Neemt de huishoudelijke zorg over als de situatie van de cliënt daarom dit vraagt• Signaleert of de vorm van hulp bij het huishouden nog voldoet en neemt hierover contact met de coördinator en/of leidinggevende

Functie 2 Integraal ondersteuner

Behalve het geven van en ondersteunen bij basisondersteuner zal deze medewerker de cliënt en zijn systeem, de mantelzorg en het andere sociale netwerk daarom heen, begeleiden en ondersteunen bij meerdere activiteiten op verschillende leefgebieden. Concreet gaat het dan bijvoorbeeld over hulp bij de administratie, het stimuleren van zelfwerkzaamheid en eigen regie, het eigen netwerk versterken, hulp bij corrigeren van gedrag, leren te participeren en bijvoorbeeld een ondersteunend gesprek met een cliënt met een verslavingsproblematiek.

Aanvullende competenties voor deze medewerker op het gebied van maatschappelijke ondersteuning:

Verheldert vragen en behoeften op meerdere leefgebieden	
	De thuiszorgmedewerker luistert naar het hele verhaal van de cliënt en zijn systeem, de mantelzorg en het sociale netwerk daarom heen. Zij verheldert vragen en ondersteunt bij de vraagformulering op verschillende leefgebieden, zodat zij inzicht krijgt in vragen, wensen, beperkingen, mogelijkheden en talenten van de cliënt en alle andere betrokkenen, en haar ondersteuning hierop kan aanpassen.
Gedrags- kenmerken	De medewerker: <ul style="list-style-type: none">• Verheldert vragen en vraagt door naar de werkelijke vragen, wensen, behoeften en verwachtingen van de cliënt en alle andere betrokkenen• Verwerft inzicht in beperkingen, mogelijkheden en talenten van de cliënt en alle andere betrokkenen op verschillende leefgebieden• Zoekt samen met de cliënt en alle andere betrokkenen op basis van de integraal vraagverheldering naar mogelijke oplossingsrichtingen. De kansen, mogelijkheden en potenties van de cliënt en alle andere betrokkenen, zijn hierbij altijd het uitgangspunt

Signaleert vroegtijdig veranderingen

	<p>De thuiszorgmedewerker signaleert veranderingen in kwetsbaarheid en kracht bij de cliënt en zijn systeem, de mantelzorg en het sociale netwerk daarom heen. Zij gebruikt deze signalen om tekorten te agenderen, de ondersteuning aan te passen en/of eventueel preventief in te grijpen, zodat de cliënt de zelfredzaamheid behoudt en alle andere betrokkenen verbetering of stabiliteit in de situatie ervaren.</p>
Gedrags-kenmerken	<p>De medewerker:</p> <ul style="list-style-type: none">• Signaleert samen met de cliënt en alle andere betrokkenen problemen die buiten de aandacht vallen van instellingen en van staand beleid en legt dit neer bij de coördinator• Herkent vroegtijdig veranderingen in kracht en kwetsbaarheid van cliënten en alle andere betrokkenen en past in overleg de ondersteuning hierop aan• Verwijst door naar gespecialiseerde hulp of zorgondersteuning, wanneer de problemen buiten haar eigen vakgebied vallen• Kent de eigen grenzen van haar vakgebied en houdt zich hier ook aan• Grijpt bij crisissituaties direct in

Signaleert gedragsverandering

	<p>De thuiszorgmedewerker motiveert de cliënt en zijn systeem, en zo nodig de mantelzorg en het sociale netwerk daarom heen, tot het experimenteren met en het eigen maken van nieuw gedrag. Zij ondersteunt het leerproces, zodat de cliënt en alle andere betrokkenen nieuwe inzichten kunnen ontwikkelen en zelf oplossingen kunnen bedenken die leiden tot de voor hen gewenste situatie.</p>
Gedrags-kenmerken	<p>De medewerker:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gebruikt motiverende gesprekstechnieken om gedragsverandering te stimuleren• Adviseert en ondersteunt de cliënt en alle andere betrokkenen in het nemen van verantwoordelijkheid voor de situatie• Heeft een accepterende houding en reflecteert empathisch op de gedachten en ervaringen van de cliënt en alle andere betrokkenen• Geeft de cliënt en alle andere betrokkenen zoveel mogelijk zeggenschap in het gesprek en de ondersteuning• Herkent en erkent weerstand bij de cliënt en alle andere betrokkenen en helpt de weerstand te overwinnen• Confronteert de cliënt en alle andere betrokkenen in haar directe contacten met de effecten van het gedrag en geeft feedback• Toont vertrouwen in de cliënt en alle andere betrokkenen en benoemt kleine successen• Houdt de mogelijkheden van de cliënt en alle andere betrokkenen en het doel voor ogen en schiet niet door in het geven van te veel eigen verantwoordelijkheid.

Versterkt eigen kracht en zelfregie

	<p>De thuiszorgmedewerker leert op enthousiasmerende en overtuigende wijze de cliënt en zijn systeem, en zo nodig de mantelzorg en het sociale netwerk daarom heen, hun eigen kwaliteiten en mogelijkheden te versterken en in te zetten en drempels te overwinnen. Hierdoor kunnen zij zelf de regie nemen en zich sterk genoeg voelen om beslissingen over hun eigen leven te nemen.</p>
Gedrags- kenmerken	<p>De medewerker:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gaat, in overleg met de cliënt, na welke handelingen de cliënt en alle andere betrokkenen kunnen uitvoeren of willen doen• Geeft de cliënt en alle andere betrokkenen zeggenschap en maakt geen keuzes voor de cliënt• Creëert samen met de cliënt en alle andere betrokkenen situaties waarin zij uitgedaagd worden hun talenten en mogelijkheden te (her)ontdekken en zo mogelijk in te zetten• Ondersteunt en begeleidt (leer)situaties waarin cliënten en alle andere betrokkenen nieuwe vaardigheden ontwikkelen die de eigen kracht, zelfredzaamheid en zelfregie bevorderen• Schat in en bepaalt, door de samenwerking met de cliënt en alle andere betrokkenen, wanneer zij moet instrueren, begeleiden of zaken moet overnemen, of over kan laten aan de cliënt• Adviseert mantelzorgers en het andere sociale netwerk hoe ze zo optimaal mogelijk kunnen bijdragen aan de zelfstandigheid van de cliënt

Zet aan tot participatie

	<p>De thuiszorgmedewerker stimuleert de cliënt en zo nodig zijn systeem en de mantelzorg om te participeren in de samenleving, zodat hij kan meedoen en zijn sociale contacten kan uitbreiden.</p>
Gedrags- kenmerken	<p>De medewerker:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sluit aan bij en ondersteunt de ideeën van cliënten die zelf met suggesties komen en zich verantwoordelijk voelen om hun eigen situatie te verbeteren• Prikkelde cliënt en mantelzorger om activiteiten te ontplooiën en contacten te leggen• Ondersteunt cliënten om op basis van hun eigen mogelijkheden actief te participeren op belangrijke levensgebieden in de samenleving, zoals politiek, cultuur, vrije tijd en gezondheid• Coacht cliënten om te kunnen participeren• Kent welzijnsprofessionals die informatie kunnen geven over activiteiten die aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt en die perspectief bieden op verdere participatie

Werkt samen en versterkt netwerken

	<p>De thuiszorgmedewerker maakt optimaal gebruik van de deskundigheid van andere zorg- en welzijnsprofessionals en informele zorg- en welzijnsnetwerken in haar werkgebied en zorgt voor kennisoverdracht. Hierdoor ontvangt de cliënt en zijn systeem, de mantelzorg en het sociale netwerk daarom heen, een eenduidige en overzichtelijke ondersteuning op alle leefgebieden.</p>
Gedrags- kenmerken	<p>De medewerker:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kent partners en medewerkers van verschillende disciplines in haar werkgebied. Zij weet wat ze doen, wat ze belangrijk vinden en wat ze te bieden hebben• Participeert in samenwerkingsverbanden met andere professionals met het oog op de realisatie van een integraal en doelmatige aanpak van problemen.• Signaleert knelpunten in de samenwerking en bespreekt dit met de coördinator• Weet goed wat haar bijdrage kan zijn in netwerken, welke rol zij kan oppakken en wat zij te bieden heeft• Werkt zelfstandig met cliënten aan het versterken van hun (sociale) netwerk en zet hierbij effectieve werkwijzen en combinaties hiervan in• Stimuleert tot ontmoeting en ondersteunt initiatieven die bijdragen aan de vorming van formele en informele samenwerkingsrelaties• Ondersteunt initiatieven van cliënten en geeft hen informatie en advies om hun weg te vinden en hun doelen te bereiken• Werkt mee aan de uitvoering van nieuwe werkwijzen in samenwerkingsverbanden. Zij pakt taken op die voortkomen uit het overleg ook als die niet binnen haar eigen vakgebied horen

Benut professionele ruimte

	<p>De thuiszorgmedewerker neemt een meer flexibele rol in en kan een zekere afstand behouden, zodat de cliënt en zijn systeem, de mantelzorg en het sociale netwerk daarom heen de ruimte krijgen prioriteiten te stellen en zelf kunnen beslissen over waar zij mee aan de slag willen gaan.</p>
Gedrags- kenmerken	<p>De medewerker:</p> <ul style="list-style-type: none">• Toont vakkennis en vaardigheid in contacten met cliënten en alle andere betrokkenen• Kan van regelmaat afstappen en snel van rol wisselen in het belang van de cliënt en alle andere betrokkenen• Verzint met de nodige vindingrijkheid oplossingen voor onvoorziene vragen, problemen of situatie• Durft regels en grenzen in het eigen vakgebied los te laten in situaties waarin deze belemmerend en beknellend werken voor de cliënt en alle andere betrokkenen• Experimenteert in overleg met collega's en coördinator met nieuwe werkprocessen• Reflecteert op en leert van eigen ervaringen en van ervaringen van collega's en deelt deze met elkaar

Functie 3 Coördinator

De coördinator neemt in meer complexe situaties de rol van casemanager op zich. Zij heeft dan te maken met het gehele cliëntsysteem (cliënt, mantelzorger, familie, buren, informele zorg) en zorgt ervoor dat er afstemming plaats vindt tussen alle betrokkenen. Het uiteindelijke doel hiervan is ook om de eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt en zijn systeem en alle andere betrokkenen eromheen te versterken. Vanuit dit oogpunt werkt deze medewerker ook samen met andere zorg- en welzijnsorganisaties die van belang zijn rondom de zorg voor de cliënt en zijn systeem. Dat betekent dat deze medewerker permanent zaken moet afstemmen, vooral ook om te voorkomen dat de hulp- en dienstverlening aan de cliënt en zijn systeem niet teveel versnipperd raakt.

Aanvullende competentie voor deze medewerker op het gebied van maatschappelijke ondersteuning:

Organiseert en coördineert	
	De thuiszorgmedewerker investeert actief in het opbouwen van een netwerk van formele en informele samenwerkingsverbanden en partnerorganisaties in haar werkgebied, werkt ermee samen en stemt af. Hierdoor is het mogelijk effectief en efficiënt te werken aan een integraal aanpak van vragen, wensen en behoeften van de cliënt en zijn systeem en continuïteit van de hulp en zorg te waarborgen.
Gedrags- kenmerken	De medewerker: <ul style="list-style-type: none">• Bouwt een breed netwerk op, kent en heeft contacten met professionals en organisaties binnen en buiten haar eigen vakgebied, zoals onderwijs, welzijn, GGZ en gehandicaptenzorg• Neemt initiatief tot multidisciplinair samenwerken van professionals in zorg en welzijn en andere betrokken partijen, zoals een woningcorporatie en stemt zaken af• Profileert zichzelf binnen de wijk bij andere betrokken organisaties rondom de zorg voor de cliënt en zijn systeem en andere betrokkenen• Staat open voor nieuwe inzichten, werkwijzen en aanpakken uit andere branches• Deelt verantwoordelijkheden, maakt gebruik van deskundigheid van andere beroepsgroepen en draagt haar eigen deskundigheid over• Pakt zelfstandig taken op, ook als die niet binnen haar eigen functiegebied horen• Kijkt over de grenzen van haar vakgebied en organisatie heen om een sluitende en integraal aanpak te kunnen realiseren

Kennisgebieden

Competenties vormen een geïntegreerd geheel van kennis, houding en vaardigheden waarover verschillende medewerkers in de thuiszorg moeten beschikken. Toch richten we in dit hoofdstuk specifiek de aandacht op de kenniscomponent, omdat het een basis biedt om na te gaan welke kennis van belang is voor het opstellen van bijvoorbeeld een opleidingscurriculum en bij- en nascholingscursussen. Het geeft antwoord, aan aanbieders en gebruikers van scholing op verschillende niveaus, op de vraag welke kennis van belang is om startbekwaam te worden in de maatschappelijke ondersteuning. De kennisgebieden zijn niet ingedeeld op niveau 1 t/m 5. Dat komt pas aan de orde als er specifieke competentieprofielen gemaakt gaan worden voor de drie onderscheiden functies.

In de publicatie *Vele takken*, één stam van de Sectorraad Hoger Sociaal Agogisch Onderwijs (2008) wordt een aantal kennisgebieden onderscheiden. Dit biedt een goed kader. De kennisgebieden uit de MBO kwalificatieprofielen van zorgprofessionals hebben we hierin geïntegreerd.

Kennisgebieden	
	Specifiek ingevuld voor functionarissen in de thuiszorg
A Systeemtheorie Toepasbaar in processen waarbij interactie tussen personen en interactie tussen personen en hun leefomgeving plaatsvindt.	<ul style="list-style-type: none">• Kennis over groepsdynamische processen in gezinnen• Kennis over de sociale systeemtheorie• Kennis van het versterken sociale netwerken en bijbehorende methodieken, zoals netwerkanalyse• Kennis van cocreatie, netwerkstrategie, integraal werken, de sociale kaart
B Agogiek Gericht op systematisch en normatief werken	<ul style="list-style-type: none">• Kennis over motivatie- en gesprekstechnieken (motivational interviewing)• Kennis van outreachend werken, keukentafelgesprek• Kennis over het werken vanuit zelfregie• Kennis van de presentiebenadering• Kennis van de herstelbenadering en krachtgericht werken• Kennis van vraaggericht werken• Kennis van positioneren• Kennis van de-escalerende interventies - omgaan met agressie

<p>C Geneeskunde en gezondheidskunde Gericht zich op de menselijke natuurlijke gesteldheid en betekenis ervan voor het welbevinden (fysieke eigenschappen, gezondheid en ziekte).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kennis over psychopathologie; specifiek over de in de thuiszorg voorkomende ziektebeelden, de gevolgen hiervan voor het gedrag van cliënten en de kennis over de omgang met dit gedrag • Kennis van chronische ziekten, handicaps, taal- of ontwikkelingsachterstanden • Kennis van comorbiditeit • Kennis van specifieke doelgroepen, zoals mensen met dementie of een (licht) verstandelijke beperking of een autismespectrumstoornis • Kennis van doelgroepen met betrekking tot de maatschappelijke zorg (Wmo) • Kennis over werking en bijwerkingen psychofarmaca • Kennis van risicotaxatie • Kennis over verslavingsproblemen en de symptomen en gevolgen hiervan • Kennis over de invloed van ongezonde voeding • Kennis van beperkingen en herstelprocessen in relatie met welbevinden
<p>D Psychologie en psychiatrie Onderzoek naar de ontwikkeling van de persoonlijkheid, persoonsmodaliteiten, non-directieve en directieve benaderingen; omgevingspsychologische en ecologische benaderingen; gezond en afwijkend gedrag; intrapsychische en psychiatrische stoornissen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kennis over weerstandspatronen en hoe hiermee om te gaan • Kennis van de empowermenttheorie en de waarderende benadering • Kennis over motivatie, percepties en gedrag; zoals belemmerende overtuigingen, patronen en structuren, vraagverlegenheid en wederkerigheid • Kennis over gedragsproblematiek, sociaal isolement, psychisch welbevinden, • Kennis van methodisch handelen, gesprekstechnieken, observatiemethodieken en participierend praktijkonderzoek
<p>E (Ortho)pedagogiek en socialisatietheorie De directe opvoedingsomgeving en problemen met opvoeden of het gezin; de wijze waarop maatschappelijke ontwikkeling wordt vormgegeven in het onderwijs; de wijze waarop ‘culturele’ eigenschappen van de maatschappij en de directe leefomgeving het menselijk gedrag en interactie daarin beïnvloeden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kennis over socialisatieprocessen • Kennis van opvoedings- en ontwikkelingsvraagstukken • Kennis over heropvoeding

<p>F Sociologie Gericht op de bredere sociale context; politiek en het maatschappelijk bestel, historisch bewustzijn en historische ontwikkelingen die leidden tot het vormgeven van de huidige democratische rechtsstaat met verdeelde rechtvaardigheid.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kennis over empowerment, samenleven in de diversiteit van culturen, leefvormen, levensstijlen en sociale lagen. • Kennis over (de krachten van) informele netwerken • Kennis van wijkgericht werken en de rol van de sociale omgeving en de buurt • Kennis over invloed van de woonomgeving • Kennis over het belang van het hebben van dagbesteding, bijv. vrijwilligerswerk • Kennis van effectieve sociale interventies in het maatschappelijke domein
<p>G Levensbeschouwing, ethiek, filosofie Gericht op de menselijke natuurlijke gesteldheid en betekenis ervan voor het welbevinden (fysieke eigenschappen, gezondheid en ziekte).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kennis over de invloed van de eigen professionele, sociale en ethische normen en waarden op de beroepsuitoefening • Kennis over morele oordeelsvorming en omgaan met dilemma's, • Kennis van omgaan met privacy, meldingsplicht, signalering, agendering, handelingsverlegenheid en grenzen van het beroep. • Kennis van factoren die bijdragen aan de eigen veiligheid bijvoorbeeld met betrekking tot privacy
<p>H Culturele antropologie Onderzoekt van verschillende culturen, de wederzijdse beïnvloeding en interactie, met de nadruk op diversiteit in het samenwonen en leven.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kennis over culturele, sekse specifieke en seksuele referentiekaders • Kennis van de samenhang tussen verschillen in sekse, cultuur, seksuele voorkeur, sociaal maatschappelijke positie, leeftijd, handicap en religie • Kennis van communicatiestijlen en communicatiecodes in verschillende culturen • Kennis van aanpassingsproblemen van migranten • Kennis van de manier waarop in andere culturen gezondheidsproblemen gezien en behandeld worden

**I Economie,
maatschappijleer en recht**

Gericht op arbeid, inkomen, sociale zekerheid, ontwikkelingen in de democratische rechtsstaat, staatsrecht, strafrecht, burgerlijk recht, rechtsprincipes, sociale thematiek, historische en actuele sociale inrichting van de samenleving en de sociale geschiedenis van Nederland en Europa.

- Kennis van actuele sociale en politieke ontwikkelingen (Wmo, WNS, de Kanteling, decentralisaties)
- Kennis van gewenste en vereiste attitude naar burger, vrijwilliger en professionals
- Kennis van het overgangsgebied van formele en informele zorg
- Kennis van reflectie, feedback en evaluatie en leren in de praktijk
- Kennis van nieuwe organisatieprincipes, zoals Civil Society en Society 3.0
- Kennis van interdisciplinaire en complementaire beleidsvorming met professionals, burgers, vrijwilligers en mantelzorgers
- Kennis van landelijk, lokaal en organisatiebeleid op Wmo prestatiegebieden en aankomende transitie
- Kennis over wet- en regelgeving
- Kennis van het inzetten van sociale media en technologische toepassingen in de zorg

Bijlage 1

Geraadpleegde bronnen door BMC en Movisie

Actiz, november 2013, Positie alfahulpen ter discussie,
<http://www.actiz.nl/nieuwsberichten/website/nieuws/2013/positie-alfahulpen-ter-discussie>

Actiz, september 2013, De transitieagenda, Voorwaarden om een verantwoorde transitie en transformatie van de langdurige zorg te realiseren, Utrecht

BMJ (2011) 'How should we define health?' Published 26 July 2011

Bruin, J. De, Goud, R., december 2012, Stille voor de storm, Zicht op prestaties ouderenzorg: studie VVT 2012, Gupta Strategists

BTN, 8 januari 2013, Persbericht: Positie huishoudelijke zorgmedewerkers in ere hersteld

CAO VVT 2013

CAO Zorg 2013

Casper van Ewijk, C. van, Horst, A. van der, Besseling, P., maart 2013, Gezondheid loont, Tussen keuze en solidariteit, toekomst voor de zorg, Den Haag.

De nationale denktank 2013 "Zorg voor gezondheid":
<http://www.nationale-denktank.nl/wat-doen-wij/denktank/resultaten/denktank-2013/>

FNV, 2014, Wij zijn de thuiszorg, <http://www.wijzijndethuiszorg.nl>

Grijpstra, D., Harteveld, I., Honcoop P, de Ruiters, M. de, Tom, M., juli 2013, Werkgeversenquête 3 Zorg en WJK 2013, AZW, Zoetermeer

Handreiking Maatschappelijke Ondersteuning, waarin vijf kwaliteitskenmerken worden beschreven die zijn gekoppeld aan de Competenties Maatschappelijke Ondersteuning

Hellendoorn, H.H., Sluis-Thiescheffer, E.M., Telgen, J., Wiel, A.A ter, Sociaal overwogen aanbesteden. Varianten in het voorzien van hulp bij het huishouden in het kader van de Wmo, VWS/VNG, Significant

Herziene Wmo met memories van toelichting

Het Financieel Dagblad, 13 januari 2014, 'Thuiszorgsector voorziet chaos door hoge ontslagkosten' Joris Heijn.

Het onderzoek naar de innovatie van de zorgberoepen
<http://www.cvz.nl/beroepen+en+opleidingen/introductie>

In voor zorg (2014) 'De langdurende zorg in 2020: trends cliënten.'
Digitaal artikel op www.invoorzorg.nl

Jansen, B. (2013) 'Zelfredzaamheid van ouderen.' Utrecht: Vilans

Jansen, M. en de Kuiper, M. (2011) 'De nieuwe zorgprofessional', Utrecht: Hogeschool Utrecht

Kooiker, S.E. (2011). 'Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven'.
Achtergrondrapport bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter.
Gezamenlijke uitgave SCP/RIVM, Bilthoven

Lammersen, G., Kluit, M., Dam, C. van, januari 2014, Toekomstverkenning voor de thuiszorg,
Functieveranderingen in het nieuwe maatschappelijke domein, Movisie, Utrecht.

Meer, E.H. van der, juni 2012, De Zichtbare schakel, wijkverpleegkundige een hele zorg minder,
BMC, Amersfoort

Ministerie van BZK, 2014, Brief van minister Plasterk en staatssecretaris van Rijn aan de VNG,
29 januari 2014, Betreft: Reactie op de uitslag van de VNG-ledenraadpleging over het overleg-
resultaat decentralisatie van langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2013, Brief van minister Asscher aan de
Tweede Kamer, 17 mei 2013, Betreft: Instelling commissie dienstverlening aan huis. Kenmerk,
2013-0000052820.

Ministerie van VWS, 2013, Brief van minister Schippers en staatssecretaris Van Rijn aan de
Tweede Kamer, 25 oktober 2013, Betreft: Visie op de arbeidsmarkt in de zorg en ondersteuning.
Kenmerk, 164853-112417-MEVA

Ministerie van VWS, 2013, Brief van staatssecretaris Van Rijn aan de Tweede Kamer,
17 december 2013, Betreft: Zorg en maatschappelijke ondersteuning dichtbij. Kenmerk,
185461-115566-HLZ

Ministerie van VWS, 2013, Brief van staatssecretaris Van Rijn aan de Tweede Kamer,
6 november 2013, Betreft: Nadere uitwerking brief Hervorming Langdurige Zorg. Kenmerk,
168643-113003-HLZ

Ministerie van VWS, 2013, Brief van staatssecretaris Van Rijn aan de Tweede Kamer,
5 november 2013, Betreft: Voortgang "Versterken, verlichten en verbinden".
Kenmerk, 161840-112029-DMO

Ministerie van VWS, 2013, Brief van staatssecretaris Van Rijn aan de Tweede Kamer, 9 juli 2013, Betreft: Voortgang Hervorming Langdurige Zorg: naar een waardevolle toekomst. Kenmerk, 130621-106556-HLZ

Ministerie van VWS, 2013, Brief van staatssecretaris Van Rijn aan de Tweede Kamer, 25 april 2013, Betreft: Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst. Kenmerk, 114352-103091-LZ

Ministerie van VWS, 2013, Brief van staatssecretaris Van Rijn aan de Tweede Kamer, 25 april 2013, Betreft: Versterken, verlichten en verbinden, kamerbrief over mantelzorg en langdurige zorg. Kenmerk, 107098-DMO

Ministerie van VWS, januari 2014, Eerste inzicht budget Wmo 2015, <http://www invoeringwmo.nl/bibliotheek/eerste-inzicht-budget-wmo-2015-0>, 4 februari 2014.

Panteia, SEOR, Etil, oktober 2013, Arbeidsmarkteffecten maatregelen AWBZ en WMO en stelselwijziging JZ. Kenmerk C10301

Pepels, R., Leenders, A., Rietveld, T., oktober 2008, De waarde van mantelzorgvouchers, handreiking voor gemeenten en lokale partners, het PON, 2008

Peters, A. en Winsemius, A. (2013) 'De Omslag: Preventie, welzijn en zorg samen sterk Sociaal en medisch domein lokaal beter verbonden. Op weg naar een actieplan'. Utrecht: Movisie

Pomp, M., september 2013, Populatiebeposting: panacee, hype of verkapt kartel, een verkenning in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Position paper VNG 'Lokale vitale samenleving

Publicatie 'Sociale wijkteams in ontwikkeling Inrichting, aansturing en bekostiging'

PwC, september 2013, Impactanalyse zorgakkoord, Amsterdam

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, juni 2013, Terugtrekken is vooruitzien, Maatschappelijke veerkracht in het publieke domein, Den Haag

Recht.nl, november 2013, Hof geeft zelfstandige thuiszorghulpen gelijk: einde aan 'schijnconstructie', <http://www.recht.nl/nieuws/arbeidsrecht/109685/hof-geeft-zelfstandige-thuiszorghulpen-gelijk-einde-aan-schijnconstructie/>

RIVM, VTV (2010). 'Gezondheid en determinanten'. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter, Bilthoven

RVZ (2010a) 'Perspectief op Gezondheid 20/20'. Den Haag: RVZ

RVZ (2010b) 'Gezondheid 2.0: u bent aan zet'. Den Haag: RVZ

Sectorraad sociaal agogisch onderwijs (2010). Vele takken, één stam. Kader voor de hogere sociaal-agogische opleidingen. Amsterdam: SWP

SGBO, 2012-2013, Kantelen in de praktijk

SGBO, 2013, Benchmark Wmo 2013, resultaten over het jaar 2012

Smid, H. e.a.: <http://www.skipr.nl/blogs/id836-nederland-start-internationale-discussie-over-begrip-gezondheid.html> (ZonMw)

<http://www.sociaalwerkindewijk.nl>

UWV, januari 2013, Sectorbeschrijving 'De Zorg', Amsterdam

Van der Meer, E.H. (2013), Gemeenten nog zoekend naar passende vormen van bekostiging, BMC. Te downloaden via

http://www.bmc.nl/wp-content/uploads/2013/10/Artikel-Egbert_BB-oktober1.pdf.

Velthuisen, J.W., Berings, S., september 2013, Nieuwe werkgelegenheid voor laagopgeleiden, De waarde van dienstencheques voor Nederland, PwC, Amsterdam

VNG, 17 december 2013, Bijlage I bij ledenbrief BB/U201301705, overlegresultaat decentralisatie langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning

<http://www.wmowonen-nh.nl/files/2013/ebook-achter-de-voordeur-de-praktijk-als-landingsbaan>

Bijlage 2

Gesprekspartners BMC

BTN - *Jan Verschuren, Diana van Langerak, Mariette van Driel en Sabrina Weij*

Christelijke Hogeschool Ede - *Erik Pluijgers*

CNV - *Aaldert Mellema en Daniëlle van Eerden*

Interzorg Thuiszorg - *Art Lemkens*

Thuiszorg Het Friese Land - *Klaas Kuilman*

TSN-Thuiszorg - *Edith Mulder, Simone Schonewille, Hans van Leeuwen*

VNG - *Erik Dannenberg*

VWS - *Han Middelpaats, Joost Trienekens en Menno Hoogendoorn*

Zorgverzekeraars Nederland - *Ineke Wever*

Verantwoording en gesprekspartners Movisie

Movisie is gevraagd om:

- een beschrijving te geven van de ontwikkelingen, die zich voordoen binnen het sociale domein die gevolgen hebben voor de thuiszorg
- een uitwerking van kansen en mogelijkheden weer te geven om in te spelen op deze nieuwe ontwikkelingen
- inhoudelijk weer te geven wat de gevolgen zijn voor de functie uitoefening van de verschillende medewerkers (functies op HBO, Mbo en LBO) en welke randvoorwaarden thuiszorgorganisaties moeten bieden om deze veranderingen in functies en dienstverlening daadwerkelijk te kunnen bieden
- competenties te beschrijven en de contouren weer te geven van een profiel “medewerker nieuwe stijl”

Voor het uitoefenen van bovenstaande opdracht hebben we de volgende activiteiten uitgevoerd:

- *Documenten analyse*
In de bijlage is een overzicht weergegeven van documenten die geraadpleegd zijn.
- *Interviews*
10 interviews met experts en ervaringsdeskundigen. Geïnterviewd zijn managers, directeuren en beleidsmedewerkers
 - Care Company - *Dianne Luijkx*
 - Christelijke Hogeschool Ede - *Erik Pluijgers*
 - CNV - *Aaldert Mellema*
 - Gemeente Leeuwarden - *Oebele Herder*
 - Gemeente Oss - *Hendrik Hoeksema*
 - Gemeente Uden - *Juanita van der Hoek*
 - Interzorg Thuiszorg - *Art Lemkens*
 - RegioPlus - *Monique van den Bergh*
 - Thuiszorg Het Friese Land - *Klaas Kuilman*
 - TSN-Thuiszorg - *Hans van Leeuwen*
- *Bijeenkomsten*
Twee bijeenkomsten waarin uitwisseling en afstemming heeft plaatsgevonden tussen ondermeer BTN, BMC en Movisie

BTN: Postbus 4050, 4900 CB Oosterhout **T** 0162 - 46 00 77 **F** 0162 - 43 44 00
E info@branchebelang-thuiszorg.nl **I** www.branchebelang-thuiszorg.nl