

De beleidsparadox van het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen

Onderzoek naar de mogelijkheden van een
(sociale) wijkgezondheidshub voor het langer
zelfstandig thuis wonen van ouderen



A.H.D. de Moes - 4002202
Februari 2020



Titel onderzoek: De beleidsparadox van het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen.
Student: Anoeshka de Moes [4002202]
Adres: -
Telefoonnummer: -
E-mailadres: -
Datum: Februari 2020
Afstudeerlab: Wonen en Zorg
Eerste mentor: Clarine van Oel
Tweede mentor: Jelle Koolwijk



Titel onderzoek: De beleidsparadox van het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen.
Student: Anoeshka de Moes [4002202]
Adres: -
Telefoonnummer: -
E-mailadres: anoeshkademoes@gmail.com
Datum: Februari 2020
Afstudeerlab: Wonen en Zorg
Eerste mentor: Clarine van Oel
Tweede mentor: Jelle Koolwijk

Voorwoord

De afgelopen jaren van mijn studie aan de TU Delft heb ik een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Als eerstejaars studente was ik vastbesloten om constructeur te worden maar in de loop van de tijd raakte ik er van overtuigd dat mij hart toch meer ligt bij de sociale en maatschappelijke sector binnen onze maatschappij.

Als 15 jarig meisje begon ik voor het eerste te werken in het restaurant van woonzorgcentrum de Overloop in Almere. Bijna 10 jaar lang heb ik met heel veel liefde en passie in dit woonzorgcentrum gewerkt en verschillende functies binnen de organisatie vervuld tot ik helaas opzoek moest naar wat anders. Diezelfde liefde en passie vond ik terug in mijn vrijwilligers werk bij de konijnenopvang; 'Het Knaaghof' in Rijkswijk. Binnen deze sectoren krijg je heel veel liefde, waardering en respect voor het werk dat je levert. Mensen die mij leren kennen als een zeer maatschappelijk betrokken, oplossingsgericht en behulpzaam persoon zijn altijd enorm verbaasd als zij aan mij vragen wat ik voor opleiding doe en dat ik dan antwoord dat ik Bouwkunde studeer. Maar ik ben er van overtuigd dat ik met de kennis die ik tijdens mijn studie bouwkunde heb opgedaan een baan ga vinden waar ik met net zo veel liefde en passie zal gaan werken.

Senioren hebben bij mij toch een speciaal plekje gekregen waardoor een afstudeeronderwerp voor mij niet moeilijk te vinden was. In de afgelopen jaren is de senioren sector regelmatig negatief in het nieuws geweest. Dit heeft geleid tot veel bezuinigingen ten koste van het welzijn van deze doelgroep. In die 10 jaar dat ik werkzaam ben geweest in het woonzorgcentrum heb ik als het ware een traject doorlopen en heb ik live meegemaakt hoe de ouderenzorg aan het veranderen is. In het begin verbaasde het mij dat er tussen het overlijden van een bewoner en het plaatsen van een nieuwe bewoner vaak minder dan een week tijd tussen zat. Kamers waren nooit leeg en het restaurant was altijd overvol. Naar mate de jaren verstreken kwamen steeds meer kamers leeg te staan. Zeker het laatste jaar. Door de verandering in de zorgwet, kunnen mensen alleen nog met een zeer slechte prognose terecht in een verzorgingstehuis. Senioren zijn dus genoodzaakt langer thuis te blijven wonen. Langer zelfstandig thuis wonen van senioren is een nieuwe maatschappelijke beweging die nog volop in ontwikkeling is. Senioren raken vaak door verslechtering van de mobiliteit in een sociaal isolement met als gevolg dat de gezondheid nog verder achteruit gaat. Met dit onderzoek wil ik de beleidsparadox van het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen onder de aandacht brengen.

De afgelopen jaren, heb ik hard moeten werken om dit onderzoek te kunnen afronden en door enorm veel doorzettingsvermogen ligt dit afstudeeronderzoek hier nu voor u. De belangrijkste les die ik tot nu toe geleerd heb is dat je je hart moet volgen en vooral de dingen moet doen die je gelukkig maken. Ik hoop dat ik met dit afstudeeronderzoek mijn steentje bij kan dragen bij het langer zelfstandig thuis wonen van senioren.

Tot slot wil ik alvast in het bijzonder mijn afstudeerdocent dr. Clarine van Oel en mijn studieadviseur Sietske Sibie bedanken voor hun uitzonderlijke geduld, toewijding en ondersteuning tijdens het afronden van mijn Masteropleiding.

Anoeshka de Moes,
Lelystad, februari 2020

Inhoudsopgave

Voorwoord	iii
Inhoudsopgave	iv
Samenvatting	v
English summary	x
Begrippenlijst	xv
Afkortingenlijst	xvi
1. Inleiding	1
1.1 Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving.....	5
1.2 De keerzijde van langer zelfstandig thuis wonen.....	8
1.3 Toekomst ontwikkelingen eerstelijnszorg.....	12
1.4 De nieuwe zorgwetten.....	15
2. Onderzoeksmethode	21
3. Resultaten	22
3.1 Project Gezondheidszorg Almere.....	22
3.2 Casestudie Bromley by Bow Centre in Londen.....	38
3.3 Beleidsvisies omtrent centralisatie en gezondheidscentra.....	42
3.4 Beleidsparadox langer zelfstandig thuis wonen.....	45
4. Samenvatting en Discussie	49
5. Aanbeveling	54
6. Reflectie	56
7. Referenties	58
Bijlage A - Interview protocollen	62
A.1. Interview protocol 1; werknemer/ bestuurlijke functie; Beleidsmanager gezondheidscentra Amsterdam.....	62
A.2. Interview protocol 2; werknemer/gebruiker; Zorggroep Almere.....	64
A.3. Interview protocol 3; cliënt/ gebruiker (bewoners Meenten/grienden/ gebruikers Gezondheidscentrum Oost).....	66
Bijlage B - Transcripties	68
B.1. Transcriptie 1; Interview werknemer/ bestuurlijke functie; Beleidsmanager gezondheidscentra Amsterdam.....	68
B.3 Interview protocol 3; cliënt/ gebruiker (bewoners Meenten/grienden/ gebruikers Gezondheidscentrum Oost).....	85

Samenvatting

De beleidsparadox van het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen: Onderzoek naar de mogelijkheden van een (sociale) wijkgezondheidshub voor het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen.

A.H.D. de Moes

Graduation student Management in the Built Environment of the Faculty of Architecture and the Built Environment, Technical University of Delft

Trefwoorden: Zelfstandig wonen voor ouderen, Nederlandse zorgstelsel, nadelen langer zelfstandig thuis wonen, wijkgezondheidscentrum, sociale wijkgezondheidshub, Wijkgezondheidscentrum Almere, zorgexperiment Almere.

Aan het begin van de 21 eeuw kwam de overheid tot de conclusie dat door onaanvaardbare en ontoelaatbare hoge zorgkosten de overheid genoodzaakt was om in 2006 de nieuwe zorgverzekeringswet in te voeren. Een geprivatiseerd Nederlandse zorgstelsel werd het nieuwe uitgangspunt. De overheid was van mening dat door het privatiseren van de zorg, de marktwerking die zou ontstaan uiteindelijk de zorg in Nederland kwalitatief beter en goedkoper zou worden, mede door een zwaarder accent te leggen op de participatiemaatschappij.

Een vaak aangehaald voorbeeld van de participatiemaatschappij is de sociale wijkgezondheidshub zoals die in het Verenigd Koninkrijk. Het gaat hier om het voorbeeld van het Bromely by Bow Centre in Londen. Het Bromely by Bow Centre is een 'Community Health Centre' en is ontwikkeld voor en door de bewoners uit de omliggende wijken. In het centrum is een samenwerkingsverband tussen zorgprofessionals en vrijwilligers waardoor er zowel een regulier eerstelijnszorg aanbod aanwezig is als sociale (zorg) activiteiten. Het kern idee van het centrum is dat er hierdoor geen scheidslijn tussen formele en informele zorg en welzijn ontstaan. Hierdoor is de zorg laagdrempelig en de druk van goede zorg ligt niet alleen maar bij de huisarts. Alle diensten in het centrum zijn onderdeel van het aanbod van de huisarts.

Toenemende zorgkosten

De groeiende zorgkosten in Nederland worden mede veroorzaakt door:

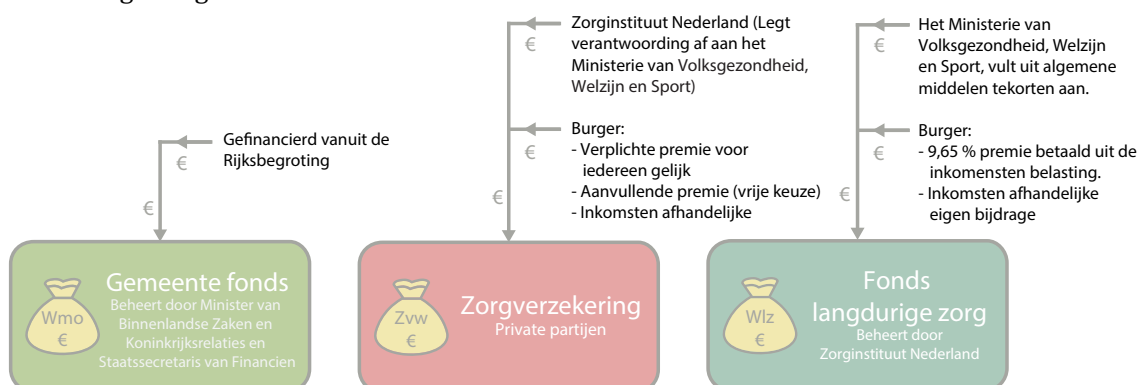
- De toenemende vergrijzing in Nederland;
- Ouderen bereiken een steeds hogere leeftijd;
- Een krimpende beroepsbevolking en
- De individualisering van ouderen waardoor ouderen steeds langer zelfstandig thuis blijven wonen.

Het langer zelfstandig thuis wonen van senioren kent ook zijn keerzijde en zorgt ervoor dat de druk op de kosten van onze gezondheidszorg alleen maar toenemen. Zo ervaart meer dan de helft van alle senioren in Nederland tussen de 75 en 85 jaar eenzaamheid. Eenzaamheid gaat gepaard met ernstige gezondheidsklachten zoals hoge bloeddruk. Naarmate mensen ouder worden, neemt de kwetsbaarheid van deze mensen ook steeds meer toe. Kwetsbaarheid bij ouderen is een dynamisch proces van het opeenstapelen van lichamelijke en psychische en/of sociale problemen in het functioneren dat de kans verhoogd op gezondheidsproblemen met een risico op functiebeperkingen, ziekenhuisopnamen en overlijden. Door het verbeteren van de levensomstandigheden van ouderen kan de kwetsbaarheidstoestand afnemen. De kwetsbaarheid, veerkracht en redzaamheid van ouderen worden veroorzaakt door problemen en beperkingen in het dagelijks leven. De ernst van de problemen en beperkingen bij ouderen worden weer bepaald door de mate van publieke voorzieningen. Al deze punten bij elkaar bepalen de kwaliteit van leven van ouderen. Hoe minder problemen en beperkingen en hoe meer publieke voorzieningen, hoe beter de kwaliteit van leven.

Wetgeving

Na de hervorming van de zorgwetgeving kent Nederland momenteel de volgende wetten die betrekking hebben op onze ouderenzorg:

- **Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)**; Mensen met een beperking zoals ouderen en/of gehandicapten te ondersteunen zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.
- **Zorgverzekeringswet (Zvw)**; Elke burger die in Nederland woont of werkt heeft recht op zorg uit het basispakket.
- **Wet langdurige zorg (Wlz)**; een sociale zorgvoorziening voor de meest kwetsbare mensen die 24-uurszorg nodig hebben.



Afbeelding 30: Totstandkoming van de verschillende financieringssystemen van de zorgpotjes van de Wmo, Zvw en Wlz (eigen ill.).

Doordat deze zorgwetten allemaal een andere financieringsstroom hebben en onder verschillende verantwoordelijken vallen (afbeelding 30) ontstaan er knelpunten zoals:

- Problemen in de samenwerkingsrelaties tussen gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoren;
- Onduidelijkheden over de afbakening van wetten;
- Doorstroom en afwenteling;
- Schotten tussen wetten.

Het ideaal van het wijkgezondheidscentrum in Nederland

In Nederland werd in de jaren 70 bij de ontwikkeling van de stad Almere een zorgexperiment uitgevoerd waarbij er wijkgezondheidscentra werden gebouwd voor bewoners van omliggende wijken zodat bewoners levensbestendig in Almere oud konden worden. Een totaal nieuwe stad was immers een ideale kans voor een nieuw experimenteel zorgbeleid. De structuur van het stelsel van gezondheidsvoorzieningen werd als volgt bedacht:

- Planning onder gemeentelijke regie (bestuurlijke samenhang),
- Eén financiële kader voor de hele Almeerse gezondheidszorg (financiële samenhang)
- Eén beheersorganisaties per zorgsector (structurele en inhoudelijke samenhang).

Deze opzet zou goede samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg bevorderen, en onnodig gebruik van de tweedelijnsvoorzieningen zouden worden voorkomen.

De beleidsparadox

Doordat in 1993 het zorgexperiment in Almere opgeheven werd, kregen de Almeerse Gezondheidsorganisatie en de Stuurgroep de lijdende rol over de gezondheidszorg in Almere en was de gemeente hier niet langer meer verantwoordelijk voor. Nadat ook de zorg in 2006 door overheid geprivatiseerd werd, werd het onzeker of inwoners van Almere nog wel levensbestendig konden blijven wonen in hun stad. Nadat er verschillende gezondheidscentra in Almere al gesloten waren, werd in 2015 aangekondigd dat de Zorggroep Almere de exploitatie van de drie afzonderlijke gezondheidscentra in Almere Haven niet meer rond kreeg. Het gevolg hiervan was, dat twee van de drie gezondheidscentra in Almere Haven zouden verdwijnen en samengevoegd zouden worden tot één nieuw gezondheidscentrum. Met als gevolg dat bewoners

verder moesten reizen om gebruik te kunnen maken van eerstelijnsgezondheidszorg in Almere Haven.

Tegelijkertijd wordt het model van het wijkgezondheidscentrum zoals gangbaar was in Almere gezien als een model voor de verdere ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland. Door het toenemende aantal huisartsen dat parttime werkt; door de toenemende vergrijzing; en door de huisarts te positioneren als poortwachter voor toegang tot duurdere specialistische zorg, verwacht de ING-bank dat er vooral ingezet gaat worden op wijkgezondheidscentra waar meer huisartsen werkzaam zijn. Deze huisartsen werken anders dan vroeger in toenemende mate met praktijkondersteuners. Het model van het wijkgezondheidscentrum, met een apotheek en ook andere paramedische functies zoals een fysiotherapeut, wijkverpleging wordt door architecten en consultants die zich specialiseren in huisartsenpraktijken. Sterker nog, doordat ziekenhuizen steeds verdere specialistische instellingen worden, is de verwachting dat de gezondheidscentra zich gaan ontwikkelen tot 'anderhalvelijnscentra'. Dat wil zeggen, dat er in een gezondheidscentrum ook zorg aangeboden zal worden die op het grensvlak ligt van complexe op chronische eerstelijnszorg en eenvoudige tweedelijnszorg.

De ontwikkelingen in Almere lijken daarmee haaks te staan op de ontwikkelingen zoals de architecten, consultants en financiers van gezondheidscentra die zien. In dit onderzoek zal uiteindelijk een antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraag: *'Zal een nieuwe (sociale) wijkgezondheidshub' met (eerstelijns)zorg- en ondersteuningsarrangementen voor senioren in het huidige beleid mogelijk kunnen zijn, of is er sprake van een beleidsparadox?*

Bevindingen

Om een goed beeld te krijgen van de situatie rond de wijkgezondheidscentra in Almere is een archiefonderzoek gecombineerd met open interviews. Het archiefonderzoek laat zien dat de huidige ontwikkeling in strijd is met het in 1974 door de Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders opgestelde PvE. Volgens het PvE zijn de wijkgezondheidscentra ontwikkeld met het oog op levensbestendig wonen en het plan was ontwikkeld voor max. 20.000 inwoners in Almere Haven. Inmiddels heeft verdere horizontale uitbreiding plaatsgevonden en wonen er inmiddels 22.640 inwoners in Almere Haven. Op basis van dossieronderzoek blijkt dat de nieuwe situatie met 1 gezondheidscentrum volgens de analyse van Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders ongeschikt is voor de integratie van ouderen. Inmiddels wonen er ruim 2500 inwoners meer. Dat lijkt weinig, maar gelet op de toenemende vergrijzing, die bovendien de komende jaren sterk zal stijgen – het aantal 65-plussers zal de komende jaren toenemen van 13% naar 28% - betekent dit een toenemende druk op de huisartsen in Almere Haven!

Verdere analyse van de beleidsnotities over Almere-Haven laten een aantal knelpunten zien. In 1993 werd het zorgexperiment Almere stopgezet. Daarmee werd de financiering van de zorg niet langer een zaak van de gemeente Almere, maar kwam de verantwoordelijkheid bij private partijen te liggen. Hoewel er vragen werden gesteld in de gemeenteraad over de sluiting van de genoemde wijkgezondheidscentra is de besluitvorming over het openhouden van 2 kleinere wijkgezondheidscentra en centralisatie van de wijkgezondheidszorg in een centraal nieuw gebouwd wijkgezondheidscentrum De Haak, een beslissing van de zorggroep Almere. Deze verandering wordt ingegeven doordat volgens de Zorggroep Almere de exploitatie van 3 kleinere wijkgezondheidscentra niet rendabel is. Het is rendabeler om bestaande vastgoed aan te kopen, samen te voegen met gezondheidscentrum de Haak en deze als geheel te renoveren en de 2 kleinere wijkgezondheidscentra West en Oost af te stoten. Vanuit het maatschappelijk middenveld ontstond er druk om de kleinere centra niet te sluiten. Anno 2020 is er een tussenoplossing gerealiseerd. Waarbij gezondheidscentrum Oost in de ochtenduren voor huisartsenzorg geopend is. Ook in de wijk de Wierden huurt Zorggroep Almere een spreekkamer waar op enkele ochtenden in de week een ochtendspreekuur voor huisartsenzorg plaats vindt. Gezondheidscentrum West blijft voornamelijk eigendom van Zorggroep Almere maar is niet langer

meer in gebruik. Deze tussenoplossing is opmerkelijk, gelet op de aanvankelijke argumenten dat de exploitatie niet rendabel is. Uit de jaarstukken blijkt dat de Zorggroep Almere een hypotheek van 4 miljoen euro heeft afgesloten voor de renovatie van het huidige gezondheidscentra de Haak en de oude bibliotheek. Ook het aanhouden van 2 niet rendabel te exploiteren wijkgezondheidscentra laat feitelijk de beleidsparadox zien die ook in de aanvullende interviews benoemd wordt. Deze beleidsparadox bestaat hieruit dat vanuit het domein zorg door verandering in wetgeving, de kosten van de zorg zijn verschoven van het zorgdomein naar het sociaal domein: de kosten voor wonen die eerder werden toegerekend aan de zorg, worden nu aan het sociaal domein waar ook wonen onder valt toegerekend. Tegelijkertijd is er een andere financieel-economische perspectief gekomen: om de zorgkosten omlaag te brengen, is er marktwerking in de zorg gekomen. De kosten voor de huisartsenzorg worden betaald door de zorgverzekeraars. In het sociaal domein waartoe via de Wmo nu ook de kosten voor hulp en ondersteuning vallen, worden de kosten niet door de zorgverzekeraars vergoed, maar vindt vergoeding plaats uit het gemeentefonds (i.e. rijksbegroting). Kostenbeheersing in het sociaal domein wordt nagestreefd via het principe van de participatiemaatschappij en het langer zelfstandig thuis wonen met thuishulp via de Wmo.

Uit de aanvullende interviews kwam deze beleidsparadox ook naar voren. Doordat er sprake is van een verschillend financieel-economisch perspectief tussen het domein waaronder de huisartsenzorg valt en het domein waaronder hulp en ondersteuning valt, vindt in de zorg centralisatie plaats waarbij bedrijfsoptimalisatie per aanbieder wordt nagestreefd; waar de overheid via het streven naar langer zelfstandig thuis wonen baat heeft bij decentralisatie. Immers de kosten voor ondersteunend vervoer bij toenemende afstand tot het wijkgezondheidscentrum vallen onder de Wmo. Met het stopzetten van het zorgexperiment in 1993, verloor de gemeente Almere ook de centrale sturing van de financiën en is er niet langer één bestuurlijke samenhang.

Deze beleidsparadox is zichtbaar in het eerder genoemde perspectief van architecten, consultants en financiers van (wijk)gezondheidscentra. Architecten ontwerpen sterk vanuit een visie op hoe de huisartsenzorg georganiseerd moet worden, maar hebben onvoldoende kennis van de verschillende financieringssystemen van de zorg in Nederland. Hierdoor hebben zij onvoldoende zicht op hoe verschillend de financiering van de zorg in Engeland is ten opzichte van die in Nederland. In Engeland is de zorg in handen van de National Health Service (NHS), een publieke organisatie. Het model van het Bromely by Bow Centre kan zodoende niet model staan voor de ontwikkeling van een wijkgezondheidscentrum in Nederland. Uit het interview met de bedrijfsmanager van een aantal gezondheidscentra in Amsterdam komt dit expliciet naar voren: *“Je moet niet beginnen met een prachtig plan en dan pas kijken naar de financiering. Je moet eigenlijk beginnen met de financiering. Als blijkt dat je de financiering niet geregeld krijgt. Dit is een probleem waarvan je weet dat er aankomt en onoplosbaar is omdat niemand het risico gaat lopen. Dan kunnen wij wel prachtige plannen maken maar dat heeft helemaal geen zin.”*

Uit interviews met ouderen in Almere, die bekend zijn met het concept van de wijkgezondheidscentra komt naar voren dat plekken waar ouderen elkaar kunnen ontmoeten wenselijk zijn voor de sociale duurzaamheid in de wijk en de verbetering van de kwetsbaarheidstoestand van senioren. Sociale duurzaamheid helpt bij het verbeteren van de kwetsbaarheid van ouderen en het verbeteren van de kwaliteit van leven. Een sociale plek zoals een ‘wijkgezondheidshub’ in de sociale en vertrouwde omgeving van ouderen kan daarom wel degelijk een toevoeging zijn bij het langer en met een goede kwaliteit van leven, zelfstandig thuis wonen van ouderen.

Het belang van dit onderzoek is dat het de beleidsparadox zichtbaar heeft gemaakt en laat zien dat in Nederland het financieel-economisch perspectief van privatisering en marktwerking in de zorg, een negatief effect lijkt te hebben op de kwaliteit van leven van zelfstandig wonende

ouderen met toenemende beperkingen, en daarmee de participatiemaatschappij eerder ondermijnt dan stimuleert.

English summary

The policy paradox of elderly people living longer independently in their own social environment: Research to identify the possibilities of a community healthcare centre aimed to encourage longer independently living of older people.

A.H.D. de Moes

Graduation student Management in the Built Environment of the Faculty of Architecture and the Built Environment, Technical University of Delft

Keywords: Independently living of older people, Dutch healthcare system, problems, downside of Living longer independently, community healthcare centre, healthcare system of Almere,

At the beginning of the 21st century the government of the Netherlands concluded that the country's healthcare costs were exceeding its budget and this was unacceptable. For this reason, the government introduced a new healthcare insurance law in 2006. The goal of the government was to privatize the current health care system, allowing market mechanism of a free market economy to reduce the overall costs and increase the quality by creating a so-called participation society "participatiemaatschappij".

An example of a participation society is the community healthcare hub that was introduced in the UK. The Bromely by Bow Centre in London is a community healthcare centre that was established by the residents of the neighbouring areas. The centre is a result of a collaboration agreement between healthcare professionals and volunteers which provide both regular primary care health services and social activities for the community. The core idea was to reduce the boundary between formal and informal health care services making it more accessible to all people in the area. All (social) services provided at the healthcare hub are offered by the general practitioner.

Healthcare costs increased

The increased healthcare costs in the Netherlands are caused by:

- Ageing of the population in the Netherlands;
- Elderly people are living longer
- A reduction of the working population
- Due to the individualization of the society, the elderly tends to live longer independently in their homes.

Living longer independently is pleasant for most people, however the downside is the increase of healthcare costs of the nation itself. More than one half of the elderly people in the Netherlands aged between 75 and 85 are experiencing a form of solitude. Loneliness is accompanied by serious health problems such as high blood pressure. As people get older, the vulnerability of these people increases. Vulnerability of older people is a dynamic process of accumulating physical, psychological and / or social deficits. These deficits increase the probability of bad health conditions (functional limitations, admission, death). By improving the day-to-day conditions of the elderly, the vulnerability may decrease. The vulnerability, resilience and reasonableness in relation to problems and limitations that result from it and the availability public facilities determine the quality of life of the elderly. The fewer the problems and the limitations, the better the quality of life.

Legislation

After the reforming took place of the Dutch Healthcare regulations, the Netherlands currently has the following laws that relate to the care for elderly people:

- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo); Support people with disabilities such as the elderly people and/or the disabled people so that they can continue to live independently at home for as long as possible. Responsible
- Zorgverzekeringswet (Zvw); Every citizen who lives or works in the Netherlands is entitled to care from the basic healthcare package.
- Wet langdurige zorg (Wlz); a social care provision for the most vulnerable people who need 24-hour care.

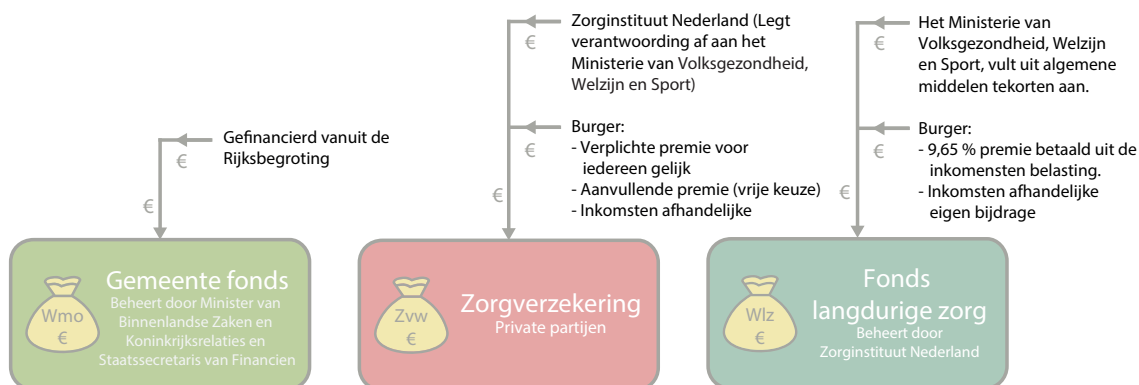


Figure 30: the realization of the different financing systems of the Wmo, Zvw en Wlz (own ill.).

As shown in figure 30 all of these different healthcare laws have their own specific financing for which different parties are responsible. As a result, bottlenecks arise such as:

- Problems in the collaborative agreements between the municipality, health insurers and healthcare offices;
- Uncertainties of the segregation of laws;
- Transfer and passing on;
- Divisions between laws.

The ideal situation of a community healthcare center in the Netherlands

In the Netherlands, a health care experiment was carried out during the development of the city of Almere, in which district healthcare centers were built for residents of surrounding neighborhoods so the residents of Almere were assured that they could live independently as long as possible. Almere, a city that was built on new land, was an ideal opportunity for a new experimental healthcare program. The structure of the health care system was conceived as follows:

- Planning under municipal control (administrative coherence),
 - One financial framework for the entire healthcare sector of Almere (financial cohesion)
 - One management organization per healthcare sector (structural and substantive cohesion).
- The idea of this set-up was to encourage good cooperation between primary and secondary healthcare, so unnecessary use of the secondary services would be prevented.

The Policy paradox

Due to the discontinuation of a new experimental healthcare program of Almere in 1993, the 'Almeerse Gezondheidsorganisatie' and the 'Stuurgroep' took the leading role of the healthcare system in Almere so the municipality was no longer responsible for the system. After the health care was privatized by the government in 2006, it became uncertain whether people of Almere could still get all healthcare needed for all ages of the population. After several healthcare centers in Almere had already been closed, in 2015 it was announced by the 'Zorggroep Almere' that they are no longer able to operate three separate healthcare centers in Almere Haven. The result was that two out of three healthcare centers in Almere Haven disappeared and merged

into one new healthcare center. As a result, residents have to travel longer distances in order to be able to use primary health care in Almere Haven.

At the same time, the model of the district healthcare centers, which were standard in the street scene of Almere, were seen as a model for the further development of primary healthcare in the Netherlands. Due to the increasing number of part-time working general practitioners; due to the increasing ageing of the population; and by positioning of general practitioners as gatekeepers for access to more expensive specialist care, ING expects primarily focus on community healthcare centers in which more different general practitioners are employed. These general practitioners work more often with practice assistants. The model of the community healthcare center, with a pharmacy and also other paramedical functions such as a physiotherapist, district nursing, is also propagated by architects and consultants who specialize in healthcare facilities. Due to the fact that hospitals are becoming increasingly specialized institutions, the expectation is that healthcare centers will develop into "one and a half line centers". This means that a healthcare center will also be able to offer healthcare which lies on the interface between complex and first-line care and simple second-line care.

The developments in Almere concerning the closing and centralization of the district healthcare centers therefore seem to contradict with the eligible ideas of the development of new community healthcare center supported by architects, consultants and financiers. This study will ultimately provide an answer to the research question: *"Will a new" (social) community healthcare centers with (first-line) healthcare and support arrangements for elderly people be possible in the current Dutch healthcare policies, or is there a policy paradox?*

Findings

For an overview of the situation regarding to the district health centers in Almere, an archive research study was combined with open interviews. The archive research shows that the current development are in contradiction with the Program of Requirements which were developed in 1974 by the 'Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders'. According to the Program of Requirements, the district healthcare centers were developed in such manner that the residents of Almere were assured that they could live independently at home as long as possible with good health care nearby. The plan was developed for a maximum of 20,000 residents in Almere Haven. Meanwhile, further horizontal expansion has taken place and nowadays there are 22,640 inhabitants living in Almere Haven. On the basis of archive research, it appears that according to the analysis of the Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders the new situation with only one healthcare center is unsuitable for the extend of elderly people in Almere Haven. In the meantime, there are more inhabitants living in Almere Haven than were foreseen in the development plans. That seems not much, but in the perspective of the increase of ageing of the population, which will also increase significantly in the coming years - the number of people over 65 will increase from 13% to 28% in the coming years - this means an increase of work load and responsibility of the general practitioners in Almere Haven!

Further analysis of the policy notes in relation to health care in Almere Haven, shows a large number of drawbacks. In 1993 the care experiment of Almere was discontinued. As a result, the financing of healthcare was no longer a matter for the municipality of Almere, but healthcare was privatized. Although questions were asked in the city council of Almere about the closure of the two district healthcare centers, the decision-making about keeping two smaller district health centers open and centralizing the district health care in one centrally built district health center "De Haak" is a decision of the 'Zorggroep Almere'. This change was motivated by the 'Zorggroep Almere', which indicated that the operation of three smaller district health centers could not be profitable. It is more profitable to purchase existing real estate and merge these to one central healthcare center 'de Haak', to renovate it and then close the two smaller district healthcare centers 'West' and 'Oost'. There was pressure from the residents of neighboring areas to keep the smaller district healthcare centers open. In the year 2020 an interim solution has

been realized. Moreover, district healthcare center “Oost” is still open in the morning hours for general practitioner care. In the “West” district, the Zorggroep Almere rents a consultation room where a morning consultation for general practitioner care takes place on a few mornings a week. District Health Center West remains the property of Zorggroep Almere for the time being, but is no longer in use. This interim solution is remarkable in view of the initial arguments that exploitation is not profitable. The annual reports show that the Zorggroep Almere has taken out a 4 million euro mortgage for the renovation of the current centralised “De Haak health center”. The maintenance of two non-profitable district health centers actually shows the policy paradox that is also mentioned in the supplementary interviews. This policy paradox indicates that the costs of healthcare have shifted from the care domain to the social domain: the costs for housing which were previously allocated to the care domain are now being transferred to the social domain.

At the same time, a different financial and economic perspective has emerged: to reduce healthcare costs, market mechanism in healthcare is the solution. The costs of the general practitioner care is paid by the health insurer. In the social domain the costs for help and support are part of the Social Support Act, the costs are not compensated anymore by health insurers, but compensation now takes place by the municipal fund (i.e. national budget). The budgeting in the social domain is pursued through the principle of the participation society. The care costs for elderly that live longer independently in their homes is supported by the Social Support Act.

This policy paradox also emerged from the additional interviews. Because there is a different financial-economic perspective between the domain which includes the “general practitioner” and the domain which includes “assistance and support”, centralization takes place in the care sector, whereby company optimization differs for each healthcare provider; where the government benefits from decentralization through the pursuit of longer independent living at home. The costs for transport from and to health centers, if needed, are paid by the Social Support Act, only for people with long distances between their homes and the health care center. With the discontinuation of the care experiment in 1993, the municipality of Almere lost their primary control of the health care budgeting, the municipality is no longer the leading policy-maker of local health care.

This policy paradox is visible in the aforementioned perspective of architects, consultants and financiers of community healthcare centers. Architects designs are strongly based on a vision of how general practitioner care should be organized, but they have insufficient knowledge of the various health care budgeting systems in the Netherlands. As a result, they have insufficient insight into the enormous difference of the healthcare system of England compared to the system in the Netherlands. In England, care is regulated by the National Health Service (NHS), a public organization. The model of the Bromely by Bow Center can therefore not serve as a model for the development of a community healthcare center in the Netherlands. From the interview with the company manager of a number of healthcare centers in Amsterdam, this explicitly emerges: *“You should not start with a great plan and then look at the financing in the end. You should actually start with the financing itself. If it appears that you are not getting the financing arranged, you should stop. This is a problem that you know is coming and is unsolvable because no one is going to risk it. In this way, we can make beautiful plans, but it makes no sense at all.”*

Interviews with elderly people in Almere who are familiar with the concept of community healthcare centers show that places where elderly can meet other people for social activities are desirable for social sustainability in the neighborhood and for improving the vulnerability of seniors. Social sustainability helps to improve the vulnerability of the elderly and improve the quality of life. A social place such as a ‘community healthcare center’ in the social and familiar environment of elderly people can therefore certainly be an addition to the elderly who live longer independently with good quality of life, in their own homes and social environment.

The importance of this research is that it introduced a clear policy paradox in the Netherlands. It shows that the Dutch governmental financial-economic perspective of privatization and market mechanism in healthcare seems to have a negative effect on the quality of life of elderly living independently with increasing limitations, and thereby it undermines rather than it stimulates the participation society.

Begrippenlijst

Begrippen	Definities
Centraal Indicatiestelling Zorg (CIZ)	Bij het Centraal Indicatiestelling Zorg (CIZ) komen aanvragen binnen voor voorzieningen uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Het CIZ beoordeelt binnenkomende aanvragen en geeft hier indicaties voor af.
Centrale administratie Kantoor (CAK)	Het CAK is een Nederlands publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan die voor de overheid regelingen uitvoert en zorgt voor de vertaling van wetten en regels naar persoonlijke en begrijpelijke dienstverlening. Door het verlenen van duidelijke en goed vindbare informatie geeft het CAK klanten inzicht in en overzicht van hun persoonlijke situatie. Hierdoor is de cliënt in staat om zelfstandig de juiste keuzes te maken.
Fonds langdurige zorg	Iedereen die in Nederland woont en langdurig zorg of hulp nodig heeft, kan zorg aanvragen via de Wet langdurige zorg (Wlz). De financiering hiervoor wordt betaald uit het Fonds langdurige zorg (Flz) die door het Zorginstituut wordt beheerd. Het Fonds langdurige zorg wordt gevoed doordat de Nederlandse beroepsbevolking inkomens afhankelijke premies moeten betalen en cliënten voor het ontvangen van zorg een inkomensafhankelijke eigen bijdragen moeten betalen.
Gemeente Fonds	400 gemeenten in Nederland ontvangen geld vanuit het gemeentefonds. Het Gemeente Fonds wordt gefinancierd vanuit de rijksbegroting en wordt beheerd door Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de Staatssecretaris van Financiën. Hiermee betalen gemeentes een deel van hun uitgaven voor zorg en ondersteuning aan hun inwoners. Gemeenten mogen zelf bepalen waar ze dit geld aan besteden. Zij leggen daarover verantwoording af aan de gemeenteraad.
Sociaal domein	Binnen het sociaal domein zijn gemeenten verantwoordelijk op het gebied van zorg, participatie, zelfredzaamheid, werk en jeugdhulp voor het aanbieden van zorg en ondersteuning aan hulpbehoevende inwoners. De wetten: Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), Participatiewet en Jeugdwet vormen samen het sociaal domein.
Sociale Verzekeringsbank (SVB)	De Sociale Verzekeringsbank (SVB) is een zelfstandig bestuursorgaan en voert namens de overheid taken uit op het gebied van de sociale zekerheid in Nederland. De SVB is een belangrijke partij bij het ontwikkelen van nieuwe regelgeving betreffende sociale zekerheid. De SVB is verantwoordelijk voor de voering van de AOW-pensioenen, de Algemene nabestaandenwet (Anw) de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Kinderbijslag. Daarnaast is de SVB ook verantwoordelijk voor het toekennen van het persoonsgebonden budget (pgb).
Welzijnsdomein	Binnen het welzijnsdomein zijn hulpverleners en zorgprofessionals actief die er voor moeten zorgen dat ouderen, zieken en gehandicapten (weer) actief deel kunnen nemen aan de samenleving door het helpen en oplossen van problemen die ontstaan in het dagelijkse leven. Het welzijnsdomein houdt zich bezig met de kwaliteit van leven van mensen.

Ziekenfonds	Het ziekenfonds was de voorloper van Zvw. Het ziekenfonds was bedoeld voor burgers met inkomens onder de loongrens, hun gezinsleden zonder eigen inkomen en uitkeringsgerechtigden. De maandelijkse premie die je betaalde voor het ziekenfonds was afhankelijk van je inkomen en werd voor een groot deel door de werkgever betaald. Burgers boven een bepaalde inkomensgrens konden enkel een particuliere zorgverzekering afsluiten.
Zorgdomein	Het zorgdomein bestaat uit alle zorgaanbieders die gericht zijn op het genezen of (langdurig) verzorgen en/of verplegen van patiënten. Hierbij gaat het in grote lijnen over de zorg die gefinancierd wordt uit de basisverzekering of de Wlz.
Zorginstituut Nederland	Zorginstituut Nederland is een zelfstandig bestuursorgaan en zorgt voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Het zorginstituut Nederland geeft advies aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Zorgkantoor	Zorgkantoren kijken er op toe dat mensen de juiste langdurige zorg ontvangen. Verder zijn zij verantwoordelijk voor het toekennen van persoonsgebonden budget (pgb). Ook zijn zorgkantoren verantwoordelijk voor het regelen van de zorg voor een verzekerde met een indicatiebesluit voor zorg-in-natura. Tot slot sluiten zij ook contracten af met zorgaanbieders voor patiënten die een indicatie hebben van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ).

Afkortingenlijst

Afkorting	Uitleg
AOW	Algemene ouderdomswet
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CAK	Centraal administratiekantoor
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
Flz	Fonds langdurige zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Zvw	Zorgverzekeringswet
Pgb	Persoonsgebonden budget

1. Inleiding

De reden voor het onderzoek

“De samenleving verandert in hoog tempo. Privatisering, liberalisering, marktwerking en individualisering hebben het publieke landschap flink opgeschud. Zorggebruikers zijn veranderd: autonomer, mondiger, en beter geïnformeerd stellen ze andere eisen aan de zorg. Vergrijzing drijft de kosten sneller op dan verwacht. Het zorgsysteem in Nederland is – ondanks alle goede intenties – gewoon niet gebouwd om adequaat op deze veranderingen in te kunnen spelen. Er gaapt een kloof tussen de maatschappelijke ontwikkeling en het systeem. En die groeit.” (Maarhuis, 2017).

Vanuit de Nederlandse overheid wordt er al enkele tientallen jaren geïnvesteerd om de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland op beleidsniveau te verbeteren. *“Daarbij worden de gezondheidscentra in de wijk gezien als een gewenste organisatievorm van een ‘gemoderniseerde’ en geïntegreerde eerste lijn.” (Batenburg & Kalf, 2010, p. 7).* Nederland beschikt van oudsher over een sterke eerstelijnsgezondheidszorg die zich kenmerkt door:

- generalistische zorgverlening;
- laagdrempelige toegang tot de zorg;
- zorg in de buurt;
- gerichtheid op de mens in de eigen omgeving; - ambulante karakter;
- coördinatie en continuïteit van zorg (Ministerie van Volksgezondheid, 2004).

Jarenlang heeft de Nederlandse overheid vanuit bovengenoemde kenmerken, de ontwikkeling van gezondheidscentra in de wijk financieel ondersteund. Echter door onaanvaardbare en ontoelaatbare hoge zorgkosten was de overheid genoodzaakt om in 2006 de nieuwe zorgverzekeringswet in te voeren. Een geprivatiseerd Nederlandse zorgsysteem werd het nieuwe uitgangspunt. De overheid was van mening dat door het privatiseren van de zorg, de marktwerking die zou ontstaan, er voor zou zorgen dat de zorg in Nederland kwalitatief beter en goedkoper zou worden. Juist op het moment dat er een participatiemaatschappij ontstond waardoor senioren steeds langer zelfstandig thuis blijven wonen en sterke eerstelijnsgezondheidszorg nog belangrijker zou worden dan ooit, ontstond er een ommezwaai waarbij de overheid zijn verantwoordelijkheden introk en de zorgverzekeraars een ‘machtspositie’ kregen in het financieringssysteem en de contracteringen van zorgaanbieders van de zorgvoorzieningen in Nederland. *“Door deze beleidswijziging is de financiering van gezondheidscentra complexer geworden, en afhankelijk van het gedrag en beleid van meerdere actoren en stakeholders. En hiermee is in breder verband de vraag aan de orde in hoeverre de overheid de directe financiële ondersteuning van gezondheidscentra in Nederland tot haar ‘systeemverantwoordelijkheid’ rekent.” (Batenburg & Kalf, 2010, p. 7).* Volgens Batenburg & Kalf (2010) stellen diverse partijen dat gezondheidscentra in de wijk gezien moeten worden als een gewenste organisatievorm. Tegelijkertijd leidt de privatisering in de zorg ertoe dat de zorgverzekeraars dankzij minimale wet- en regelgevingen de jarenlang door de overheid gefinancierde gezondheidscentra sluiten en centraliseren. De Overheid stelt in het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (2018) slechts als eis aan de bereikbaarheid van de zorg dan dat een huisarts bij spoed een inspanningsplicht heeft om binnen 15 minuten bij de patiënt te kunnen zijn. Verder moet een huisarts tijdens kantooruren binnen 2 minuten zonder obstakels telefonisch bereikbaar zijn en moet de toegangstijd tot de huisarts voor burgers maximaal 3 werkdagen zijn. Over verdere bereikbaarheid en minimale loopafstanden met het oog op de steeds grotere groeiende groep senioren in Nederland en het steeds langer zelfstandig thuis wonen van ouderen worden er in deze beleidsregels voor de zorgverzekeraars geen regels opgelegd.

Langer zelfstandig wonen dankzij de participatiemaatschappij

De overheid was van mening dat door het privatiseren van de zorg, de marktwerking die zou ontstaan uiteindelijk de zorg in Nederland kwalitatief beter en goedkoper zou worden, mede door een zwaarder accent te leggen op de participatiemaatschappij.

Een graag aangehaald voorbeeld van de participatiemaatschappij is de sociale wijkgezondheidshub zoals die in het Verenigd Koninkrijk. Het gaat hier om het voorbeeld van het Bromely by Bow centre in Londen. Het Bromely by Bow Centre is een 'Community Health Centre' en is ontwikkeld voor en door de bewoners uit de omliggende wijken. In het centrum is een samenwerkingsverband tussen zorgprofessionals en vrijwilligers waardoor er zowel een regulier eerstelijnszorg aanbod aanwezig is als sociale (zorg) activiteiten. Het kern idee van het centrum is dat er hierdoor geen scheidslijn tussen formele en informele zorg en welzijn ontstaan waardoor de zorg laagdrempelig is en de druk van goede zorg niet alleen meer bij de huisarts ligt. Alle diensten in het centrum zijn onderdeel van het aanbod van de huisarts.

Het ideaal van het wijkgezondheidscentrum in Nederland

In Nederland werd vanaf het begin in 1976 bij de ontwikkeling van de stad Almere een zorgexperiment uitgevoerd waarbij er wijkgezondheidscentra werden gebouwd voor bewoners van omliggende wijken zodat bewoners levensbestendig in Almere oud konden worden. Een totaal nieuwe stad was immers een ideale kans voor een nieuw experimenteel zorgbeleid. De structuur van het stelsel van gezondheidsvoorzieningen werd als volgt bedacht:

- Planning zou onder gemeentelijke regie (bestuurlijke samenhang),
- Eén financiële kader voor de hele Almeerse gezondheidszorg (financiële samenhang)
- Eén beheersorganisaties per zorgsector (structurele en inhoudelijke samenhang).

Deze opzet zou goede samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg bevorderen, en onnodig gebruik van de tweedelijnsvoorzieningen zouden worden voorkomen.

De beleidsparadox

Helaas vinden er momenteel in Almere allerlei herbezinningen plaats over de manier waarop gezondheidscentra in de stad functioneren waardoor veel wijkgezondheidscentra verdwijnen of worden samengevoegd. In 1993 kwam het zorgexperiment in Almere ten einde en lagen de verantwoordelijkheden voor de Almeerse gezondheidszorg niet langer meer bij de gemeente, maar werd de Eerstelijnszorg in Almere geprivatiseerd. Door de landelijke privatisering van de zorg in 2006 werd het onzeker of inwoners van Almere levensbestendig konden blijven wonen in hun stad. In 2015 werd aangekondigd dat doordat de Zorggroep Almere de exploitatie van drie afzonderlijke gezondheidscentra niet meer rond krijgt, twee van de drie gezondheidscentra in Almere Haven zouden verdwijnen en samengevoegd zouden worden tot één nieuw gezondheidscentrum. Met als gevolg dat bewoners voor zorg verder moeten reizen.

Tegelijkertijd wordt het model van het wijkgezondheidscentrum zoals gangbaar was in Almere gezien als een model voor de verdere ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland. Door het toenemende aantal huisartsen dat parttime werkt, door de toenemende vergrijzing en door de huisarts te positioneren als poortwachter voor toegang tot duurere specialistische zorg, verwacht de ING (Dantuma, 2015) dat er vooral ingezet gaat worden op wijkgezondheidscentra waar meer huisartsen werkzaam zijn. Deze huisartsen werken anders dan vroeger in toenemende mate met praktijkondersteuners. Het model van het wijkgezondheidscentrum, met een apotheek en ook andere paramedische functies zoals een fysiotherapeut en wijkverpleging wordt door architecten en consultants die zich specialiseren in huisartsenpraktijken gepropagandeerd. Sterker nog, doordat ziekenhuizen steeds verdere specialistische instellingen worden, is de verwachting dat de gezondheidscentra zich gaan ontwikkelen tot 'anderhalvelijnscentra'. Dat wil zeggen, dat er in een gezondheidscentrum ook zorg aangeboden zal worden die op het grensvlak ligt van complexe chronische eerstelijnszorg en eenvoudige tweedelijnszorg (Talstra & de Kousemaeker, 2015).

De ontwikkelingen in Almere lijken daarmee haaks te staan op de ontwikkelingen zoals de architecten, consultants en financiers van gezondheidscentra die zien. Vanwege de bijzondere situatie in Almere wordt in dit onderzoek Almere Haven als casestudie gebruikt om de volgende vraag te beantwoorden: *'Zal een nieuwe (sociale) wijkgezondheidshub' met (eerstelijns)zorg- en*

ondersteuningsarrangementen voor senioren in het huidige beleid mogelijk kunnen zijn, of is er sprake van een beleidsparadox?

In deze casestudie wordt expliciet ruimte gegeven aan het gebruikersperspectief, door niet alleen onderzoek te doen over hoe de eerstelijnsgezondheidszorg er voor zelfstandig wonende ouderen uit zou moeten zien. In dit onderzoek worden uitdrukkelijk verschillende gebruikers betrokken om hun perspectief op de ontwikkelingen rond de wijkgezondheidscentra en het langer zelfstandig thuis wonen te betrekken. Bewoners hebben dit ook als erg prettig ervaren: *“Wat ik heel erg belangrijk vind in dit interview is dat je probeert te peilen hoe de cliënt nu met dit vraagstuk om gaat en hoe reageert de cliënt op alle veranderingen die op dit moment spelen met het gezondheidscentrum.”*

Deelvragen

Door het ontstaan van een participatiemaatschappij in Nederland en de veranderende zorgwetgevingen blijven senioren steeds langer zelfstandig thuis wonen. De problematiek rond eenzaamheid, kwetsbaarheid en kwaliteit van leven van ouderen zullen de noodzaak van een sociale wijkgezondheidshub aan de kaak stellen. In het onderzoek zal het concept van een (Sociale) wijkgezondheidshub verder worden uitgewerkt. Centraal staat het idee dat het gaat om een gezondheidscentrum dat 24/7 dienst zal doen als een sociale hub voor ouderen, waarbinnen de belangrijkste zorgvoorzieningen en sociale en maatschappelijke (zorg) activiteiten onder één dak samengebracht zullen worden. Senioren kunnen elkaar dus ontmoeten, kunnen gemonitord worden en er is een veilige sociale cohesie.

De volgende deelvragen zijn bedoeld om een beter beeld te krijgen van wat de randvoorwaarden zijn van een wijkgezondheidscentrum dat aansluit bij de behoefte van ouderen:

- Zijn er wettelijke beleidskaders en randvoorwaarde gesteld aan een gezondheidscentrum en het zorgaanbod binnen een gemeente?
- Wat hebben senioren nodig zodat zij zo lang mogelijk en met een goede 'kwaliteit van leven' zelfstandig thuis kunnen blijven wonen?

Ten tweede zal onderzocht worden of er sprake is van een beleidsparadox. Almere Haven zal casus worden gebruikt om door middel van archiefonderzoek het zorgexperiment van de wijkgezondheidscentra in Almere Haven te analyseren. De analyse moet meer inzicht geven in de reden waarom gezondheidscentra in Almere Haven worden gesloten en gecentraliseerd. De volgende deelvragen met betrekking tot het beleid zullen tijdens dit onderzoek beantwoord worden:

- Wat is het besluitvormingsproces rond de ontwikkeling van gezondheidscentra in Almere (Haven) zowel in het verleden als op dit moment?
- Welke actoren waren er toen en nu bij betrokken?
- Hoe is de betrokkenheid van de verschillende actoren van invloed geweest op het besluitvormingsproces van het gezondheidscentrum?
- Wat is de rol van de gemeente bij het besluitvormingsproces van het gezondheidscentrum?

Leeswijzer

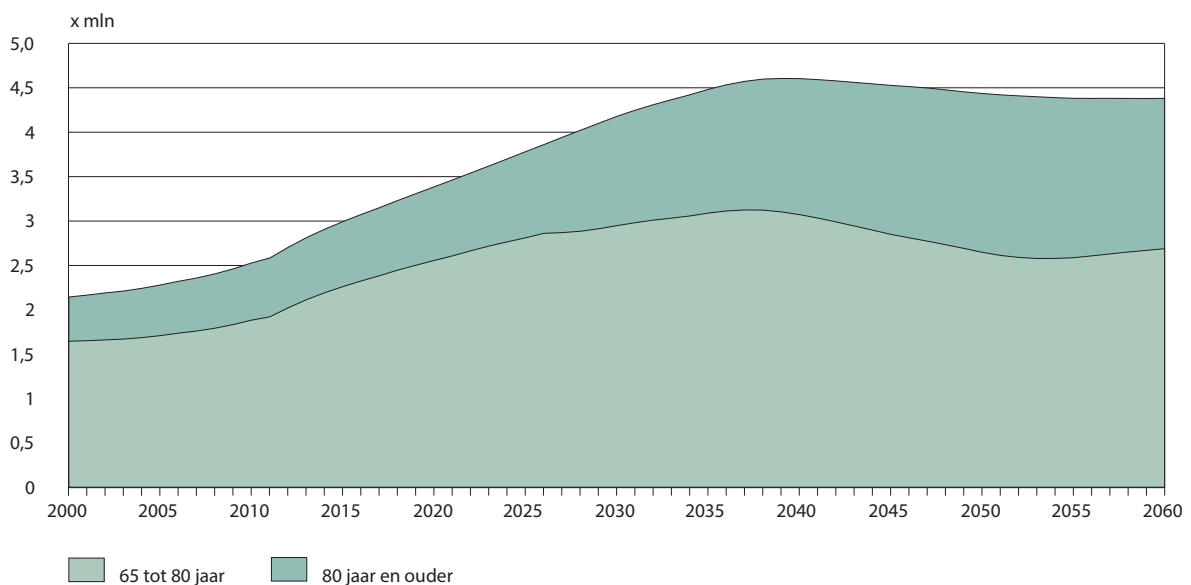
Voordat bovenstaande hoofd- en deelvragen worden beantwoord, zal eerst kort ingegaan worden op de achtergrond van dit onderzoek. In dit hoofdstuk zullen allereerst de oorzaken voor de veranderde zorgwetgeving toegelicht worden en zal er ingegaan worden op de reden dat ouderen steeds langer zelfstandig thuis blijven wonen. Ook zal er ingegaan worden op de keerzijde van het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen, de veranderingen in de zorgwetgevingen en de verwachte toekomst ontwikkelingen van de eerstelijnszorg. In hoofdstuk 2 zal kort de onderzoeksmethode van dit onderzoek behandeld worden. Daarna zal in hoofdstuk 3 de resultaten van dit onderzoek toegelicht worden. Hierbij zal het dossier onderzoek naar de gezondheidscentra in Almere Haven worden gepresenteerd. Ter vergelijking

zal een tweede casestudie over het Community Health Centre 'Bromley by Bow' in Londen behandeld worden. Verder zal aan de hand van verschillende interviews de beleidsvisies omtrent de centralisatie van gezondheidscentra verder toegelicht worden. Verder, zal in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk de beleidsparadox van het langer zelfstandig thuis wonen van senioren in kaart gebracht worden. Tot slot zal hoofdstuk 4 afsluiten met een samenvatting en een conclusie van dit onderzoek en de aanbevelingen voor eventueel vervolgonderzoek.

1.1 Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving

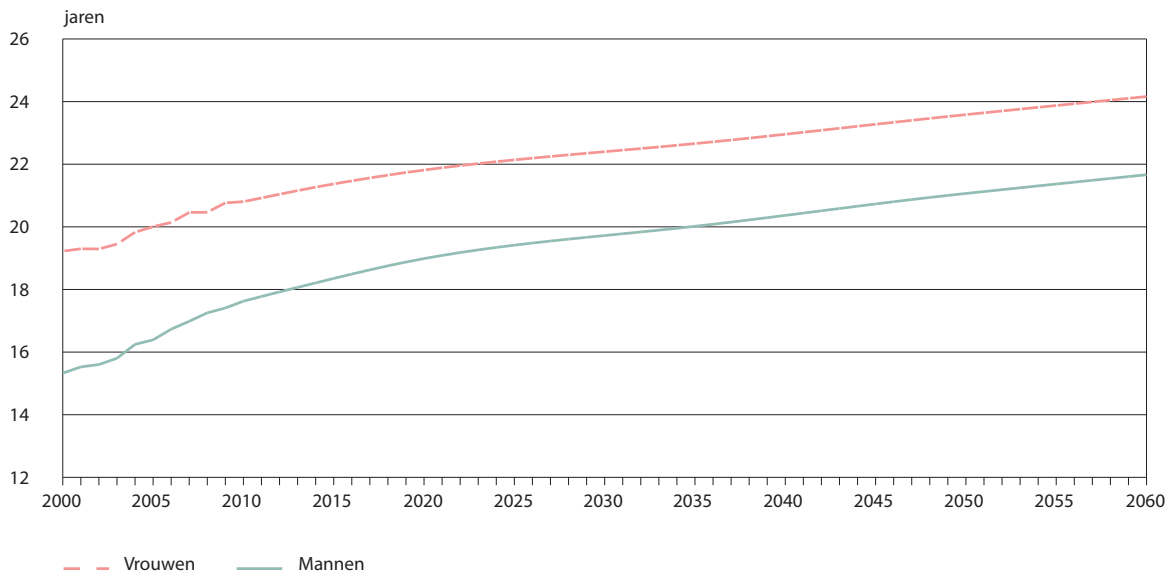
Nederland kent een lange geschiedenis waarin zij gekenmerkt wordt als een verzorgingsstaat. Binnen de verzorgingsstaat was de Nederlandse overheid jarenlang primair verantwoordelijk voor het welzijn van al zijn burgers met betrekking tot de gezondheidszorg, het onderwijs, de werkgelegenheid en de sociale zekerheid. Zo heeft Nederland een uitgebreid stelsel van uitkeringen, pensioenen, subsidies, toeslagen, zorgaanbod en heeft elk kind recht op onderwijs. Dit alles, brengt veel kosten met zich mee maar door de groeiende en opkomende economie in de tweede helft van de twintigste eeuw kon dit stelsel lange tijd door de overheid gefinancierd worden uit inkomsten van belastingen en premieopbrengsten die door de Nederlandse burger zelf betaald werden.

Aan het begin van de 21 eeuw kwam de overheid tot de conclusie dat de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) die vanuit de verzorgingsstaat door de burgers als vanzelfsprekend werd gezien als gevolg van demografische, sociaal-culturele en sociaaleconomische ontwikkelingen van de daarop volgende jaren financieel niet meer houdbaar werd omdat deze onaanvaardbare en onbetaalbare kosten met zich mee zou brengen (Hoogervorst & Ross-van Dorp, 2003). De groeiende kosten worden mede veroorzaakt doordat Nederland aan het vergrijzen is. In 2011 bereikte de eerste babyboomers geboren in de naoorlogse geboortegolf de AOW-leeftijd waardoor zoals in Afbeelding 1 te zien is, de vergrijzing de komende jaren alleen maar zal toenemen. Op het hoogtepunt van de vergrijzing, in 2039, zal Nederland naar schatting ongeveer 4,6 miljoen inwoners hebben die 65 jaar of ouder zullen zijn (Garsen, 2011).



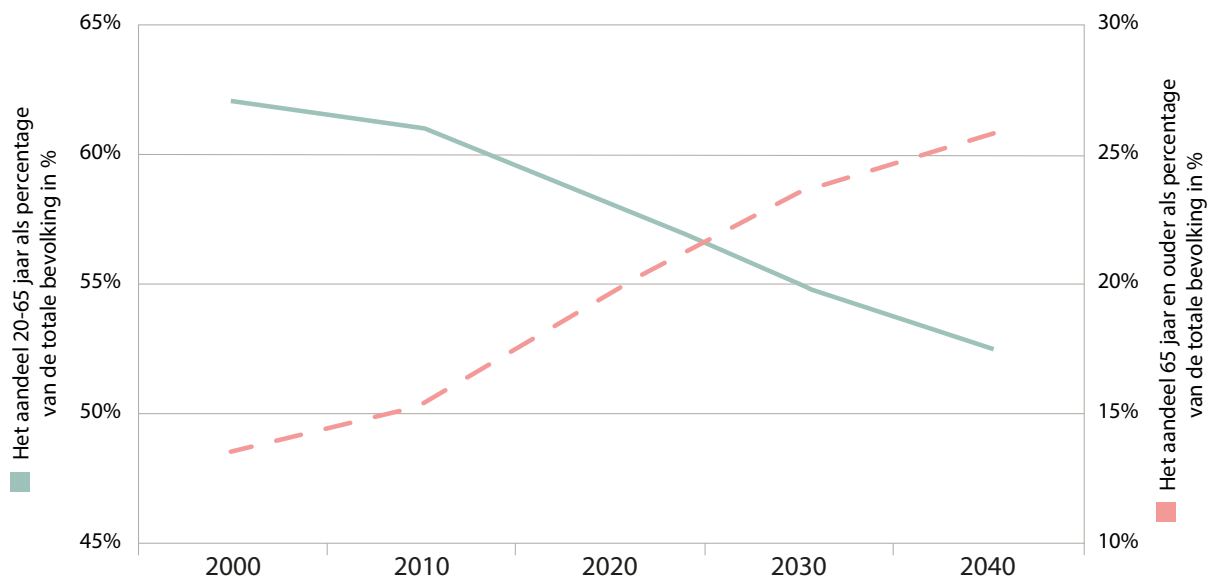
Afbeelding 1: Aantal 65-plussers (Garsen, 2011, p. 31).

Er komen niet alleen meer ouderen bij, maar de ouderen bereiken ook een steeds hogere leeftijd. Dit is mede toe te schrijven aan de technologische vooruitgang van de medische gezondheidszorg waardoor ziektes zoals hart- en vaatziekte, infecties en griepiepidemieën beter geneesbaar zijn. Daarbij leven mensen steeds bewuster en gezonder en neemt het aantal rokende steeds verder af. Zoals in Afbeelding 2 te zien is, zullen onze ouderen naar verwachting steeds ouder worden. De verwachting is, dat er in 2050 ongeveer 1,8 miljoen inwoners 80-plusser in Nederland zullen wonen. Dit zal betekenen dat ongeveer 1 op de 10 inwoners van Nederland 80 jaar of ouder zal zijn. Vooral deze groep senioren zullen de komende jaren verantwoordelijk zijn voor de toenemende financiële lasten op de zorgvraag en de behoefte aan betere en aangepaste voorzieningen voor ouderen (Garsen, 2011).



Afbeelding 2: Prognose van de resterende levensverwachting op de 65e verjaardag (Garsen, 2011).

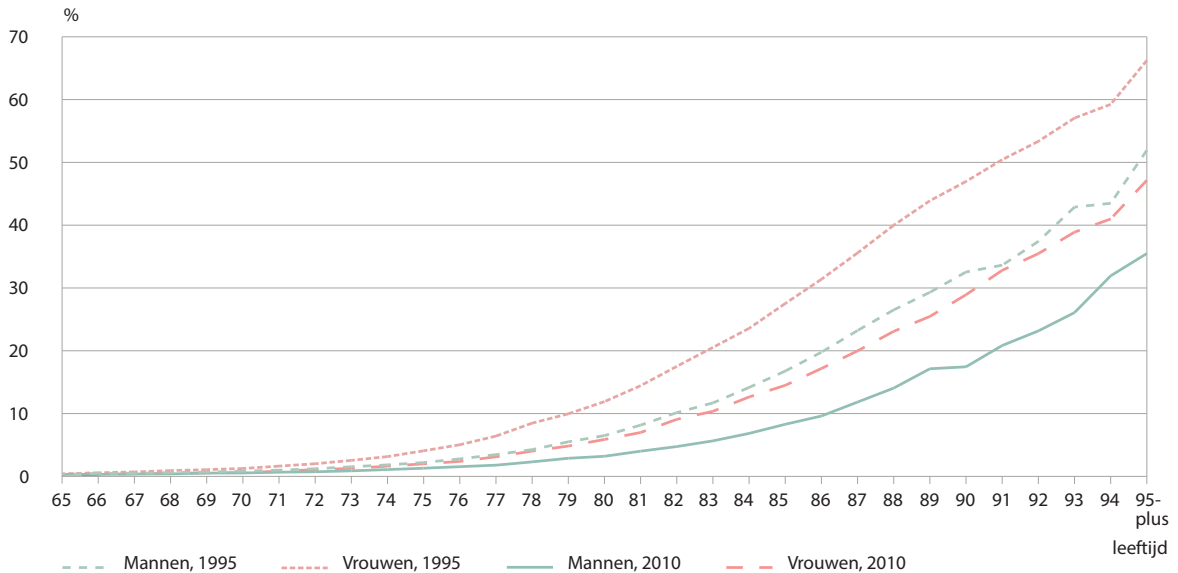
Hier tegenover staat dat enerzijds er meer ouderen en steeds ouder wordende ouderen bij komen, anderzijds ontstaat het probleem, dat de beroepsbevolking aan het krimpen is. Er zijn steeds minder werkenden ten opzichte van het aantal 65-plussers die AOW-gerechtigd zijn. In Afbeelding 3 is te zien dat vanaf 2020 de beroepsbevolking steeds verder begint te krimpen. Het gevolg van de krimpende beroepsbevolking, is dat de totale lasten omhoog zullen gaan maar dat er steeds minder werkende zijn die deze lasten kunnen dragen.



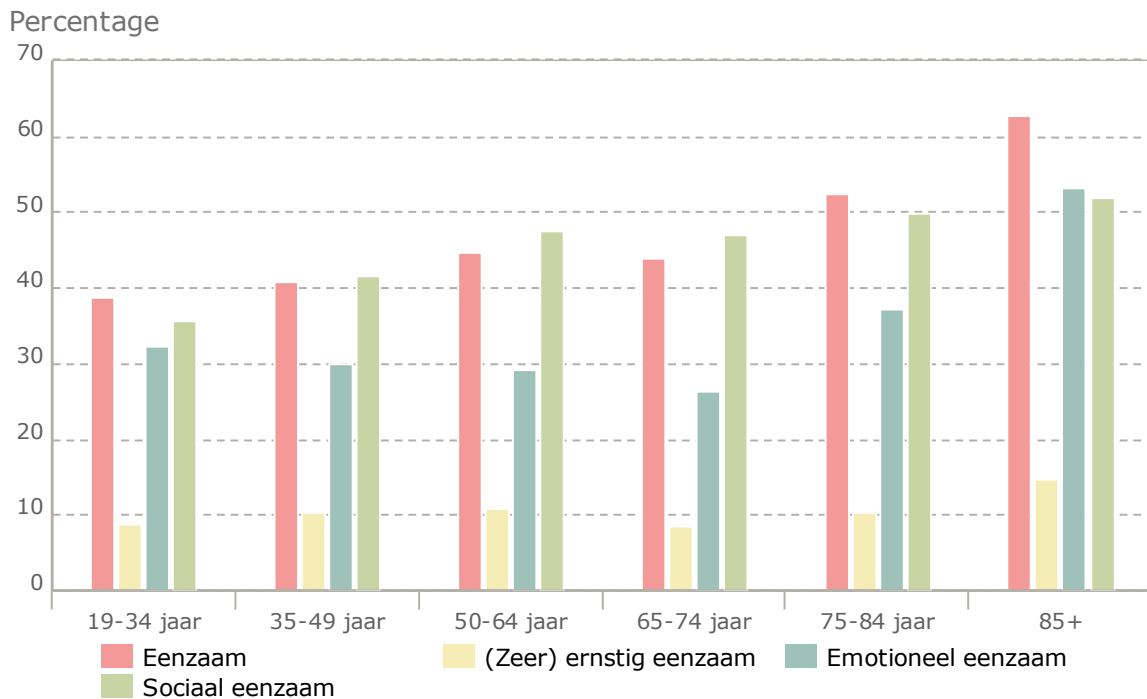
Afbeelding 3: Aandeel 20-65 jaar (blauw) en 65 jaar en ouder (rood) als percentage van de totale bevolking (Kamp, 2011).

Tot slot speelt ook de individualisering van ouderen een rol bij de toenemende kosten. Zoals in Afbeelding 4 te zien is, was de verwachting dat het aandeel 65-plussers in een verzorg- of verpleeghuis steeds verder af zou nemen. Veel zorg of hulpbehoevende ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig wonen en zelf de touwtjes in hun eigen handen houden over wat er met hun leven gebeurt. Zij willen helemaal niet meer in een verzorg- of verpleeghuis wonen. *“Langer zelfstandig wonen is een fundamentele behoefte aan individuele (keuze) vrijheid, die wordt ondersteund en gestimuleerd door het rijksbeleid.”* (Meijdam & Hillebrand, 2014, p. 3). In 2014

woonde maar liefst 74% van de hulpbehoevende ouderen zelfstandig thuis. De woonwensen van deze senioren zijn niet anders dan die van de rest van de Nederland: *“Zelfstandig en betaalbaar wonen in een woning naar keuze, in een prettige buurt met een aantal basisvoorzieningen en een (divers) sociaal netwerk om zich heen.”* (Meijdam & Hillebrand, 2014, p. 4). De (sociale en vitale) leefomgeving van senioren op het vlak van voorzieningen (zorg, welzijn, winkels, activiteiten), bereikbaarheid, veiligheid en (sociaal) welbevinden zijn uitermate belangrijk voor de mogelijkheid om langer zelfstandig, naar tevredenheid en niet in eenzaamheid thuis te blijven wonen (Meijdam & Hillebrand, 2014).



Afbeelding 4: Percentage van de bevolking in een verpleeg- of verzorgingstehuis (Garsen, 2011, p. 26).

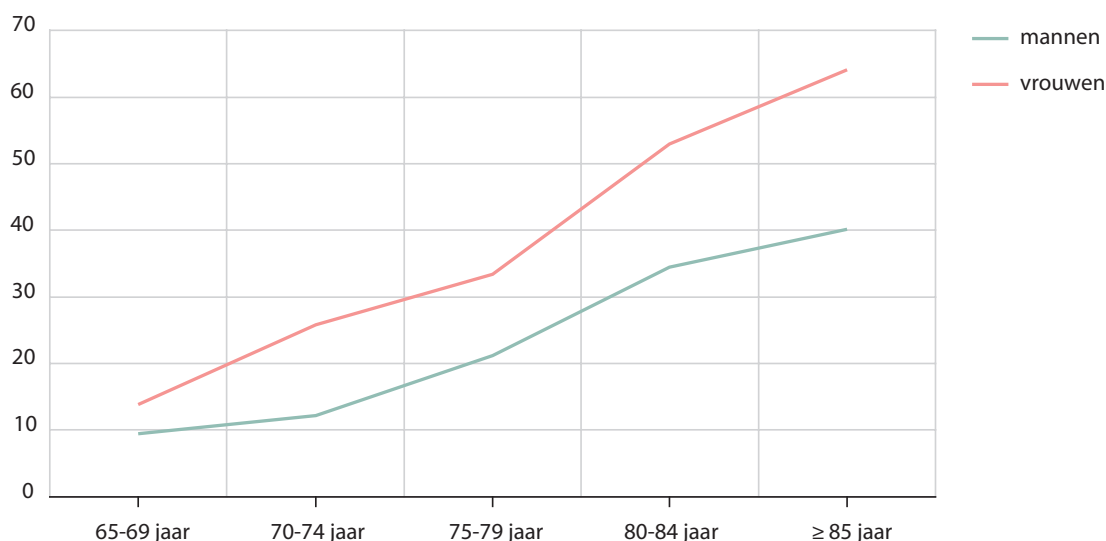


Afbeelding 5: Percentage eenzaamheid naar leeftijd 2016 (RIVM, CBS, & GGD-en, 2018).

1.2 De keerzijde van langer zelfstandig thuis wonen

Langer zelfstandig thuis wonen kent ook zijn keerzijde. Zoals in Afbeelding 5 te zien is, ervaart maar liefst 44% van de 65-plussers in Nederland eenzaamheid. Dit percentage stijgt enorm naarmate senioren ouder worden. Meer dan de helft van alle senioren tussen de 75 en 85 jaar in Nederland voelt zich eenzaam en van de senioren boven de 85 jaar ervaart maar liefst 63% eenzaamheid. Eenzaamheid kent vele oorzaken en wordt voornamelijk veroorzaakt door een opeenstapeling van emotionele gebeurtenissen, zoals het verlies van sociale contacten door het overlijden van een partner, vrienden en familie in de directe omgeving. Verder spelen het verlies van onafhankelijkheid, zelfstandigheid en mobiliteit ook een belangrijke rol waardoor senioren de regie over hun eigen leven kwijt raken en in een sociaal isolement terecht komen (Sociaal Cultureel Planbureau, 2018, p. 48). Eenzaamheid gaat gepaard met ernstige gezondheidsklachten zoals een verhoogde bloeddruk waardoor de kans op hart- en vaatziekte toeneemt en een verhoogd stressniveau waardoor de kans op een depressie ook weer toeneemt (Nationaal Ouderen Fonds, 2018). Eenzaamheid onder onze senioren zorgt ervoor dat de druk op de kosten van onze gezondheidszorg alleen maar toenemen.

Onder onze ouderen in Nederland is er een groot verschil wat betreft de vitaliteit, kwetsbaarheid, chronische aandoeningen en de behoefte aan preventie, ondersteuning en zorg van deze doelgroep (Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu, 2016). Veel senioren in Nederland zijn prima in staat om regie over hun eigen leven te hebben en behouden daardoor hun zelfstandigheid. Helaas lukt het dat niet bij alle ouderen in Nederland. Deze groep worden 'kwetsbare ouderen' genoemd. Kwetsbaarheid is afhankelijk van vele factoren maar zoals in Afbeelding 6 te zien is, neemt de kwetsbaarheid van het aantal ouderen aanzienlijk toe naarmate zij ouder worden. Ook is in de afbeelding te zien dat er aanzienlijk meer kwetsbare vrouwen dan mannen in Nederland zijn. *"Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)."* (Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu, 2015, p. 3).



Afbeelding 6: Aandeel zelfstandig wonende kwetsbare senioren van 65 jaar en ouder (Van Kampen, 2011, p. 54).

Zoals in Afbeelding 7 te zien is, wordt er onderscheid gemaakt in 4 categorieën van kwetsbaarheid van ouderen:

- Fysieke kwetsbaarheid,
- Cognitieve kwetsbaarheid,
- Sociale kwetsbaarheid,

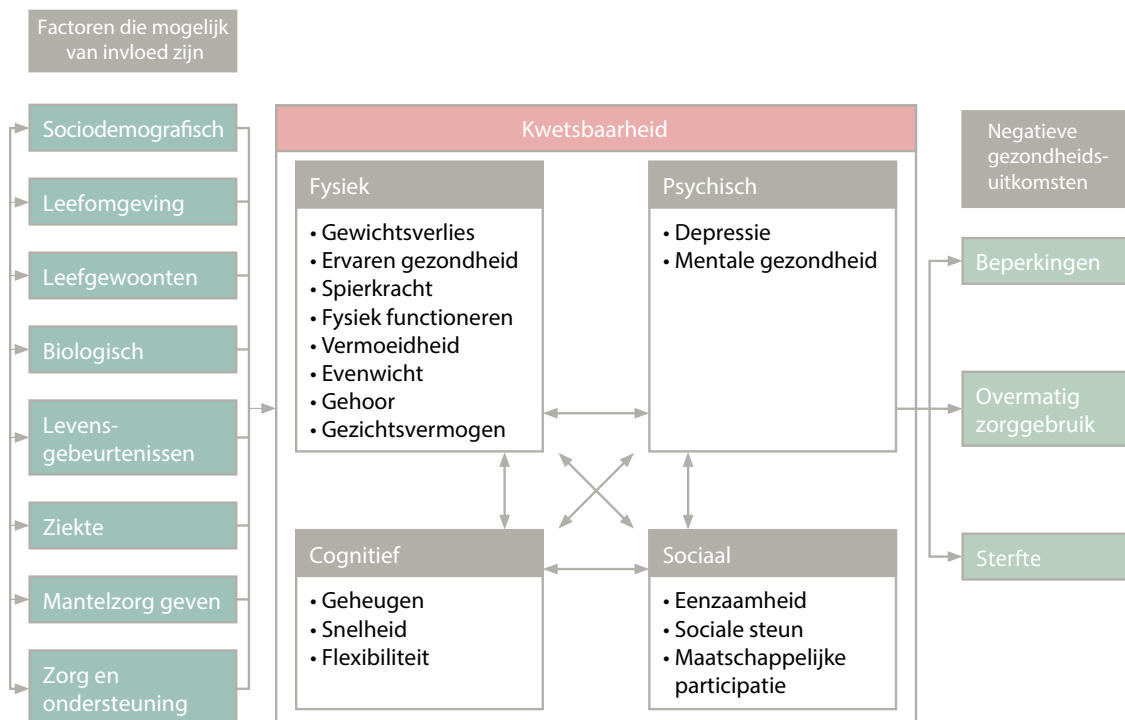
- Psychische kwetsbaarheid.

Eenzijds in het model staan de negatieve gezondheidsuitkomsten die zo lang mogelijk voorkomen of uitgesteld zouden moeten worden. Anderzijds staan de factoren die mogelijk van invloed kunnen zijn op het ontstaan van kwetsbaarheid. Kwetsbaarheidstoestand is niet onomkeerbaar, het is dynamisch waardoor de mate van kwetsbaarheid kan toenemen maar door verbetering van de omstandigheden ook kan afnemen (Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu, 2015). De mate van kwetsbaarheid onder ouderen kan toenemen Doordat:

- Ouderen geen levenspartner (meer) hebben;
- Eén of meerdere chronische ziektes of beperkingen hebben;
- Gebruik van grote hoeveelheid medicijnen door de toenemende kans op interacties en bijwerkingen;
- Ondervoeding;
- Afkomstig uit lagere sociale klasse in de samenleving;
- Geen levensdoel meer te hebben;
- Geen kwalitatieve sociale contacten (Gemeente Krimpen aan den IJssel, 2013).

Het is mogelijk om kwetsbaarheidsfactoren te beperken, zodat senioren zo lang mogelijk 'zelfredzaam' blijven of waardoor de kwetsbaarheidstoestand van senioren weer af neemt. Het beperken van kwetsbaarheidsfactoren kan bevorderd worden door:

1. Goede kwalitatieve contacten om het dagelijks leven mee te delen;
2. Een gezonde levensstijl door gezond te eten, genoeg te bewegen en goede mentale en fysieke hulp bij het omgaan met ziekte en/of beperkingen;
3. Ouderen toegang te geven tot voorzieningen in de buurt en de ouderen over de mogelijkheid hiervan informeren;
4. Ouderen een zinvolle dagbesteding te geven zoals bijvoorbeeld vrijwilligerswerk;
5. Ouderen weer levenslust te laten ervaren;
6. Een effectieve aanpak te ontwikkelen om te voorkomen dat ouderen kwetsbaar worden (Gemeente Krimpen aan den IJssel, 2013).

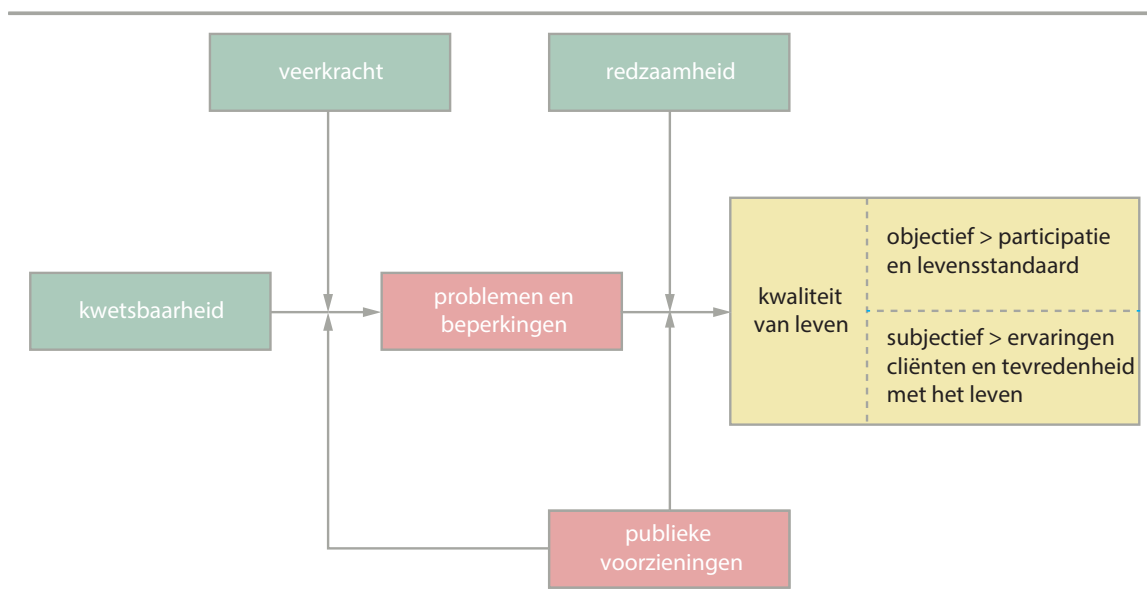


Afbeelding 7: Conceptueel model van kwetsbaarheid (Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu, 2015, p. 3)

“Ouderen denken niet in termen van kwetsbaarheid over zichzelf. Zij gebruiken zelden het woord ‘kwetsbaar’ om hun situatie te beschrijven. Hun aandacht gaat vooral uit naar de kwaliteit van het leven; zij vragen zich bijvoorbeeld af ‘wat is belangrijk’, ‘waar hecht ik aan’ en ‘wat geeft zin aan mijn leven’. De ouderen [...] noemden gezondheid, levenspartner, kinderen en kleinkinderen en andere naasten ‘belangrijk in hun leven’. Verlies van gezondheid en relaties en de angst voor dit verlies zouden hun kwaliteit van leven sterk aantasten.” (Van Kampen, 2011, p. 11).

In Afbeelding 8 is het conceptueel model van de kwaliteit van leven weergegeven. In dit model is de kwetsbaarheid van ouderen als uitgangspunt voor de kwaliteit van leven genomen. ‘Kwaliteit van leven’ van senioren is meerdimensionaal en is te onderscheiden in:

- Objectieve kwaliteit van leven: De feitelijke leefsituatie van mensen;
- Subjectieve kwaliteit van leven: Hun eigen oordeel over hun leefsituatie (Sociaal Cultureel Planbureau, 2018).



Afbeelding 8: Conceptueel model van kwaliteit van leven (Sociaal Cultureel Planbureau, 2018, p. 48).

Uit de afbeelding is op te maken, dat kwetsbaarheid gerelateerd is aan de mate van problemen of beperkingen die senioren hebben. In het geval van senioren worden problemen vooral opgevat als gezondheid of ouderdom gerelateerde problemen. *“Het is belangrijk te weten in hoeverre mensen te maken hebben met problemen of met meerdere problemen tegelijk (probleemcumulatie): hoe meer problemen spelen, hoe kleiner de kans op een goede kwaliteit van leven.”* (Sociaal Cultureel Planbureau, 2018). Ouderen met problemen en beperkingen kunnen mogelijk één of meerdere van de volgende problemen ondervinden:

- Problemen met het algemeen fysiek functioneren waardoor ouderen beperkt worden bij de dagelijkse routine in- en buitenshuis;
- Problemen met het zelfstandig onderhouden van het huishouden en de persoonlijke hygiëne;
- financiële geld zorgen: niet voldoende financiële middelen om rond te kunnen komen;
- Het niet kunnen omgaan met de digitale veranderingen;
- Geen of een gebrek aan sociale contacten met familie, vrienden of kennissen (Sociaal Cultureel Planbureau, 2018).

De mate waarin problemen door gezondheid of beperkingen ontstaan en van invloed zijn op de kwaliteit van leven is ook afhankelijk van de hulp die senioren van andere mensen zoals vrienden, familie of professionals ontvangen. Ook de veerkracht van ouderen is van invloed op de kwaliteit van leven. Veerkracht is een persoonlijke eigenschap van mensen waardoor zij wel of niet in staat zijn op een positieve manier om te gaan met tegenslagen die ontstaan door

problemen of beperkingen. Indien zij niet in staat zijn om met tegenslagen om te gaan, zullen de problemen en beperkingen toenemen (Sociaal Cultureel Planbureau, 2016).

Ook de mate van (zelf)redzaamheid van ouderen heeft invloed op de kwaliteit van leven. *“Zelfredzaamheid in het kader van de Wmo 2015 gaat vooral over het op orde kunnen houden van het huis, het zich kunnen verplaatsen, het kunnen aangaan van sociale contacten en het kunnen structureren van de dag, en over noodzakelijk algemene levensverrichtingen zoals persoonlijke verzorging.”* (Sociaal Cultureel Planbureau, 2018, p. 50). Redzaamheid heeft dus voornamelijk betrekking op het zelf kunnen oplossen en daardoor kunnen omgaan met problemen en beperkingen die ontstaan door ouderdom en gezondheid gerelateerde klachten.

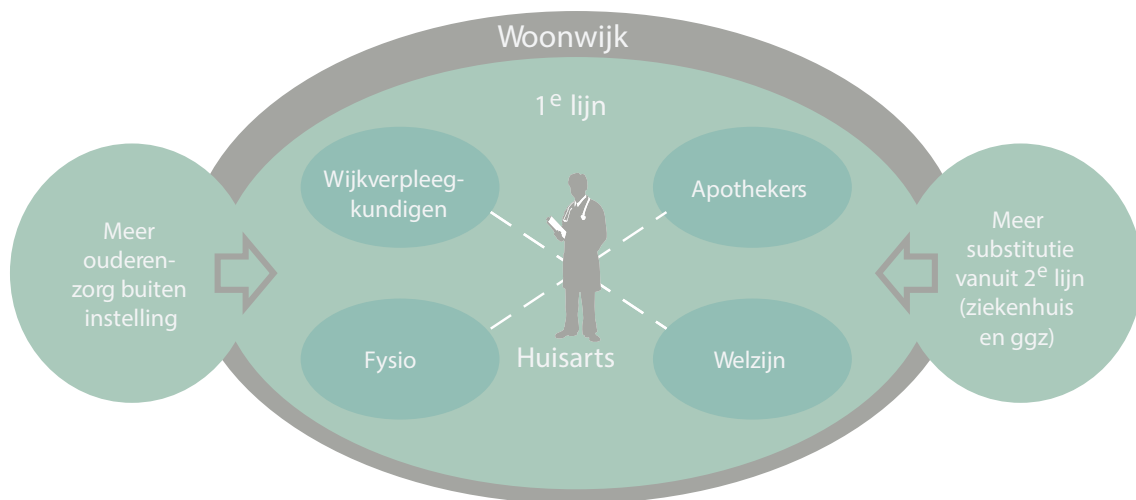
Tot slot zijn ook de (publieke) voorzieningen die door de overheid of gemeenten worden aangeboden van invloed op de mate van kwetsbaarheid, veerkracht, redzaamheid en daarmee dus ook op de kwaliteit van leven van ouderen. Publieke voorzieningen kunnen indien noodzakelijk problemen en beperkingen voorkomen of compenseren. *“Gemeenten hebben de taak een zodanige ondersteuning te organiseren dat ook kwetsbare groepen in staat zijn te participeren.”* (Welzijn en Sport. Minister van Volksgezondheid, 2008, p. 9). Bij voorzieningen kan gedacht worden aan persoonlijke voorzieningen zoals aanpassingen in huis waardoor ouderen weer in staat weer redzamer worden en kunnen participeren in hun eigen leefomgeving. Publieke voorzieningen zijn voorzieningen die voor iedereen toegankelijk zijn zoals ontmoetingsplekken, dagbesteding waar ouderen kunnen samen komen zodat zij weer een doel in hun leven hebben en waar zij elkaar kunnen ontmoeten. Sociale duurzaamheid helpt bij het verbeteren van de kwetsbaarheid van ouderen en daarbij op het verbeteren van de kwaliteit van leven. *“Het is belangrijk dat mensen elkaar ontmoeten. Ontmoetingsruimtes zijn wezenlijk voor sociale duurzaamheid. Zoals het sociaal café er is voor professionals, moeten er voor burgers ook ontmoetingsruimtes komen. Daarvoor moeten we nieuwe, eigentijdse vormen ontwikkelen.”* (van Dam & Bloeming, 2010, p. 7).

Doordat het aantal ouderen in Nederland steeds verder zal stijgen, zullen ook het aantal chronisch zieke, eenzame en kwetsbare ouderen toenemen waardoor ook de behoefte aan preventie, zorg en ondersteuning ook steeds verder zal toenemen. Gemeentes en de overheid zullen met nieuwe inventieve oplossingen moeten komen die zullen bijdragen aan een betere kwaliteit van leven voor onze senioren. Zo zal er een effectieve aanpak ontwikkeld moeten worden om de kwetsbaarheidstoestand van onze ouderen te kunnen monitoren en indien nodig te helpen verbeteren zodat mensen een goede kwaliteit van leven behouden zodat zij zo langmogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en kunnen blijven participeren in onze samenleving.

1.3 Toekomst ontwikkelingen eerstelijnszorg

“De zorg is kapitaalintensief.”(ING, 2012, p. 2). Dat de zorgkosten stijgen en dat dit voornamelijk komt door demografische ontwikkelingen, technologische vooruitgangen en een veranderende zorgvraag is inmiddels wel duidelijk. 80% van de zorgkosten in Nederland worden collectief gefinancierd. Het draagvlak voor deze financiering wordt bepaald door de economische groei, het arbeidsaanbod en de beroepsbevolking in Nederland. Helaas is er de afgelopen jaren weinig tot geen economische groei geweest, stagneert het arbeidsaanbod en door de vergrijzing neemt de beroepsbevolking steeds verder af (ING, 2012). De ING (2012) is van mening dat er in Nederland op het gebied van zorg meer kostenbewustzijn nodig is. Kostenbewustzijn zou de innovatie en ontwikkeling van de zorgsector kunnen stimuleren. *“De zorgmarkt, de gebruiker, wordt volwassen en minder afhankelijk. Ontzorgen, meer regie bij de patiënt, vermaatschappelijking van de zorg, daar komt het in essentie op neer. De zorggebruiker regelt meer en meer zelf, ondersteund door professionals. De zorg beweegt naar voren.”* (ING, 2012, p. 3).

Door de totstandkoming van het Zorgakkoord in 2013 is de focus van het zorgbeleid veel meer op de eerstelijnszorg komen te liggen. *“Via zorgvernieuwing en substitutie vanuit de tweede lijn zal steeds meer zorg door de eerste lijn worden uitgevoerd met de huisarts als regisseur van het zorgproces.”* (Dantuma, 2015, p. 5). Zie Afbeelding 9 voor een schematische weergave. Het doel van deze transitie is om betere kwaliteit van zorg te realiseren en dit tegen lagere zorgkosten te kunnen aanbieden.



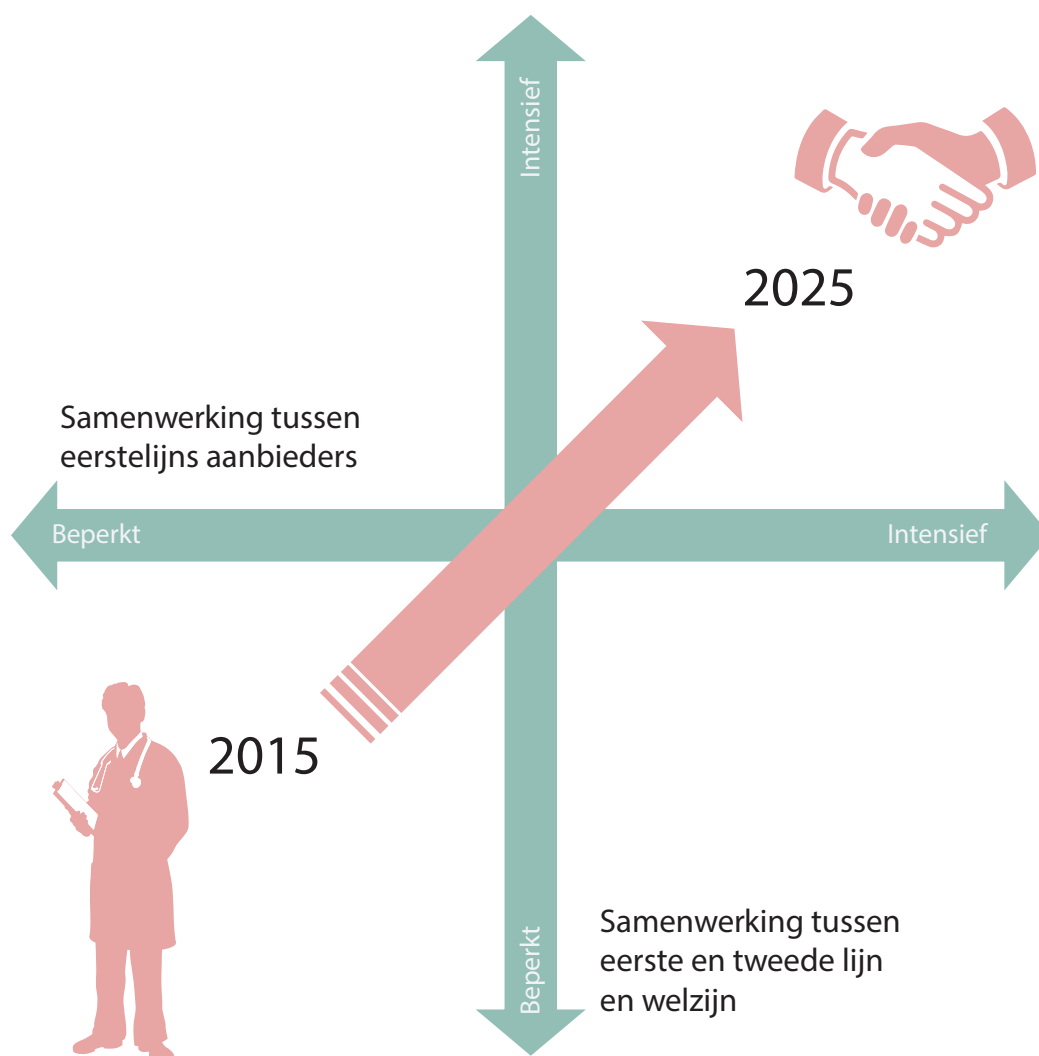
Afbeelding 9: Huisarts spil in substitutie van zorg naar eerste lijn (Dantuma, 2015, p. 11).

Traditionele eerstelijnszorgvoorzieningen, is zorg waar men zelf zonder verwijzing naartoe kan gaan. Dit kan een behandeling zijn door de huisarts, tandarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige. In de traditionele eerstelijnsvoorzieningen is de huisarts onderdeel van de eerstelijns zorgaanbod. Door de verwachte vernieuwingen en de transitie binnen het eerstelijnszorgaanbod, zal de huisarts als spil van de eerstelijnszorg worden gezien, waardoor er een toenemende druk op de huisarts komt te liggen. Verder wordt er van de huisarts verwacht dat zij het welzijnsdomein er als takenpakket bij zullen nemen. Binnen dit takenpakket is de huisarts verantwoordelijk voor het effectief bevorderen van de gezondheid van hun cliënten. Dit moet de huisarts bereiken door:

1. Het verbeteren van de kwaliteit van de zorg;
2. Het vergroten van de gezondheidswinst;
3. Het terugbrengen van de zorgkosten per inwoner (Dantuma, 2015).

“Om de focus van zorgverlening naar gezondheidswinst te kunnen verleggen moet de eerste lijn, de huisartsen voorop, zelf het initiatief nemen. Een cultuurverandering is nodig: van aanbodgericht naar vraaggericht werken en van solistisch werken naar samenwerken.” (Dantuma, 2015, p. 5)

Verder geeft de ING Bank in zijn publicatie ‘Verbeteren door te verbinden’ (2015) weer en zoals in Afbeelding 10 te zien is, dat er in 2025 intensievere samenwerking tussen eerstelijns aanbieders en tweedelijns en welzijn aanbieders verijst is om van de grote voordelen van substitutie, preventie en e-health te kunnen profiteren. De ING Bank is van mening dat de huisarts vanuit zijn centrale positie binnen de eerstelijnszorg behalve met medische specialisten ook moet gaan samenwerken met sociale wijkteams om op die manier in een vroeg stadium signalen als kwetsbaarheid, zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van ouderen op te kunnen vangen.



Afbeelding 10: Conceptueel model van de samenwerking in de eerste lijn en tussen verschillende domeinen nu en in de toekomst (Dantuma, 2015, p. 18)

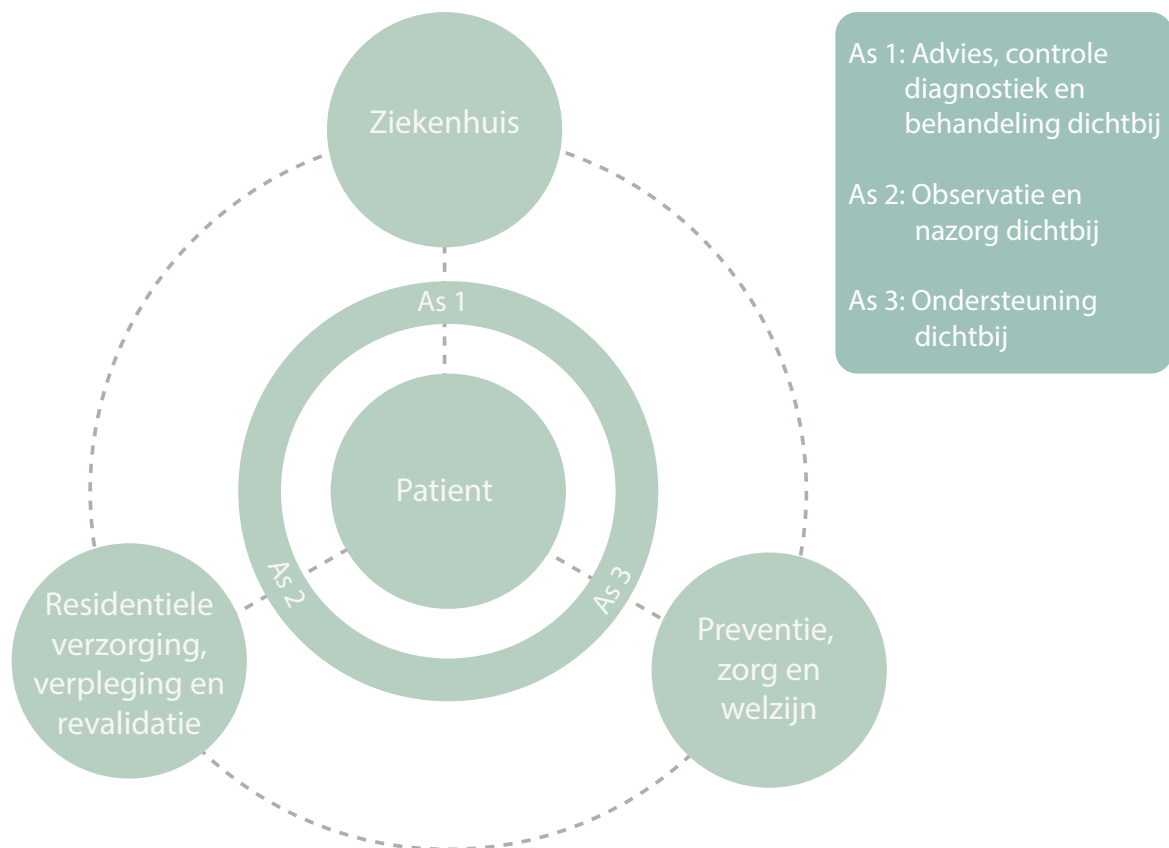
Door vergrijzing, pensionering van een groot aantal huisartsen die in de jaren 50 en begin jaren 60 werden geboren en door toenemende participatie van vrouwen die vaker dan voorheen parttime werken, neemt de behoefte aan huisartsen de komende jaren sterk toe. Daar komt bij dat de huisarts steeds meer functioneert als poortwachter voor toegang tot duurdere specialistische zorg. Volgens de ING (2015) betekent dit dat er vooral ingezet moet gaan worden op wijkgezondheidscentra waar meer huisartsen werkzaam zijn. Deze huisartsen werken anders dan vroeger in toenemende mate met praktijkondersteuners. Het model van het

wijkgezondheidscentrum, met een apotheek en ook andere paramedische functies zoals een fysiotherapeut, wijkverpleging wordt ook door architecten en consultants die zich specialiseren in huisartsenpraktijken gepropagandeerd.

Doordat ziekenhuizen steeds verdere specialistische instellingen worden, is de verwachting dat de gezondheidscentra zich gaan ontwikkelen tot 'anderhalvelijnscentra'. Dat wil zeggen, dat er in een gezondheidscentrum ook zorg aangeboden zal worden die op het grensvlak ligt van complexe op chronische eerstelijnszorg en eenvoudige tweedelijnszorg (Talstra & de Kousemaeker, 2015). Hierbij wordt onder chronische zorg, de behandeling van de chronische ziektes zoals: Astma, COPD, Diabetes, depressies, etc. verstaan. Bij eenvoudige tweedelijnszorg kan gedacht worden aan: oncologische nazorg, palliatieve zorg, kleine chirurgie en dermatologie (Nivel, 2013). "De anderhalvelijnszorg combineert de toegankelijkheid van de eerstelijns met de specifieke kennis en diagnostiek van de tweedelijns." (Talstra & de Kousemaeker, 2015, p. 3). In het 'anderhalvelijnsconcept', wordt de patiënt gezien als middelpunt in een netwerk van verschillende zorgverleners waardoor betere kwaliteit van zorg, lagere kosten en betere gezondheid voor de patiënt gerealiseerd zullen worden. De ontwikkelingen van de anderhalvelijnszorg ontstaan op drie assen:

- As 1: Patiënt → Huisarts → Ziekenhuis
- As 2: Patiënt → Huisarts → Residentiele verzorging, verpleging en revalidatie
- As 3: Patiënt → Huisarts → Preventie, (thuis)zorg, welzijn (halvelijnszorg) (Talstra & de Kousemaeker, 2015).

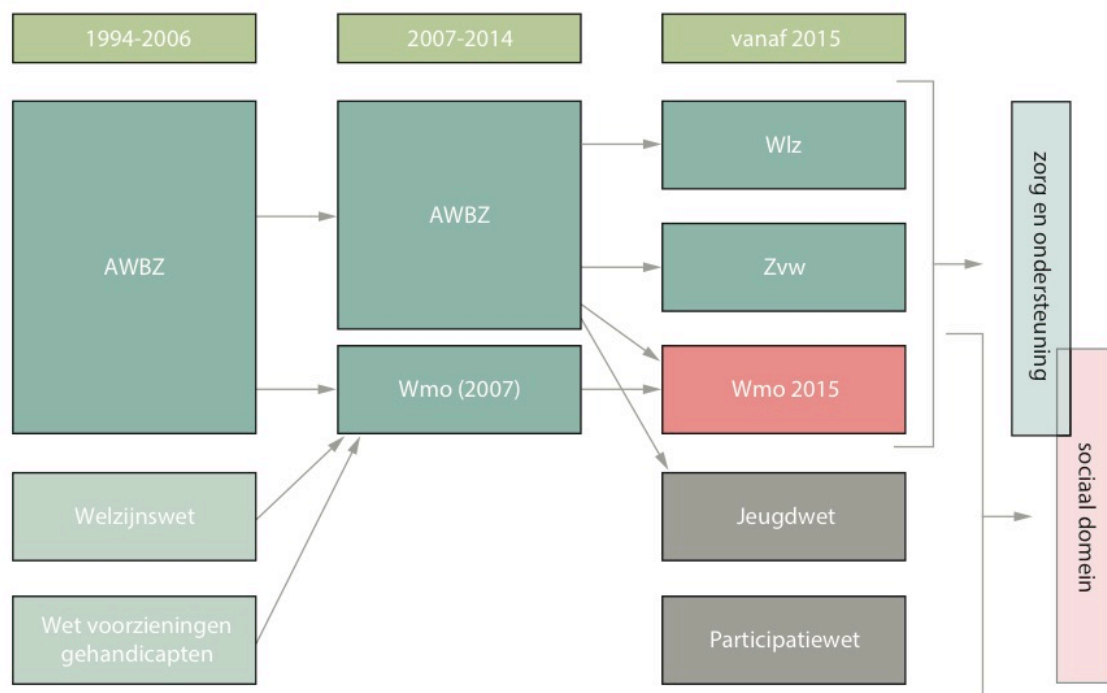
In Afbeelding 11 is het conceptueel model van de drie ontwikkelassen van de (ander)halvelijnszorg weergegeven.



Afbeelding 11: Conceptueel model van de ontwikkelassen van (ander)halvelijnszorg (Talstra & de Kousemaeker, 2015, p. 4)

1.4 De nieuwe zorgwetten

Als gevolg van de verwachting van onaanvaardbare en onbetaalbare hoge zorgkosten, werd op 1 januari 2007 de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ingevoerd. Deze wet verving een deel van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). (Zie Afbeelding 12) Het belangrijkste oogmerk van deze nieuwe wet: *“Samenhangend lokaal beleid om participatie van alle burgers mogelijk te maken en te bevorderen, uitgevoerd dicht bij de burger door een daarvoor goed toegeruste gemeente, (Ross-van Dorp, 2005, p. 2)”*. Op deze manier ontstaat er een nieuwe balans in verantwoordelijkheden tussen de burgers en (lokale) overheid waardoor er een krachtigere sociale structuur van zelforganisatie, maatschappelijke binding en eigen verantwoordelijkheid ontstaat waarbij ‘zelfredzaamheid’ en ‘participatie’ van de burger zelf verwacht wordt (Ross-van Dorp, 2005) (Kromhout, Kornalijslijper, & de Klerk, 2018). Verder is met ingang van 1 januari 2015, in het kader van de hervorming van de langdurige zorg zoals in Afbeelding 12 te zien is, ook de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd ter vervangen van een deel van de AWBZ. *“De nieuwe Zorgverzekeringswet regel de verplichte volksverzekering voor de geneeskundige zorg. De wet wordt uitgebreid met twee nieuwe onderdelen: wijkverpleging en extramurale behandeling van mensen met een zintuigelijke beperking.”(van de Schoot & de Jong, z.d., p. 4)*. Ook de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) op 1 januari 2015 is onderdeel van de hervorming en vervangt ook een deel van de AWBZ. *“De Wet langdurige zorg regelt dat de meest kwetsbare mensen in onze samenleving de zorg krijgen die zij nodig hebben en de aandacht voor hun individuele welzijn.”(van de Schoot & de Jong, z.d., p. 2)*. Door de verantwoordelijkheden van de ‘extramurale AWBZ-zorgtaken’ bij de gemeenten (Wmo) en de zorgverzekeraars (Zvw) neer te leggen, bleef er een ‘kern AWBZ-zorgtaken’ over voor de meest kwetsbare mensen die afhankelijk zijn van langdurige 24-uurszorg. (Kromhout et al., 2018). Bovengenoemde wetten in combinatie met de Jeugdwet (die in dit onderzoek buiten beschouwing zal blijven) vormen sinds 2015 ons nieuwe zorgstelsel en leggen de basis voor de zorg in Nederland (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2016). Door de hervorming van de langdurige zorg, kan de overheid een gewaarborgd en betaalbare zorg blijven bieden aan mensen met een ernstige, zeer langdurige zorgvraag en kan iedereen volwaardig aan de samenleving blijven deelnemen. (Ross-van Dorp, 2005).



Afbeelding 12: Vereenvoudigde weergave van oude en nieuwe wettelijke kaders rondom de nieuwe zorgwetten (Kromhout et al., 2018, p. 80)

1. Zorgverzekeringswet (Zvw):

Op 1 januari 2006 werd de nieuwe zorgverzekeringswet voor het eerst geïntroduceerd, dit was een voorloper van de huidige in 2015 geïntroduceerde zorgverzekeringswet. Met de invoering van deze nieuwe wet kwam de oude ziekenfondswet die een sociale volksverzekering mogelijk maakte te vervallen. In de oude ziekenfondswet werd iedere Nederlandse burgers onder een bepaalde inkomensgrens verplicht verzekerd door het door de overheid gereguleerde en gefinancierde ziekenfonds. Inkomens boven de komstengrens werden particulier verzekeren bij een zorgverzekeraar. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014) was van mening dat *“Met de vergrijzing van de bevolking, de snelle medisch-technologische ontwikkelingen en de uitbreiding van het aantal diagnose en behandelingsmethoden zal de behoefte aan geneeskundige zorg de komende decennia verder toenemen. Om alle ingezetenen noodzakelijke, betaalbare zorg te kunnen blijven bieden is een optimaal presterend gezondheidszorgsysteem, waarin alle betrokkenen gestimuleerd worden tot een gepast gebruik van medische voorzieningen, onontbeerlijk.”*. Het idee achter de nieuwe zorgverzekeringswet was dat door de zorg te privatiseren er een systeem van private en beconcurrerende zorgverzekeraars en zorgaanbieders zou ontstaan. *“De regering streeft daarmee naar een stelsel van gereguleerde marktwerking, waarin de overheid steeds meer zal optreden als kadersteller en toezichthouder. Binnen de door de wetgever geformuleerde kaders krijgen de betrokken actoren meer keuzemogelijkheden, beleids- en beslissingsruimte én meer concurrentieprikkels. Er treedt aldus een verschuiving op van directe regulering van het zorgaanbod door de centrale overheid naar regulering van markten waarop verzekerden/ zorgvragers, zorgverzekeraars en aanbieders van zorg elkaar ontmoeten.”* (De Minister van Volksgezondheid, 2014). De marktwerking in de zorg zoals in Afbeelding 13 weergegeven, zou ervoor moeten zorgen dat door de onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders er betere kwaliteit en goedkopere zorg geleverd zou worden. De zorgvragers oefenen ook invloed uit op dit proces omdat zij elk jaar in gelegenheid zijn om naar een andere zorgverzekeraar over te stappen die weer op zijn beurt contracten heeft met de betere zorgaanbieders.



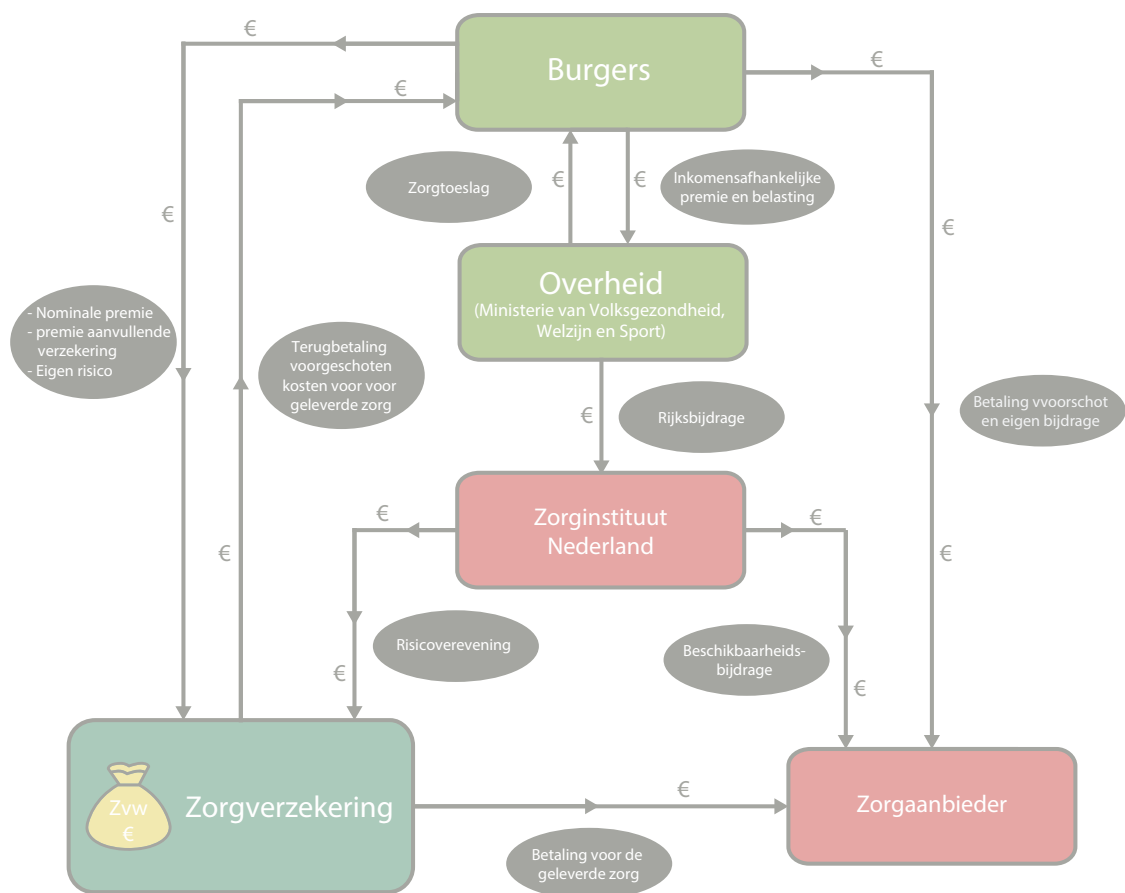
Afbeelding 13: Marktwerking in de zorg (eigen ill)

Elke burger die in Nederland woont of werkt heeft volgens de Zvw recht op zorg uit het basispakket. *“Het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit: rijk en arm, jong en oud, gezond en ziek hebben allemaal recht op dezelfde, betaalbare zorg uit het basispakket. Iedereen betaald daar aan mee via premies en belastingen”*(Zorginstituut Nederland, 2019). Binnen het systeem van de Zvw zijn verschillende private zorgverzekeringen verantwoordelijk voor de

uitvoering van de wet. Doordat de overheid publieke voorwaarde, beperkingen en eigen invullingen oplegt, is er sprake van een gereguleerde marktwerking:

- Verplichte zorgverzekering,
- Vrije keuze aanbieder,
- Zorgverzekeraar mag niemand weigeren,
- Basispremie voor iedereen gelijk,
- Zorgplicht voor alle verzekerde,
- Wettelijk bepaald basispakket.

De overheid heeft verder geen inspraak over de uitvoering van de wet. Door de vele verschillende zorgverzekeringen en zorgaanbieders ontstaat er vrijheid voor de verschillende partijen om te concurreren. De marktwerking zorgt er voor dat de kwaliteit van de zorg gewaarborgd is (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2016). Hoe de financiering en geldstromen tot stand komen binnen de Zorgverzekeringswet is af te lezen in Afbeelding 14.



Afbeelding 14: Schematische weergave van de geldstromen binnen de Zorgverzekeringswet (Fransman, Kraaijeveld, Zonderland, & Lomans, 2018)

2. Wet langdurige zorg (Wlz):

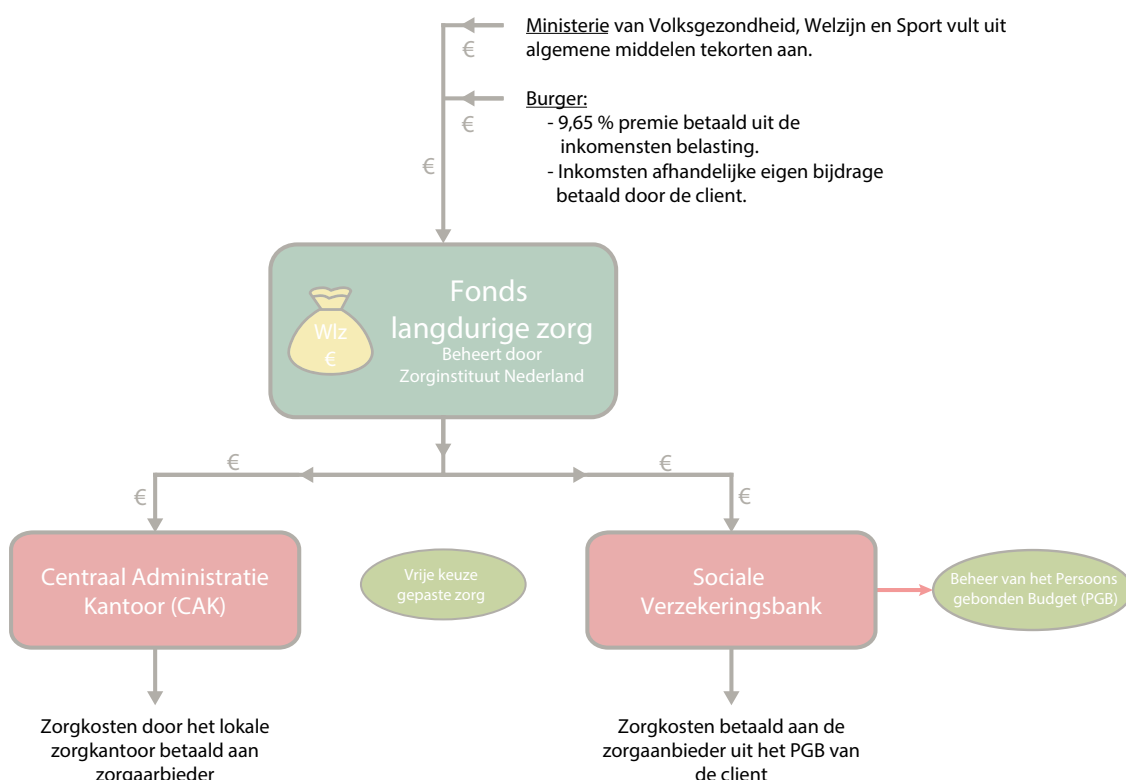
De Wlz is een sociale zorgvoorziening voor de meest kwetsbare mensen die langdurige 24-uurszorg nodig hebben zoals:

- Ouderen met vergevorderde dementie,
- Verstandelijk beperkte mensen,
- Lichamelijk beperkte mensen,
- Mensen met langdurige psychische aandoeningen (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2016).

De cliënt, familie of een onafhankelijke zorgondersteuner kan er voor kiezen of de cliënt de zorg thuis of in een zorginstelling krijgt (de Klerk, Verbeek-Oudijk, Plaisier, & den Draak, 2019). Deze zorg kan bestaan uit:

- Verblijf in een instelling,
- Persoonlijke verzorging,
- Begeleiding die zelfredzaamheid vergroot,
- Verpleging,
- Behandeling die helpt bij herstel of verbetering van de aandoening,
- Vervoer van en naar de Dagbesteding of dagbehandeling (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2016).

Hoe de financiering en geldstromen tot stand komen binnen de Wet langdurige zorg is af te lezen in Afbeelding 15.



Afbeelding 15: Schematische weergave van de geldstromen binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) eigen ill. gebaseerd op (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2016).

3. Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo):

Ongeveer 400 Nederlandse gemeente in Nederland hebben van de overheid de opdracht gekregen om vanuit de Wmo mensen met een beperking zoals ouderen en/of gehandicapten te ondersteunen zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen zoals:

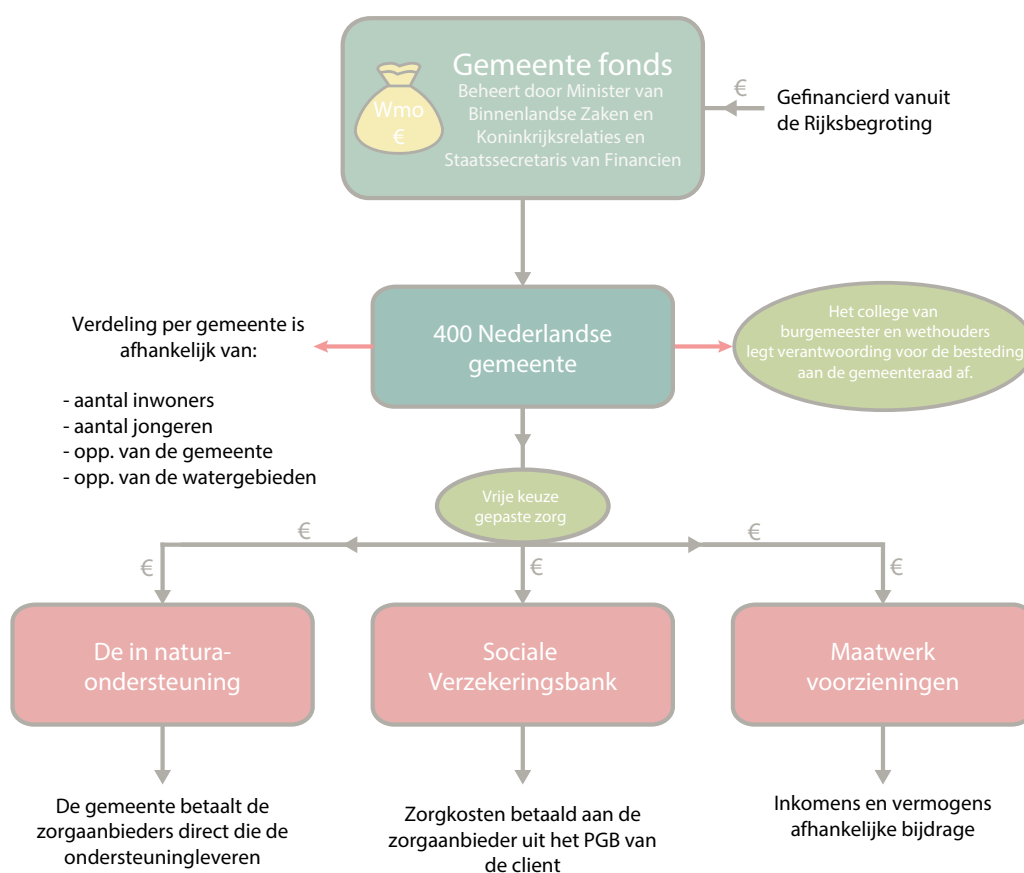
- Mensen met een lichamelijke beperking,
- Mensen met een verstandelijke beperking,
- Mensen met een psychische beperking (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2016).

De ondersteuning door de gemeente vanuit de Wmo is erop gericht dat mensen die problemen hebben om zelfstandig te kunnen functioneren in de samenleving doordat zij niet zelfredzaam zijn of behoefte hebben aan een beschermde woonomgeving of opvang weer mee kunnen doen in de maatschappij. De Wmo is geen kant en klaar zorgarrangement maar is gebaseerd op individueel maatwerk. Het is aan de gemeente om in samenspraak met de cliënt een passende

maatschappelijke ondersteuning te vinden en aan te bieden die bij de wensen van de cliënt horen. Het begrip ‘maatschappelijke ondersteuning’ wordt in het Artikel 1.1.1. ("Wet maatschappelijke ondersteuning 2015," 9 juli 2014) van het burgerlijk wetboek beschreven als:

- *Bevorderen van de sociale samenhang, de mantelzorg en vrijwilligerswerk, de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking, de veiligheid en leefbaarheid in de gemeente, alsmede voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld,*
- *Ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving,*
- *Bieden van beschermd wonen en opvang;*

Hoe de financiering en geldstromen tot stand komen binnen de Wet langdurige zorg is af te lezen in Afbeelding 16.



Afbeelding 16: Schematische weergave van de geldstromen binnen de Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo) eigen ill. Gebaseerd op (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2016).

Beschikbare zorg en ondersteuning voor ouderen

“De ouderenzorg’ bestaat niet. We kennen in Nederland namelijk geen zorg waarvan alleen ouderen gebruik kunnen maken.” (de Klerk et al., 2019, p. 29). In Afbeelding 17 is een overzicht te zien wat voor vormen van zorg en ondersteuning er beschikbaar zijn voor senioren en onder welke zorgwet deze vallen.



Afbeelding 17: Schematische weergave van de beschikbare vormen van zorg en ondersteuning voor senioren (de Klerk et al., 2019, p. 30)

De gevolgen van de nieuwe zorgwetten

Helaas leidt de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning ook tot veel discussie. De overheid is van mening dat samenwerkingsverbanden tussen woningcorporaties, zorginstellingen en welzijnsaanbieders die verbonden zijn door de maatschappelijke thema's van wonen, zorg en welzijn moeten worden gekoesterd en gestimuleerd. Met het idee dat ouderen steeds langer zelfstandig thuis willen blijven wonen en de hervorming van de langdurige zorg zou deze samenwerking het einddoel van meer en langer zelfredzaamheid door ouderen dichterbij brengen. De raad voor de leefomgeving en infrastructuur is van mening dat vorming van bovengenoemde samenwerkingsverbanden niet haalbaar zijn door een tekort aan beleidsruimte. Organisaties leggen momenteel de focus om op korte termijn te overleven, het uitsluiten van risico's en afstoten van verantwoordelijkheden (Meijdam & Hillebrand, 2014). Dit is ook duidelijk het geval bij Zorggroep-Almere de zorginstelling die grotendeels verantwoordelijk is voor de zorgvoorzieningen in Almere waar verder in dit onderzoek op in gegaan zal worden.

2. Onderzoeksmethode

Om de onderzoeksvraag en de deelvragen te kunnen beantwoorden, zullen er tijdens het onderzoek verschillende onderzoeksmethodes gebruikt worden. Allereerst is gebruik gemaakt van een literatuurstudie om het theoretische kader uit de voorafgaande hoofdstukken te ontwikkelen. In dit theoretische kader worden bestaande theorieën en ideeën met betrekking tot het probleem in kaart gebracht om op die manier een afbakening van het onderzoek tot stand te brengen. In de literatuurstudie onderzoek gedaan naar de gevolgen van het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen, de nieuwe Nederlandse zorgwetgevingen en de toekomst ontwikkelingen van de eerstelijnszorg in Nederland.

Verder zal er in dit onderzoek ook nog een casestudies gedaan worden die zal bestaan uit een archiefonderzoek naar de visie op het ontstaan van de gezondheidscentra in Almere Haven. Verder is in het archiefonderzoek ook op *beleidsmatig* niveau gekeken naar de totstandkoming van de gezondheidscentra in Almere Haven en naar het functioneren van de verschillende gezondheidscentra in Almere Haven. Er is een analyse gemaakt worden van de recente herbezinning van de gezondheidscentra in Almere Haven waarbij gekeken is naar de oude en de nieuwe en/of toekomstige situatie. Ook is onderzocht de mate van betrokkenheid van de Gemeente Almere bij de herbezinning van de gezondheidszorg in Almere onderzocht. Ter vergelijking is op basis van documenten een tweede casestudie gemaakt over het Community Health Centre 'Bromley by Bow' in Londen om na te gaan waarom een sociale wijkgezondheidshub in Londen wel mogelijk bleek.

Verder hebben er interviews plaats gevonden met:

- **Gebruiker:** Een zorgmedewerker die is al meer dan 25 jaar werkzaam als verpleegkundige bij Zorggroep-Almere en heeft de veranderingen in de zorg van dichtbij meegemaakt;
- **Gebruiker:** Twee 65+ bewoners uit de wijk de Grienden in Almere Haven ;
- **Beleidsmaker:** Een beleidsmanager van een Amsterdams Gezondheidscentrum. Er is voor een Amsterdamse bestuurder gekozen omdat Zorggroep Almere een ingewikkeld beleid heeft omtrent onderzoek en publicaties. Medewerkers zijn niet zomaar gemachtigd om over inhoudelijke bestuurlijke zaken openbaar met derden over te communiceren. Bovendien is de beleidsstructuur van Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra vergelijkbaar met de beleidsstructuur van Zorggroep Almere. Het enige grote verschil tussen Almere en Amsterdam is de krapte op de vastgoedmarkt in Amsterdam en de hoge vierkantenmeter prijzen in Amsterdam en dit is veel minder van invloed op bepaalde beleidskeuzes in Almere.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de casestudie over de gezondheidscentra in Almere Haven behandeld worden. Deze casestudie is grotendeels gebaseerd op archiefonderzoek. Ter vergelijking zal een tweede casestudie over het Community Health Centre 'Bromley by Bow' in Londen behandeld worden. Verder zal aan de hand van verschillende interviews de beleidsvisies omtrent de centralisatie van gezondheidscentra verder toegelicht worden. Tot slot zal in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk de beleidsparadox van het langer zelfstandig thuis wonen van senioren in kaart gebracht worden.

3.1 Project Gezondheidszorg Almere

Op 23 januari 1983 werd het Project Gezondheidszorg Almere gestart. *“De hoofddoelstelling van het project is het in Almere tot stand brengen en in stand houden van een in bestuurlijk, structureel en functioneel opzicht samenhangend geheel van voorzieningen, dat de bevolking een op haar behoeften afgestemde gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening biedt van optimale kwaliteit tegen acceptabele kosten.”* (ten Hoopen & Nutma, 1990, p. 1). Het project kwam landelijk onder grote aandacht te staan omdat de hele organisatie van de zorg in Almere als een experiment werd opgezet waarin andere structuren en vormen van zorg werden onderzocht. Almere werd gebruikt voor deze proef omdat deze nieuwe stad beschikte over een nul situatie van voorzieningen. Op deze manier kon er een nieuw zorgstelsel worden opgebouwd zonder dat er eerst een traditionele organisatie opgeheven moest worden (ten Hoopen & Nutma, 1990).

“In de nieuwe stad Almere kon een stelsel van gezondheidsvoorzieningen worden opgebouwd, dat fundamenteel afwijkt van de rest van Nederland: een sterke, goede samenhangende eerste lijn met alle hulpverleners werkend vanuit gezondheidscentra en in loondienst van één organisatie tegenover een krap gepland ziekenhuis. Met deze opzet werd een verschuiving van tweede naar eerste lijn beoogd alsmede hogere kwaliteit van zorg en/of lagere kosten.” (H. Sixman, de Bakker, & van der Bent, 1993, p. 5)

De structuur van het stelsel van gezondheidsvoorzieningen werd als volgt bedacht:

- De planning zou onder gemeentelijke regie moeten vallen (bestuurlijke samenhang),
- Eén financiële kader voor de hele Almeerse gezondheidszorg (financiële samenhang)
- en het tot stand brengen van beheersorganisaties per zorgsector (structurele en inhoudelijke samenhang).

Deze opzet zou goede samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg bevorderen, en onnodig gebruik van de tweedelijnsvoorzieningen zouden worden voorkomen. (H. Sixman et al., 1993).

Analyse Zorggroep Almere

Stichting Zorggroep Almere is in samenspraak met de zorgverzekeringen primair verantwoordelijk voor de huisartsenzorg en de verstrekking van medicijnen binnen de Gemeente Almere (Burgemeester en Wethouders van Almere, 2018). De Gemeente Almere telt maar liefst 162.000 inwoners waarvan 80% van de inwoners dus 129.600 inwoners ingeschreven staan bij een huisarts van de Zorggroep Almere (Zorggroep Almere, 2019). De overige 20% van de inwoners is bij zelfstandige huisartsen elders in de stad ondergebracht.



Afbeelding 18: Logo Zorggroep Almere

Uitgangssituatie (bestuurlijke) situatie eerstelijns gezondheidszorg van Almere

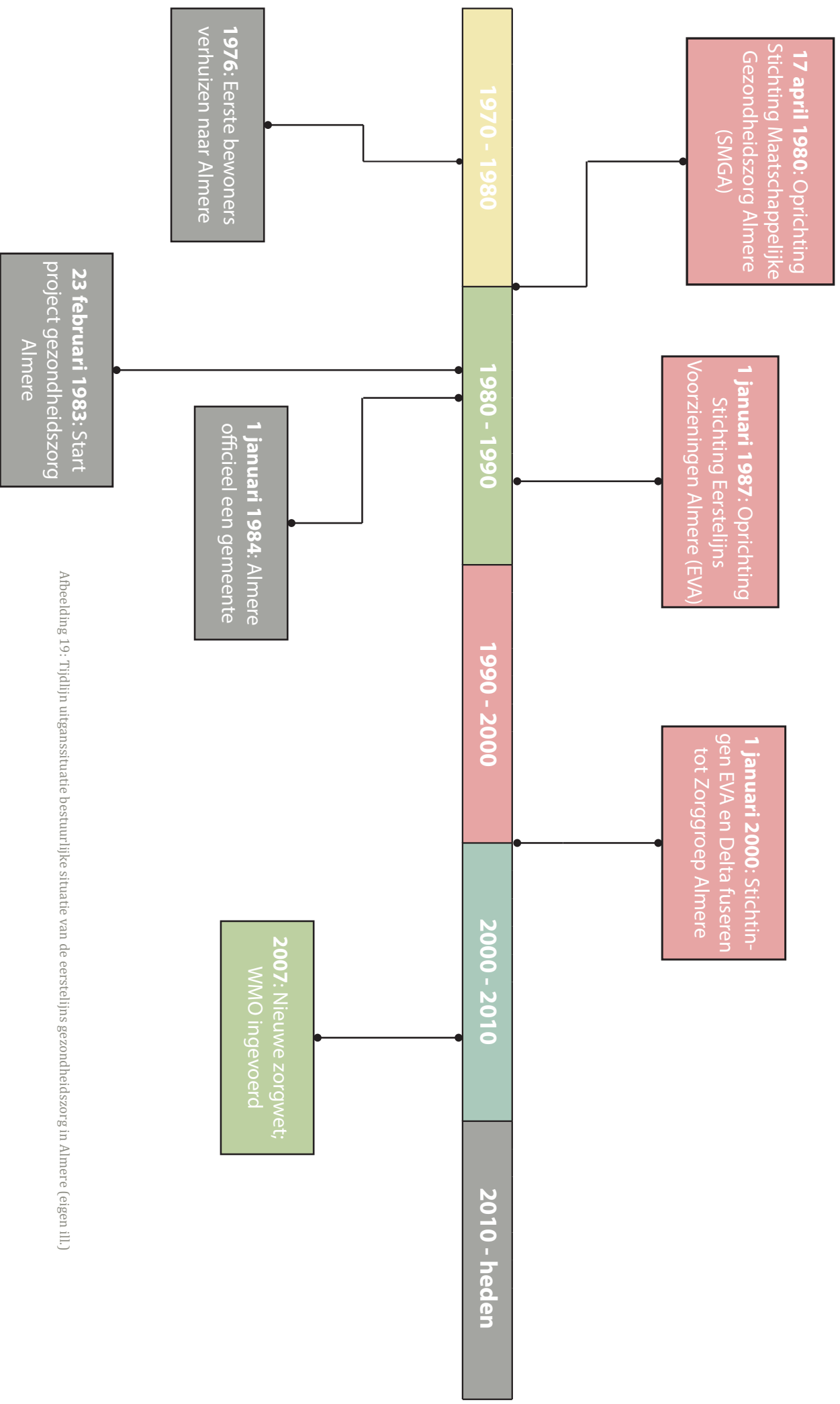
- Tot **1 januari 1986** is Almere is nog niet provinciaal ingedeeld waardoor een provinciale raad van de volksgezondheid ontbreekt waardoor het openbaar lichaam Z.Y.P. als lokaal bestuur op trad. Echter heeft het openbaar lichaam Z.Y.P. weinig bevoegdheden op het gebied van planning van de gezondheidszorg.
- In **1976** verhuizen de eerste bewoners naar Almere.
 - Een klein zorgkantoor in Almere van 'District Gezondheids Dienst' (DGD) uit Lelystad was verantwoordelijk voor de (huisartsen)zorg in Almere.
 - Ziekenhuiszorg was alleen beschikbaar in omliggende gemeentes.
 - Op **6 maart 1991** werd het Flevoziekenhuis in Almere operationeel.
- Op initiatief van het lokale bestuur, werd op **17 april 1980** de 'Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere' (SMGA) opgericht met als doel het ontwikkelen en stimuleren van een kwantitatief en kwalitatief goede eerstelijns gezondheidszorg in Almere, die zoveel mogelijk de behoefte en de vraag van de gebruikers zou beantwoorden.
 - In **de jaren '81 en '82** vond ambtelijk en bestuurlijk overleg plaats tussen de gemeente en het Ministerie over de opbouw van de gezondheidszorg in Almere. **Begin 1982** hebben de toenmalige Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de Landdrost van het Openbaar Lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders besloten dat de gezondheidszorg in Almere een experimentele opzet zou krijgen.
 - In **maart 1981** werd door de adviesraad (voorloper gemeenteraad) het 'S1 Projekt' voor een onderzoek naar de organisatorische vormgeving van de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere opgericht.
 - **Op 20 Januari 1983** kwamen de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Landdrost, in overeenstemming met de Adviesraad Almere tot een akkoord en werd de stuurgroep 'Project Gezondheidszorg Almere' opgericht. Deze groep heeft de leiding over alle activiteiten binnen de gezondheidszorg van Almere. Deze stuurgroep fungeert als voorloper van een toekomstige gemeentelijke adviescommissie. Met als doel 'het in bestuurlijk, structureel, en functioneel opzicht tot stand brengen en in stand houden van een samenhangende gezondheidszorg tegen acceptabele kosten.'
 - De stuurgroep werd aangewezen als adviescommissie voor het gemeentebestuur en de staatssecretaris van WVC. Later trad de stuurgroep ook op als adviescommissie voor het ministerie van BiZa in haar hoedanigheid van provinciaal bestuur voor de in Almere te plannen voorzieningen. De vaststelling van het plan is opgedragen aan respectievelijk de lokale overheid, het ministerie van BiZa en het ministerie van WVC, ieder voor hun deel.
 - De stuurgroep is opgebouwd uit subgroepen (eerstelijnsgezondheidszorg, tweedelijnsgezondheidszorg, basisgezondheidszorg, financiering, evaluatie) en een projectteam. In deze projectorganisatie zijn naast de voorzieningen en beroepsbeoefenaren uit Almere ook diverse bij planning en financiering betrokken lokale, provinciale en landelijke instanties betrokken: WVC, Gemeente Almere, BiZa, Lokale Ziekenfonds, het Ziekenfondsraad, VNZ, KLOZ, en COTG.
 - **Medio 1984** is de planning van de intramurale sector geregeld via de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV). Almere valt onder gezondheidsregio 't Gooi/Flevoland (regio 10). Omdat Flevoland nog niet officieel een provincie is, draagt de minister van binnenlandse zaken (BiZa) de provinciale verantwoordelijkheden.
- Sinds **1 januari 1984** is Almere officieel een gemeente en heeft Almere daardoor een lokaal bestuur.
- Op **1 januari 1987** zijn de SMGA met de Almeerse delen van de Provinciale Kruisvereniging en de Provinciale Stichting voor Maatschappelijke Dienstverlening samen gegaan als 'Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere' (EVA).
 - Omdat het 'Almeerse Gezondheidszorg experiment' niet voldeed aan een onderdeel van de WVG werd een bevoegdheid gegeven voor een afwijkende uitvoering daarvan ten aanzien van het vestigingsbeleid in die wet. De toenmalige Staatssecretaris van Welzijn,

Volksgezondheid en Cultuur aan het Ziekenfonds Het Gooi en Omstreken heeft op **4 november 1988** een experimentele status toegekend en een ontheffing verleend.

- In **1992** telt Almere inmiddels 13 gezondheidscentra.
 - In **1993** werd het experiment 'Almeerse Gezondheidszorg' opgeheven. Met als gevolg dat de Almeerse gezondheidsorganisatie en de stuurgroep de lijdende rol overnam van de gezondheidszorg in Almere en niet de Gemeente Almere.
- Op **1 januari 2000** zijn de Stichting EVA en Stichting Delta samen verder gegaan als 'Zorggroep Almere'.
- Op **1 januari 2006** verving de nieuwe 'Zorgverzekeringswet' het 'Ziekenfonds'. Elke volwassene Nederlander werd verplicht om een zorgverzekering af te sluiten. De basisverzekering werd verplicht gesteld en ook de 'zorgtoeslag' werd op datzelfde moment ingevoerd.
 - Op **1 januari 2007** werd de 'Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten' (AWBZ) vervangen door de nieuwe 'Wet maatschappelijke ondersteuning' (Wmo).

De primaire verantwoordelijkheid van de Zorggroep Almere is na het invoeren van de nieuwe zorgwet Wmo een duurzame (huisartsen)zorg bieden en het verstrekken van medicijnen. Zorggroep Almere legt hierover verantwoording af aan de zorgverzekeraar. Zorggroep Almere legt per regio verantwoording af aan de gemeentelijke gebiedsmanager. Deze taken behoren dus niet primair tot de gemeentelijke verantwoordelijkheid.

Bovenstaande analyse en de daaruit afgeleide tijdlijn in Afbeelding 19 is gebaseerd op de volgende bronnen: (H. Sixman, van de Voort, & e.a., 1985), (H. J. M. Sixman, 1997), (Dekker, 1985), (Rijksdienst voor de ijsselmeerpolders & Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere, 1975), (Stichting Kruiswerk Flevoland, 1980), (Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere, 1980a), (ten Hoopen & Nutma, 1990), (Nederlanden, 1988, pp. 31-54), (Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere, 1980d), (projectbureau reorganisatie Almere, 1993), (Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA), 1990), (Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere, 1980b).



Abbeelding 19: Tijdlijn uitgangssituatie bestuurlijke situatie van de eerstelijns gezondheidszorg in Almere (eigen ill.)

Gezondheidscentra Almere Haven

In Almere vinden op dit moment allerlei herbezinningen plaats over de manier waarop gezondheidscentra in de stad functioneren. Op 27 augustus 2015 kondigde Omroep Flevoland de sluiting van gezondheidscentra Oost en West aan. De 3 gezondheidscentra in Almere Haven zouden worden samengevoegd tot 1 groot gezondheidscentrum De Haak omdat Zorggroep-Almere de Exploitatie van de 3 afzonderlijke gezondheidscentra niet meer rond zou krijgen (OmroepFlevoland, 2015). Inmiddels heeft de Raad van Bestuur van Zorggroep-Almere de bewoners van de wijken “De Meenten” en “De Grienden” na bezwaren toegezegd dat Gezondheidscentra Oost en West niet zullen verdwijnen voor ouderen en mindervalide inwoners (Onderwater, 2016). Wat de precieze invulling van de desbetreffende gezondheidscentra zullen worden als het vernieuwde gezondheidscentrum “De Haak” zijn deuren opent is nog niet bekend. Almere kent sinds het ontstaan van de stad verschillende wijkgezondheidscentra waarvan nu blijkt dat er allerlei wijkgezondheidscentra gaan sluiten en/of worden samengevoegd. De ideeën voor een nieuw prototype gezondheidscentrum gaan uit van de mogelijkheid om het wijkgezondheidscentrum als sociale hub, dus als wijkontmoetingsplek te laten functioneren. Dit lijkt haaks te staan op de in Almere gesignaleerde ontwikkeling. Deze ontwikkeling lijkt ook haaks te staan op de visie die de Rijksdienst voor de IJsselmeerpolder had bij de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere-Haven.

Analyse gezondheidscentra Almere Haven:

In 1974 heeft de Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders (van Willigen-Nawijn, 1974) een Programma van Eisen opgesteld voor de ontwikkeling van voorzieningen op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere Haven. Uit het Programma van Eisen kwamen de volgende punten naar voren:

- Het gezondheidscentrum wordt **beheerd door de gemeente**. De verschillende ruimtes binnen het gezondheidscentrum worden verhuurd aan betrokkenen.
- **Capaciteit** van de gezondheidscentra in Almere Haven is **20.000 inwoners**.

Aan de hand van het PvE heeft de Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders (1975) een ‘opzet gezondheidszorg in Almere-Haven’ gepubliceerd waarin voor Almere-Haven een opzet van vijf modellen voor de gezondheidszorg beschreven staan. De belangrijkste overwegingen en voorstellen die in acht zijn genomen:

- Maximaal ca. 2.000 meter afstand tussen het gezondheidscentrum en het woongebied.
- Geringere loopafstand voor senioren gewenst van maximaal 500 meter.

Model A zie Afbeelding 21:

- 1 gezondheidscentrum
- Op diverse locaties in Almere-Haven een onvermijdelijke grote hemelsbrede afstand tot dit gezondheidscentrum van meer dan 1500 meter bedraagt.
- De conclusie die bij dit model naar voren komt, is dat voor de integratie van bejaarden deze opzet minder aantrekkelijk is. Inwoners die in Almere-Haven wonen en daar bejaard worden zullen sneller in een situatie terecht komen waarin zij gedwongen worden om te verhuizing naar een woning dicht bij het gezondheidscentrum.

Model B zie Afbeelding 22:

- 2 gezondheidscentra.
- Door de gestrekte vorm van Almere-Haven is het niet mogelijk om 2 centraal gelegen locaties te vinden.
- 1 locatie in het centrum-gebied en 1 locatie in het noordoostelijke deel van Almere-Haven.
- De maximale hemelsbrede afstand tot 1 van deze 2 gezondheidscentrum bedragen voor de inwoners van Almere-haven tussen de 1000 en 1500 meter.

Model C zie Afbeelding 23:

- 3 gezondheidscentra.
- Vrijwel alle inwoners van Almere-Haven wonen binnen 800 meter hemelsbreedte van het een gezondheidscentrum. (loopafstand 1000 tot 1100 meter)
- 1 locatie in het centrum-gebied, 1 locatie in het noordelijke deel van Almere-Haven en 1 locatie in het oostelijke deel van Almere-Haven.

Model D zie Afbeelding 24:

- 4 gezondheidscentra.
- De maximale hemelsbrede afstand tot 1 van deze 4 gezondheidscentrum bedragen voor alle inwoners van Almere-haven tussen de 600 en 800 meter.

Model E zie Afbeelding 25:

- 7 gezondheidscentra.
- Overgrote deel van de inwoners van Almere-Haven woont binnen een hemelsbrede straal van 500-550 meter van een gezondheidscentrum.

Uitkomst analyse gezondheidscentra Almere Haven:

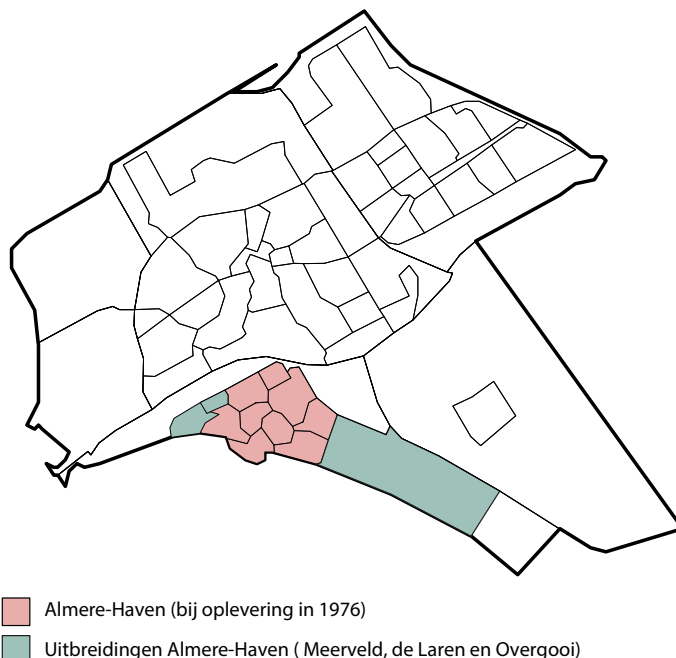
Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere (1978) heeft als uitgangspunt voor de eerstelijnsgezondheidszorg gekozen voor **3 gezondheidscentra**. Binnen Almere-Haven is een redelijke spreiding van de gezondheidscentra en zijn de verzorgingsgebieden evenwijdig en samenhangend verdeeld. Door de gestrekte vorm van Almere-Haven is een evenwichtige spreiding van de locaties van de gezondheidscentra niet mogelijk. Voor deze uitwerking is uitgegaan van een totale toekomstige bevolkingsaantal van 20.000 inwoners in Almere-Haven (gebaseerd op het aantal geplande woningen x een gemiddelde woningbezetting van 2,6 mensen.). De gezondheidscentra zijn als volgt verdeeld:

- Gezondheidscentrum “De Haak” → Verzorgingsgebied: “Centrum”, “De Werven” en “De Hoven”.
- Gezondheidscentrum “Oost” → Verzorgingsgebied: “De Grienden” en “De Meenten”
- Gezondheidscentrum “West” → Verzorgingsgebied: “De Gouwen” en “De Wierden”

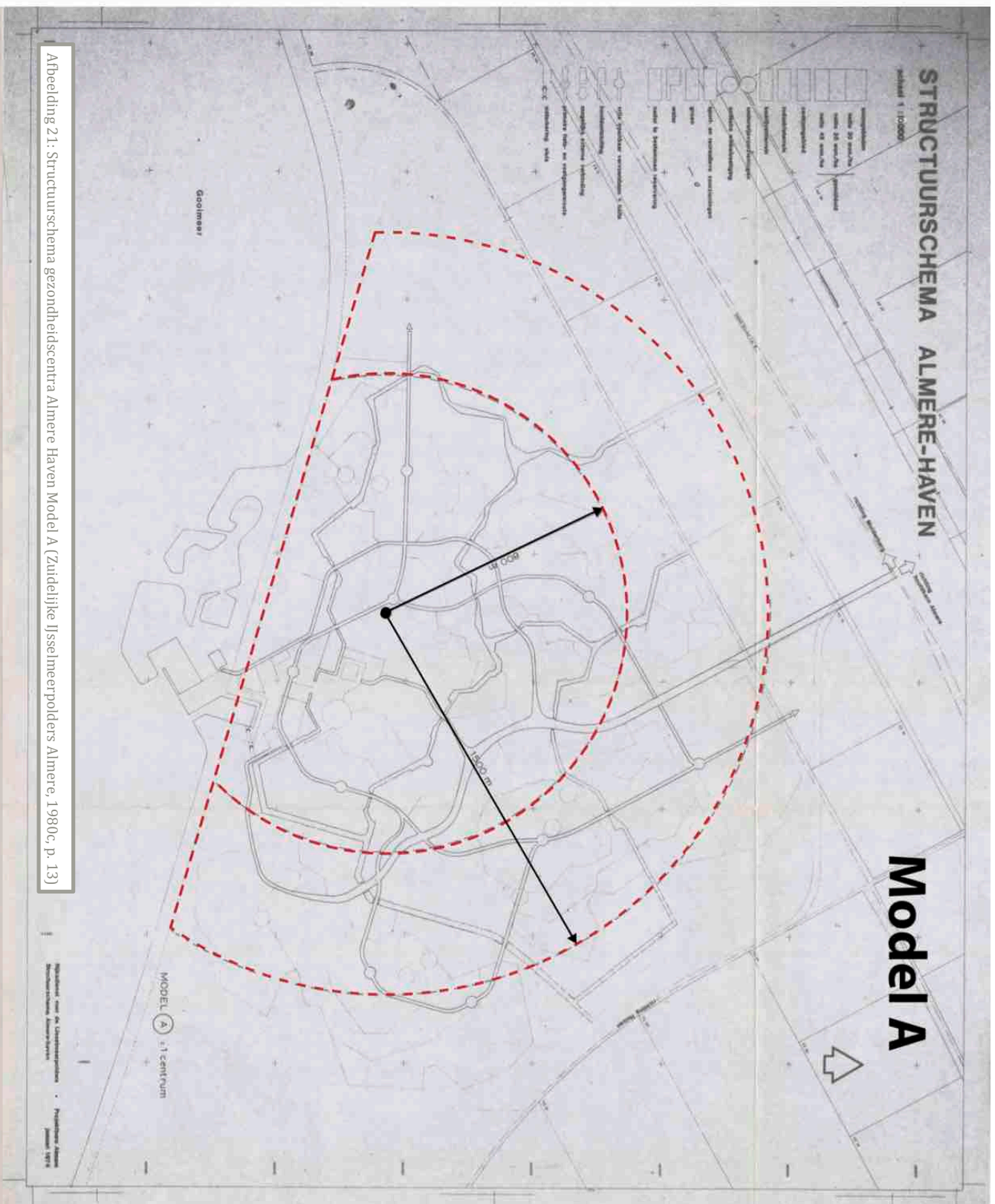
De inwoners van de woonwijk “De Marken” zal evenwichtig verdeeld worden onder de 3 bovenstaande gezondheidscentra. Deze verdeling betekent dat er ongeveer 6.600 inwoners per verzorgingsgebied gebruik kunnen maken van het gezondheidscentrum (Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere, 1980e). In Afbeelding 26: is een overzichtstekening van bovengenoemde informatie terug te vinden.

Demografie van Almere Haven:

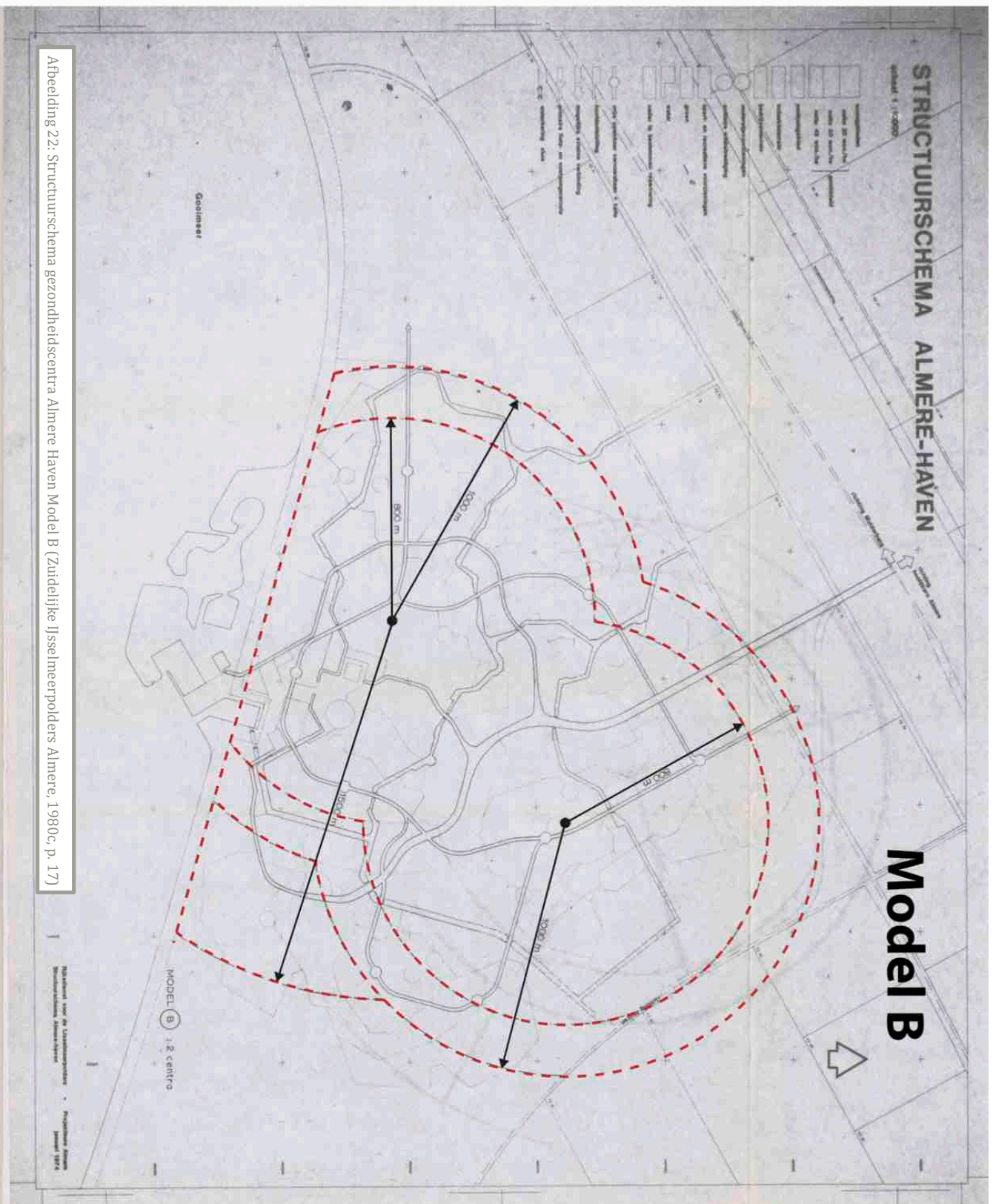
Sinds het ontstaan van Almere in 1976 heeft Almere-Haven de afgelopen decennia het aantal woonwijken van 8 woonwijken **uitgebreid naar 11 woonwijken**. Zo zijn zoals in Afbeelding 20 te zien is de woonwijken; “De Velden”, “De Laren” en Overgooi in Almere-Haven bijgebouwd. Mede door de uitbreiding van deze woonwijken heeft Almere-Haven de verwachte 20.000 inwoners inmiddels overschreden en wonen er inmiddels **22.640 inwoners in Almere-Haven**. De verwachting is dat op langere termijn het aantal inwoners binnen Almere-Haven niet verder zal groeien. Wel zullen het aantal 65-plussers in Almere-Haven aanzienlijk stijgen. Op dit moment wonen er ongeveer 13% (2.500 inwoners) 65-plussers in Almere-Haven en dit aantal zal in 2040 gestegen zijn naar ruim 28% (7.500 inwoners). Daar komt nog eens bij dat het aantal 75-plussers zullen verviervoudigen de komende jaren. Het grootste aandeel 65-plussers zijn vooral terug te vinden in de wijken Centrum Almere Haven en in De Wierden (Gemeente Almere, 2018)



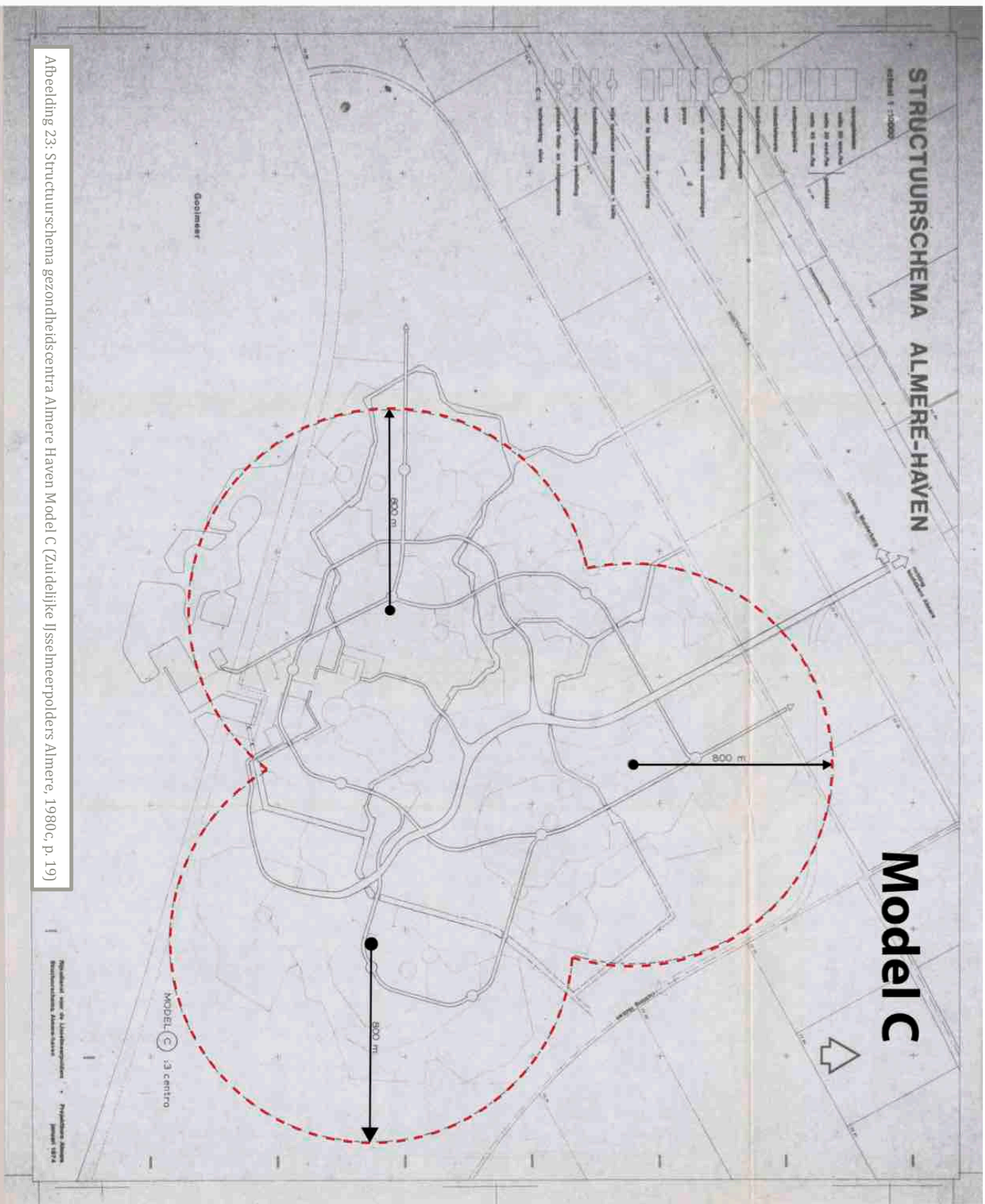
Afbeelding 20: Schematische weergave van de uitbreidingen van Almere-Haven (eigen ill.)



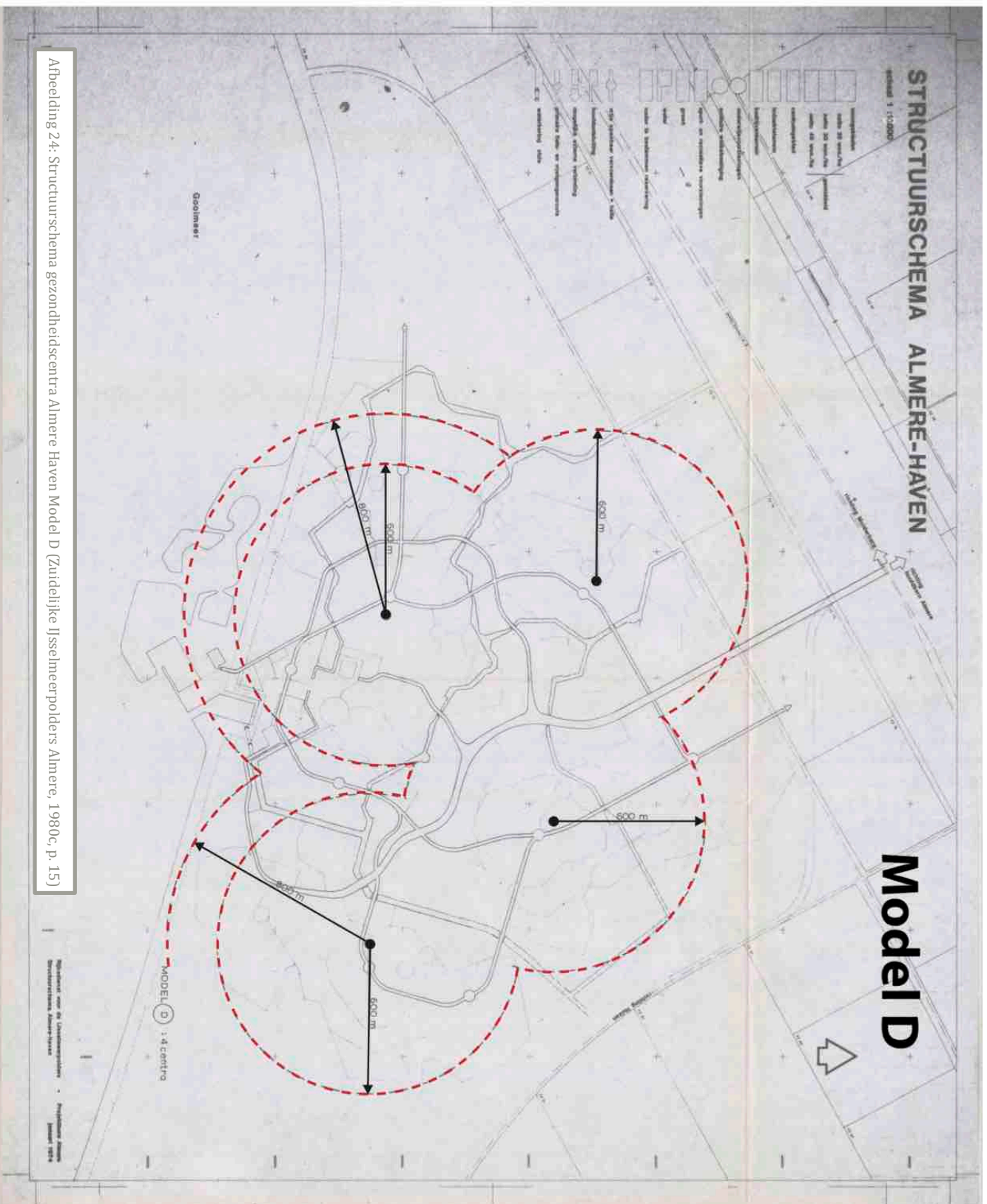
Abbeelding 21: Structuurschema gezondheidscentra Almere Haven Model A (Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere, 1980c, p. 13)



Abbeiding 22: Structuurschema gezondheidscentra Almere Haven Model B (Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere, 1980c, p. 17)






Abbeelding 23: Structuurschema gezondheidscentra Almere Haven Model C (Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere, 1980c, p. 19)

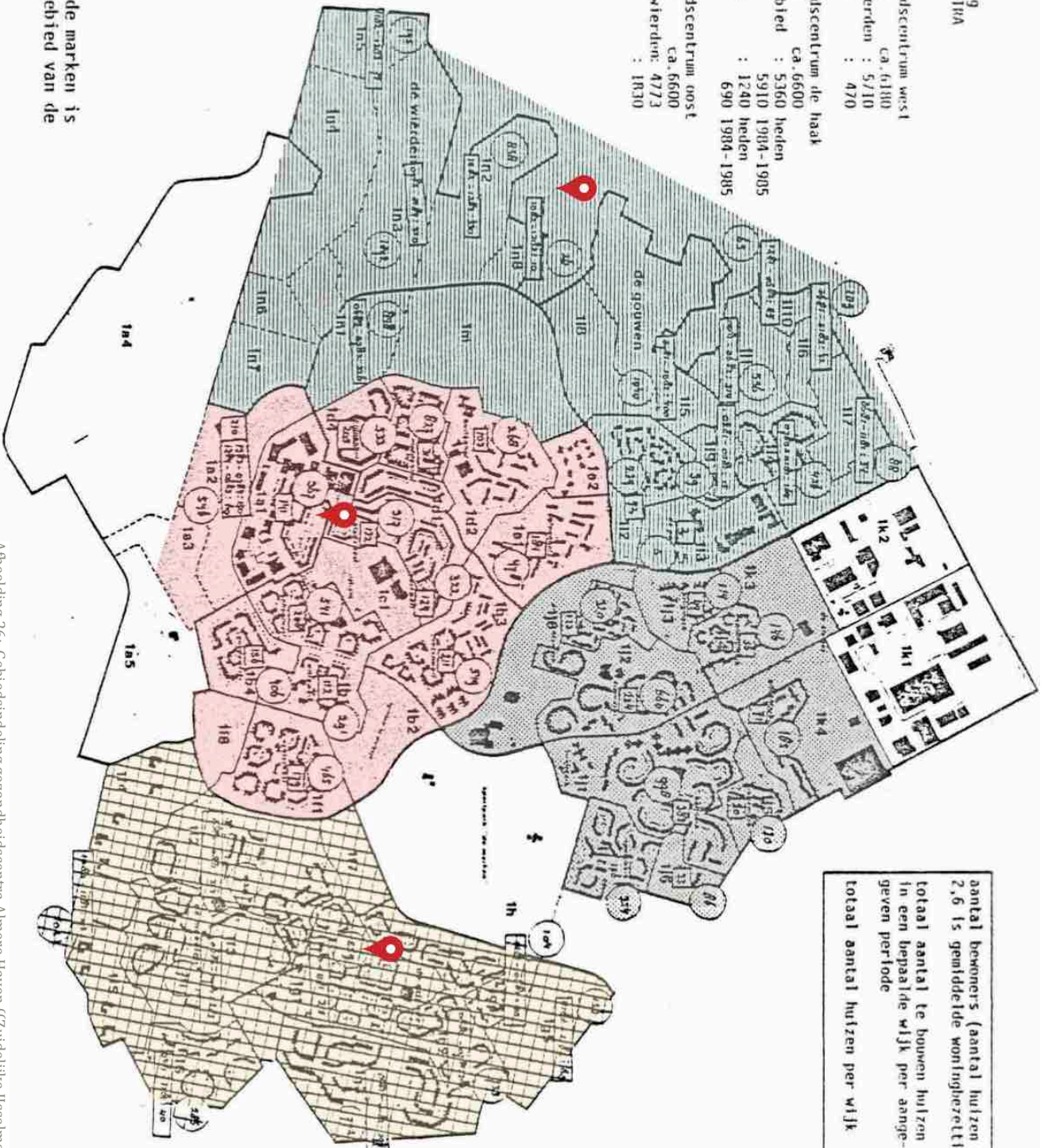


Abbeiding 24: Structuurschema gezondheidscentra Almere Haven Model D (Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere, 1980c, p. 15)

gebiedsindeling
GEZONDHEIDSCENTRA
ALMERE-HAVEN

-  gezondheidscentrum west
draagvlak ca. 6.100
gouwen/wierden : 5/10
de marken : 4/70
-  gezondheidscentrum de haak
draagvlak ca. 6.600
centrumgebied : 5.910 heden
de marken : 1.240 heden
690 1984-1985
-  gezondheidscentrum oost
draagvlak ca. 6.600
gr. londen/wierden: 4.773
marken : 1.830

 de woonwijk de marken is verzorgingsgebied van de 3 centra

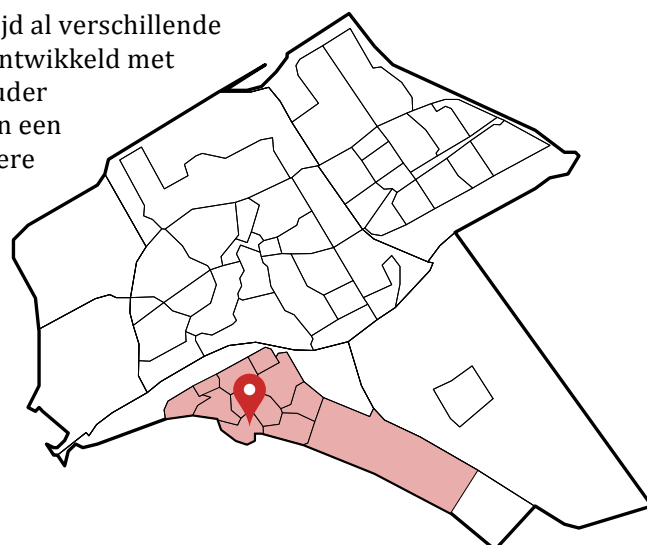


aantal bewoners (aantal huizen x 2,6)	536
2,6 is gemiddelde woningbezetting	
totaal aantal te bouwen huizen in een bepaalde wijk per aangegeven periode	0507-0603 : 214
totaal aantal huizen per wijk	214

Abbeelding 26: Gebiedsindeling gezondheidscentra Almere Haven ((Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere, 1980b, p. 88)

Waarnemingen Almere Haven:

- Almere kent sinds het ontstaan van de stad in 1976 altijd al verschillende wijkgezondheidscentra. Deze gezondheidscentra zijn ontwikkeld met het oog op levensbestendig wonen zodat als mensen ouder worden en de nood voor zorg groter wordt, zorg binnen een voor oudere aanvaardbare afstand te vinden is. → Almere zet een stap terug in plaats van vooruit met het oog op langer zelfstandig wonen.
- Almere-Haven is horizontaal aan het uitbreiden waardoor de maximale afstand zoals in het oorspronkelijke plan niet van toepassing is.
- De huidige opzet van 3 gezondheidscentra in Almere-Haven was ontwikkeld voor maximaal bezetting van 20.000 inwoners. Almere-Haven heeft inmiddels 22.640 inwoners.
- In de analyse van de 5 verschillende modellen voor de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere-Haven kwam naar voren dat model A van 1 gezondheidscentrum voor de integratie van bejaarden deze opzet minder aantrekkelijk is. Inwoners die in Almere-Haven wonen en daar bejaard worden zullen sneller in een situatie terecht komen waarin zij gedwongen worden om te verhuizen naar een woning dicht bij het gezondheidscentrum. Opvallend hiervan is dat ondanks deze conclusie er toch gekozen gaat worden voor Model A. Dat terwijl het aantal 65-plussers in Almere-Haven de komende jaren alleen maar toe zal nemen.



Afbeelding 27: Locatie van het vernieuwde gezondheidscentrum "De Haak" (eigen ill.)

Huidige ontwikkelingen gezondheidscentra in Almere Haven

Op 27 augustus 2015 bracht zorggroep Almere via Omroep Flevoland (2015) naar buiten dat zij Gezondheidscentrum West en Gezondheidscentrum Oost in Almere zouden sluiten en dat de drie gezondheidscentra in Almere Haven samengevoegd zouden worden tot 1 groot nieuw Gezondheidscentrum de Haak. De reden zou zijn dat de Zorggroep Almere niet langer de exploitatie van de drie afzonderlijke centra rond zou krijgen.

Op 13 maart 2018 werd door de gemeentelijke partijen PvdA en ChristenUnie (2018) schriftelijke vragen met betrekking tot het sluiten van gezondheidscentra in Almere aan de voorzitter van de raad van bestuur van de gemeente. De reactie van de Burgemeester en Wethouders van Almere (2018, p. 2) op de vraag **“Zorggroep Almere heeft aangegeven dat er meer gezondheidscentra zullen sluiten, dan wel dat bepaalde vormen van zorg uit sommige gezondheidscentra zullen verdwijnen. Heeft u hierover overleg met Zorggroep Almere en zo ja, wat zijn daarvan de uitkomsten?”** luidt als volgt: *“De afgelopen jaren heeft ZGA ons regelmatig geïnformeerd over samenvoeging van verschillende gezondheidscentra en de overwegingen die daarbij een rol spelen. Het accent ligt met name bij de huisartsteams van deze gezondheidscentra, aangezien deze soms te klein zijn om continuïteit en gewenst niveau zorg te waarborgen. Uitkomst van onze gesprekken is dat ZGA bij de overweging om wel of niet samen te voegen, de goede bereikbaarheid (ook in fysieke zin) van een adequaat aanbod van zorg en dienstverlening centraal stelt.”*

Op een vervolg vraag waarom gezien de maatschappelijke impact van deze kwestie de gemeenteraad hierbij niet betrokken was. Er werd aangegeven dat Zorggroep Almere in samenspraak met de zorgverzekeringen voor de huisartsenzorg en de verstrekking van medicijnen een primaire verantwoordelijkheid heeft in Almere en dat deze taken niet onder gemeentelijke verantwoordelijkheden vallen. Volgens gemeentelijke gebiedsmanagers zijn door

Zorggroep Almere zowel de bedrijfsmatige argumenten als de maatschappelijke gevolgen goed onderzocht (Burgemeester en Wethouders van Almere, 2018).

Na vele protesten van de bewoners en de beurscommissie Meenten en Grienden en een handtekeningenactie, heeft de Zorggroep Almere dan toch besloten om Gezondheidscentrum Oost voor ouderen en minder mobiele mensen open te houden (Onderwater, 2016).

De huidige situatie is dus nog steeds zoals in Afbeelding 26. Echter is de samenstelling veranderd. Gezondheidscentrum de Haak (middelste pijltje in het roze gebied) is uitgebreid en vernieuwd waardoor er meer ruimte en capaciteit beschikbaar is. Alle huisartsen van Gezondheidscentra Oost, West en de Haak verhuizen naar het vernieuwde Gezondheidscentrum de Haak. Vanuit Gezondheidscentrum de Haak zullen er op de andere locaties huisartsensprekuren georganiseerd worden voor ouderen en mensen met een verminderde mobiliteit.

Gezondheidscentrum de Haak (Centrum Almere Haven)

Per 13 mei 2019 is alle zorg gecentraliseerd onder één dak. In het vernieuwde en vergrootte gezondheidscentrum kunt u terecht voor de volgende zorgfaciliteiten:

- Huisartsenzorg team,
- Apotheek Almere Haven,
- Wijkverpleging,
- Persoonlijk begeleider dementie,
- Consultatiebureau,
- Verloskundigen,
- Fysiotherapie,
- Wijkteam,
- Sociaal Raadslieden,
- Bloedonderzoek door Saltro,
- Specialist ouderengeneeskunde,
- Tandartsenpraktijk,
- Buitenpoli Flevoziekenhuis.

“Zorggroep Almere Onroerend Goed BV heeft met de ING in december 2016 een leningovereenkomst gesloten voor de renovatie van gezondheidscentra Bouwmeester, Spil en Haak. Totale kredietfaciliteit € 6,4 mio. Deze lening is per 1 juli 2017 opgenomen. [...] In verband met deze faciliteit wordt een hypotheek gevestigd van € 4,0 miljoen op gezondheidscentrum de Haak Schoolstraat 32 Almere.” (Stichting Zorggroep Almere, 2019, p. 20). Zorggroep Almere heeft voor de oude bibliotheek van Almere Haven met een vloeroppervlakte van 1300 m² aangekocht van de Gemeente Almere. Het pand stond te koop voor 850.000 euro maar wat de exacte aankoopprijs was, heeft Zorggroep Almere niet bekend gemaakt (Omroep Flevoland, 2016).

Het oude bibliotheekgebouw was gevestigd naast het oude Gezondheidscentrum de Haak. Gezondheidscentrum de Haak was al reeds in eigendom van Zorggroep Almere (Stichting Zorggroep Almere, 2016). In het nieuwe Gezondheidscentrum de Haak zijn beide gebouwen samengevoegd tot 1 groot gezondheidscentrum. De oppervlakte van het oude Gezondheidscentrum de Haak had bij de oplevering in 1980 een totale vloeroppervlakte van 1160m² (Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere, 1980c). Het nieuwe Gezondheidscentrum de Haak zal dus over een totale vloeroppervlakte van bijna 2500 m² beschikken.

Gezondheidscentrum Oost (Woonwijk Almere Haven Meenten/Grienden)

Sinds de opening van het vernieuwde Gezondheidscentrum de Haak zijn veel faciliteiten verhuisd naar de Haak. De volgende zorgfaciliteiten zijn nog beschikbaar in Gezondheidscentrum Oost:

- Huisartsenzorg (ma/vr spreekuur van 7:30-12:00. Aanbod huisarts(en) verschilt per dag)

- Fysiotherapeut (ma/do en vr van 08:00 -17:00 en do van 08:00 -20:00)
- Hulp bij een chronische ziekte
- Overige hulpverleners (Hulpverleners die een ruimte huren bij Zorggroep Almere)
 - Bloedonderzoek door Saltro,
 - Maatschappelijk werk van De Schoor,
 - Elastische kousen,
 - Podoloog.

Zorggroep Almere heeft Gezondheidscentrum Oost in eigendom en er rust een hypotheek op dit gebouw (Stichting Zorggroep Almere, 2019). De totale netto vloeroppervlakte van het gebouw is ongeveer 900 m² (Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere, 1979)

Centrum MeerZorg (Woonwijk Almere Haven de Wierden)

Centrum MeerZorg is een nevenvestiging van Apotheek Almere Haven en is in eigendom van Apotheek Almere Haven. Zorg in deze vestiging bestaat uit:

- Apotheek
- Tandarts
- Enkele dagdelen per week huisartsenspreekuur Zorggroep Almere.

Centrum MeerZorg dient ter vervanging van de apotheek in de Wierden en het Gezondheidscentrum West maar is in eigendom van Apotheek Almere Haven. Zorggroep Almere huurt enkele dagdelen per week een spreekkamer voor het aanbieden van huisartsenzorg en de wijk de Wierden. Echter is Gezondheidscentrum West nog steeds in eigendom van Zorggroep Almere. Volgens de meest recente jaarrekening 2018 van Zorggroep Almere (Stichting Zorggroep Almere, 2019) heeft de Stichting nog steeds een lopende hypotheek op dit gebouw. Het zorgcomplex met een totale vloeroppervlakte van ongeveer 900 m² is momenteel niet in gebruik en staat leeg. Wat de Zorggroep Almere met de vastgoed van plan is, is niet bekend.

Knelpunten die de bewoners ervaren door de centralisatie:

Uit het interview met twee bewoners van de wijk Meenten en Grienden in Almere Haven zijn de volgende knelpunten omtrent de veranderingen en de centralisatie van de gezondheidscentra in Almere Haven naar voren gekomen:

- Gezondheidscentra

De bewoners gaven aan dat zij voor de huisarts alleen gebruik maken tussen 07:30 en 12:00 van de huisartsenzorg in Gezondheidscentrum Oost. Zij maken geen gebruik van de overige tijden in gezondheidscentrum de Haak waarop hun huisarts beschikbaar is. De bewoners geven aan dat zij gezondheidscentrum de Haak mijden. Zij zijn immers niet voor niks om de hoek van gezondheidscentrum Oost gaan wonen. Almere zou een stad worden waar door de wijkgezondheidscentra levensbestendig gewoon kon worden. *“Als er vroeger wat was, dan kon ik naar het gezondheidscentrum toe lopen en dat gevoel was erg fijn.”* Verder geven deze bewoners aan dat zij uitsluitend bij hun eigen huisarts terecht willen en geen afspraak willen maken bij een andere huisarts ook niet als zij daardoor eerder bij een huisarts terecht kunnen. *“Je hebt in al die jaren een vertrouwensband opgebouwd met je huisarts en je hoort vele verhalen van burens en vrienden over andere huisartsen. Dan blijf ik liever bij mijn eigen huisarts waar ik erg tevreden over ben, die legt alles ook goed en duidelijk uit.”* Het gevolg hiervan is wel dat:

- Een afspraak met de huisarts moet je wel plannen.
- Het duurt vaak wel een halve week voordat je er terecht kan: *“Laatst zaten ze een hele week vol, en de week erna ook en kon ik er pas over 2 weken terecht.”*
- Je moet telefonisch een afspraak maken. *“Dan geven zij bijvoorbeeld aan dat jouw huisarts alleen op woensdag op deze locatie is van 8-12 uur. En op andere tijden zit de huisarts in gezondheidscentrum de Haak, dus je merkt wel dat ze je proberen door te spelen naar de Haak. Die stap willen ze dan wel dat je gaat maken. Dan zeg ik nee, ik wil gewoon mijn huisarts hier om de hoek in gezondheidscentrum Oost, want ik woon daar juist zo om de hoek.”*

- Het maken van een telefonische afspraak kost veel tijd. *“Alleen ik doe het wel anders. Omdat het gezondheidscentrum zo dichtbij is, loop ik langs en dan maak ik een afspraak aan de balie want voordat je geholpen wordt aan de telefoon, waar je eerst langs een menu komt van dat moet je indrukken en dan weer dat, ben je een hele tijd verder en dat was vroeger nooit zo erg, dat gaat tegenwoordig allemaal via een centrale.”*

Het grootste knelpunt wat hier uit voort komt is dat het beleid zoals gevoerd wordt bij gezondheidscentrum Oost in strijd is met beleidsregels toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (2018) die door de overheid zijn opgesteld. Een huisarts tijdens kantooruren moet namelijk binnen 2 minuten zonder obstakels telefonisch bereikbaar zijn en de toegangstijd tot de huisarts voor burgers mag maximaal 3 werkdagen zijn. Echter omdat de inwoners wel een alternatief geboden krijg en wel bij hun huisarts in gezondheidscentrum de Haak terecht kan, kan Zorggroep Almere zich hierdoor indekken.

- Wmo

Geïnterviewde geven aan dat zij momenteel geen hulp vanuit het Wmo ontvangen, maar zijn ook niet op de hoogte van wat de Wmo precies voor hulp en ondersteuning kan bieden. Ze geven wel aan dat zij ooit een aantal jaren terug een informatiepakket ontvangen hebben maar daar verder niks meer mee gedaan hebben of van gehoord hebben. Hoe zij precies een Wmo indicatie kunnen aanvragen indien zij in de toekomst zorg nodig hebben weten zij niet precies. Er zou misschien een mogelijkheid zijn dat er in het buurthuis in het centrum een sociaal medewerker werkt die daar meer informatie over zou kunnen geven. Het lijkt er daardoor sterk op dat de gemeente Almere onvoldoende middelen inzet om bewoners actief te informeren naar de mogelijkheden van het Wmo en hoe deze indien deze nodig zijn aangevraagd kunnen worden.

- Faciliteiten voor senioren

Ze geven zelf aan actief vrijwilliger te zijn die activiteiten organiseren in het buurthuis. Zij geven aan dat het organiseren van deze activiteiten en het aantal activiteiten in de buurt niet het probleem is maar dat het voornaamste probleem is om mensen te vinden die willen deelnemen aan deze activiteiten. Echter geven de bewoners wel aan dat een huisarts betrekken in het voorzien van informatie over activiteiten en ondersteuningsmogelijkheden heel belangrijk kan zijn. *“Zeker voor oudere mensen, die zetten de dokter op een verhoging. Dat is voor veel mensen een veilig gevoel van dan zit het goed.”* Zij geven aan dat veel kennissen en vrienden het advies van de dokter belangrijk vinden en omdat de dokter het gezegd heeft, dit advies ook opgevolgd wordt. De bewoners geven wel aan als door bezuinigingen ook het buurthuis in de Grienden zijn deuren moet sluiten dat een concept van een (sociale) wijkgezondheidscentrum in het gebouw van gezondheidscentrum Oost dat dit een *“gigantisch mooie manier zou zijn om dit op te vangen”*

Tot slot geven de bewoners ook nog aan: *“Wat ik heel erg belangrijk vind in dit interview is dat je probeert te peilen hoe de cliënt nu met dit vraagstuk om gaat en hoe reageert de cliënt op alle veranderingen die op dit moment spelen met het gezondheidscentrum.”*

3.2 Casestudie Bromley by Bow Centre in Londen

Het Bromley by Bow is een 'Community Health Centre' in het oosten van Londen. Het centrum werd meer dan 35 jaar geleden opgericht als sociaal wijkcentrum voor en door de buurt opgericht. In 1997 besloot het centrum een samenwerking aan te gaan met de lokale huisartsen uit de omgeving. Het Bromley by Bow Community Health Centre werd een uniek zorgleveringsmodel en de eerste in Engeland. Door de komst van de huisartsen ontstond er een uniek samenwerkingsverband tussen zorgprofessionals en vrijwilligers. In dit centrum werd zowel reguliere zorg aanbod als sociale en maatschappelijke (zorg) activiteiten aangeboden. Doordat de inwoners het centrum zelf hebben opgezet, voelen mensen zich betrokken en verantwoordelijk voor het centrum. Door een bezoek aan de huisarts worden mensen niet alleen doorverwezen naar professionele zorg maar worden mensen ook doorverwezen naar diverse sociale en maatschappelijke (zorg)activiteiten in het centrum.



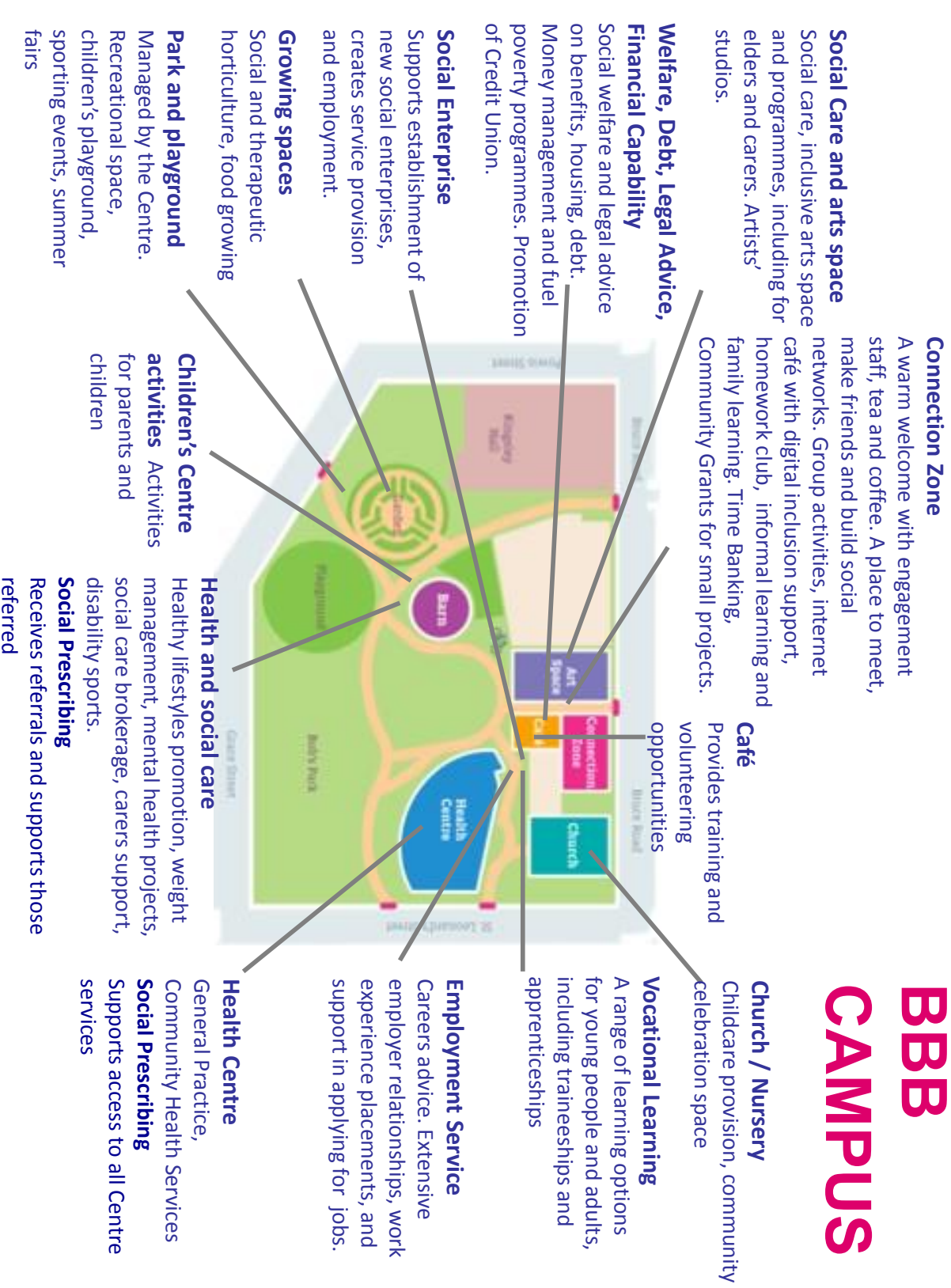
Afbeelding 28: Het Bromley by Bow Centrum tijdens een buurtfeest (bron: Facebook)

Kern van het centrum:

- Geen scheidslijn tussen formele zorg en informele zorg/welzijn
- Laagdrempelig
- Druk van goede zorg ligt niet meer alleen bij de huisarts

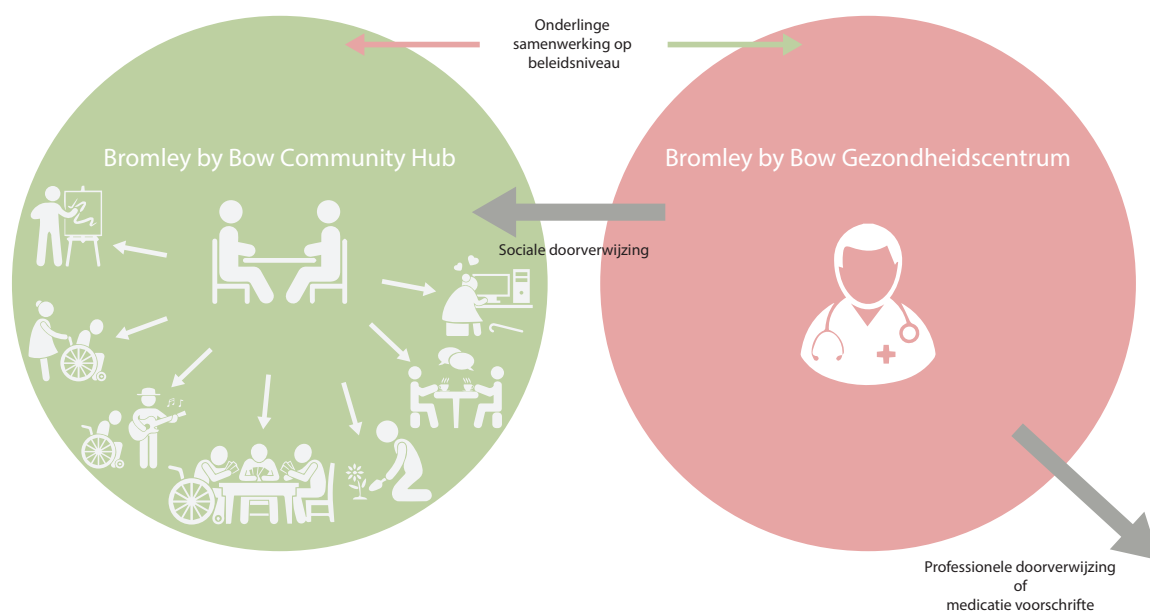
Alle diensten in het centrum zowel de eerstelijnsvoorzieningen als de maatschappelijke en sociale voorzieningen zijn onderdeel van het aanbod van de huisarts. In Afbeelding 29 is een plattegrond te zien van alle faciliteiten die beschikbaar zijn in het Bromley by Bow centrum. De afbeelding geeft ook een toelichting op de activiteiten die in de verschillende faculteiten gedaan kunnen worden.

BBB CAMPUS



Abbeelding 29: Plattegrond en overzicht van faciliteiten op het terrein van het Bromley by Bow centrum

Een voorbeeld waarom een gecombineerd centrum van professionele zorg en maatschappelijke / sociale activiteiten bij het Bromley by Bow centrum wel werkt: Een 80 jarige alleenstaande vrouw bezoekt de huisarts met klachten van pijnlijke en stijven spieren en gewrichten. Normaal gesproken in Nederland zou een huisarts deze patiënt dan hoogstwaarschijnlijk met pijnmedicatie voorschrijven en een verwijzing voor de fysiotherapeut of mensendieck weer wegsturen. Bij het Bromley by Bow centrum werkt dit niet op deze manier. De huisarts verdiept zich in de cliënt en weet dat deze mevrouw oud en alleenstaand is en weinig meer de deur uit komt waardoor zij dus ook weinig in beweging is. Deze huisarts kijkt dus verder dan alleen symptoombestrijding maar kijkt ook naar de oorzaak van de pijnlijke en stijven spieren en gewrichten. De huisarts is van mening dat deze mevrouw meer in beweging moet komen en verwijst deze mevrouw meteen door naar de maatschappelijk werker aan de andere kant van de gang. Samen met de maatschappelijk werker wordt er met deze mevrouw naar de mogelijkheden van seniorenfitness en een wandelclub gekeken. De overtuigingskracht van de huisarts heeft er bij deze mevrouw die anders nooit deelgenomen zou hebben aan deze activiteiten er voor gezorgd dat ze lid werd van de plaatselijke wandelclub en één keer per week mee ging doen aan seniorenfitness.



Afbeelding 30: Conceptueel model Bromley by Bow Centre (own ill.)

Autoriteit

Volgens de Amerikaanse psycholoog Robert Cialdini, zijn mensen gevoelig voor autoriteit; mensen zijn volgzaam en luisteren naar geloofwaardige, deskundige experts. Het automatische gedragspatroon waarin mensen onbewust luisteren naar autoritaire personen ligt door onze opvoeding verankerd in onze hersenen (D&B, n.v.). *“We beoordelen wat de autoriteit zegt dan niet op inhoud maar gaan er vanuit dat zijn rol automatisch betekent dat het wel goed zit.”* (D&B, n.v.). In het geval van het Bromley by Bow centre werkt de huisarts samen met het sociale wijkteam om mensen niet alleen naar professionele zorg door te verwijzen of medicijnen voor te schrijven maar ook naar sociale en maatschappelijke activiteiten door te verwijzen. De huisarts heeft immers de cliënt doorverwezen naar seniorenfitness om weer in beweging te komen. Omdat de huisarts aangeeft dat de fitness goed voor deze cliënt is, zal het autoritair gezag van de huisarts de cliënt makkelijker en eerder overtuigen om het toch eens te proberen. Op deze manier worden niet alleen de symptomen bestreden maar worden ook de oorzaken van de symptomen aangepakt.

Zorgstelsel in Engeland

De mogelijkheid van een 'Community Health Centre' in Engeland zoals het Bromley by Bow Centre in Londen komt vooral door het sociale Engelse zorgverzekeringsstelsel. Engeland wordt gekenmerkt door hun nationale gezondheidsdienst (National Health Service (NHS)) waarbij het hele zorgstelsel en alle zorginstellingen in eigendom van de overheid zijn. Ook alle zorgprofessionals zijn in loondienst van de overheid. De zorgkosten worden vanuit de overheid gefinancierd waardoor een zorgverzekering voor alle inwoners van Engeland kosteloos en voor iedereen toegankelijk is. De National Health service is verantwoordelijk voor:

- Huisartsenzorg;
- Fysiotherapeutische zorg;
- Medische specialistische zorg in het ziekenhuis;
- Zorg bij chronische ziekte;
- Psychologische zorg;
- Tandarts;
- Etc.

Voor de rijkere burgers is een aanvullende zorgverzekeringspolis mogelijk. Deze aanvullende verzekering is een particuliere verzekering waardoor deze mensen sneller terecht kunnen in een privé ziekenhuis en van beter kwaliteit gegarandeerd zijn. Van deze aanvullende verzekering wordt maar slecht door 8% van het totaal aantal inwoners van Engeland gebruik van gemaakt (zorgwijzer, 2013).

3.3 Beleidsvisies omtrent centralisatie en gezondheidscentra

Beleidsmanager gezondheidscentra Amsterdam:

Op 25 april 2017 heeft er met betrekking tot dit onderzoek, een interview plaats gevonden met een beleidsmanager van de gezondheidszorg in Amsterdam. De transcriptie van dit interview is terug te vinden in bijlage B.1. De belangrijkste uitkomsten van dit interview die relevant zijn voor dit onderzoek zullen hieronder weergegeven worden.

Beleidsvraagstukken omtrent langer zelfstandig thuis wonen van ouderen:

- Wat doen wij met al die mensen die niet meer in een verzorgingstehuis mogen wonen omdat het niet meer bestaat. Maar toch een zekere beschutte woonvorm nodig hebben waar ook allerlei zorgfuncties al dan niet wisselend nodig zijn
- Wat doen wij met onze ouderen die nu gewoon in hun eigen huis blijven wonen tot ze 90 zijn?
- Hoe krijg je oudere mensen hun huis uit eigenlijk als zij 60 of 70 zijn, als ze het dan allemaal nog kunnen behappen?
- Hoe zorg je dat die ergens gaan en kunnen blijven wonen waar ze ook makkelijker zorg kunnen ontvangen en ook allerlei vraagstukken of het gebied van dagbesteding, eenzaamheid?

Voorkeur samenstelling van een gezondheidscentrum: Klassieke eerstelijns zorgaanbieder onder 1 dak; netwerkorganisatie:

- Huisartsvoorzieningen onder de financiering van de huisarts:
 - Huisarts (loondienst);
 - Doktersassistentes (loondienst);
 - Praktijkondersteuners (loondienst);
 - GGZ.
- Ingekochte zorg (onder eigen financiering):
 - Diëtist;
 - Podotherapeut
 - Logopediste
 - Fysiotherapeut;
 - Apotheek.
- Onderzoek voorzieningen:
 - Diagnostiek;
 - Bloedafname;
 - Eenvoudige Ecg's;
 - Longfunctietests;
 - Echo.

Functies zijn afhankelijk van de kosten, en het vraag en aanbod in de omgeving van het gezondheidscentrum. Het ontstaat bedrijfsmatig. Het probleem is, dat de faciliteiten 'organisch groeien': Je moet het doen met het aanbod dat er al is in de stad en daar moet omheen gebouwd worden.

- Voorkeursbezetting: Per 6000-7000 inwoners 1 gezondheidscentrum.
- Voorkeurslocatie: In de plint van hoogbouw.
- Nieuwe aanpak: lege ruimtes met 1 functie die maar een paar uurtjes per week gebruikt worden efficiënt gebruiken en extra functies aan deze ruimtes toekennen.

Aanpassingen nodig voor senioren:

- Een lift (bij hoogbouw)
- Een Niva toilet
- Geen drempels
- Extra brede 'scootmobiel proof' gangen

Grootste veranderingen binnen de ouderen zorg:

- De woonsituatie; Ouderen leven niet meer in een beschutte omgeving zoals een verzorgingstehuis maar blijven zelfstandig thuis wonen. → juiste keus kosten waren onbetaalbaar.
- Op het gebied van zorg; Er zijn geen verzorgers meer; Verpleeghuis gespecificeerd personeel. → er ontstaat een enorm arbeidsvraagstuk.
- De decimering van de schoonmaakhulp/ huishoudelijke hulp / thuishulp; bezuinigingen door veranderende wetgeving van landelijke AWBZ naar gemeentelijke Wmo.
- Door de bezuinigen minder (vaak) persoonlijke hulp die behalve huishoudelijke taken ook een sociale controle taak uitvoerde.
- Meer oude mensen die ook nog eens ouder worden.

Eenzaamheid is een groot probleem in alle lagen van de samenleving:

- Veel eenzaamheid door een slecht sociaal netwerk
 - Randgroeperingen die blijven hangen en in Nederland oud worden.
 - Allochtonen gastarbeiders uit de jaren 70 populatie die ook ouder wordt.
- Huisartsen zijn er niet voor eenzaamheid. Dat is niet hun werk.
- Er komen veel ouderen voor een wisse wasje bij de huisarts langs omdat zij het gewoon gezellig vinden in de spreekkamer.

Frictie door de transitie in vraag en aanbod in de zorg.

- Financieringen: 'Geld stuurt de zorg' → Zorg vanuit de wijkverpleging kost geen eigen risico terwijl Wlz verpleegzorg wel eigen risico kost.

Voordeel van alle professionals van de eerstelijns in loondienst:

- Gemeenschappelijke optimalisatie door het aansturen van mensen
- Kosten efficiëntere zorg; een goedkopere kracht kan zorgtaken van de huisarts overnemen.

Combineren van verschillende (professionele) organisaties is een ingewikkelde opgave:

- Alle aanbieders hebben hun eigen bedrijfsoptimalisatie binnen hun eigen keten.
- De sturing van de financiën kun je niet regelen omdat er niet 1 iemand aan de knoppen zit
- Vrijwilligers hebben weer een ander beleid en sturing
- Wie beheert het gebouw?
- Wie is verantwoordelijk voor de exploitatie van de ruimte?
- Wie is verantwoordelijk voor de Financiële middelen?
- Wie draagt het risico?
- Het bedrijfsmatige component is het probleem.
- Te groot risico voor investeerders.

Uitspraken van de beleidsmanager gezondheidscentra Amsterdam die betrekking hebben op een nieuw gezondheidscentrum concept:

"Wij roepen heel hard geïntegreerde zorg maar wij passen onze inrichting van het systeem niet aan op onze maatschappelijke wensen. Dus wij gaan niet naar 1 sturing die naar gemeenschappelijke efficiëntie gaat maar wij blijven iedereen in zijn eigen silo financieren. Er is niemand die zegt: 'Ik neem het risico van het geïntegreerde concept'. Sterker nog, heel veel mensen vinden het zo'n lastig probleem dat zij het gewoon een beetje weg wuiven omdat het gewoon te confronterend is."
(Beleidsmanager gezondheidscentra Amsterdam, persoonlijke communicatie, april 25, 2017).

"Je moet niet beginnen met een prachtig plan en dan pas kijken naar de financiering. Je moet eigenlijk beginnen met de financiering. Als blijkt dat je de financiering niet geregeld krijgt. Dit is

een probleem waarvan je weet dat er aankomt en onoplosbaar is omdat niemand het risico gaat lopen.” (Beleidsmanager gezondheidscentra Amsterdam, persoonlijke communicatie, april 25, 2017).

“Ik heb ook geen zin om eindeloos energie erin te gaan stoppen terwijl ik weet als het straks op betalen aankomt, dan kijkt iedereen naar het plafond en zeggen: ‘Nee daar hebben wij geen geld voor!’” (Beleidsmanager gezondheidscentra Amsterdam, persoonlijke communicatie, april 25, 2017).

Medewerker H.A.P. Zorggroep Almere:

Op 27 november 2019 heeft er met betrekking tot dit onderzoek, een interview plaats gevonden met een medewerker van de Huisartsenpost van de Zorggroep Almere. De transcriptie van dit interview is terug te vinden in de bijlage van B.2. De belangrijkste uitkomsten van dit interview die relevant zijn voor dit onderzoek zullen hieronder weergegeven worden.

Voordelen van de centralisatie van de eerstelijns avondzorg:

- Almere werd steeds groter en groter en wij konden het niet meer aan om sl het werk in ons eentje te kunnen blijven doen.
- Alles op 1 centrale plek om zo meer personeel in te kunnen zetten.
- Efficiënter werken: Voorheen werd er getrieerd volgens Manchester. Tegenwoordig volgens NTS; werken met een urgentiecode. Alleen een afspraak bij:
 - Benauwd zijn;
 - Hartklachten;
 - Zieke baby's en jonge kinderen;
 - Uitdrogingsverschijnselen;
 - Ernstige bloedingen en
 - Fracturen.

Nadelen van de centralisatie van de eerstelijns avondzorg:

- Minder persoonlijk contact met de klant;
- Veel meer collega's waar rekening mee gehouden moet worden;
- Scheiding tussen de verschillende beroepen/ zorgtaken: verpleegkundige en assistente taken.
- Niet veel ouderen komen meer die op eigen initiatief naar de huisartsenpost komen.
- Centralisatie efficiënt voor de bedrijfsvoering en niet voor het gemak van de patiënt.

Ouderen naar de huisartsenpost:

- Niet veel ouderen komen meer die op eigen initiatief naar de huisartsenpost komen.
- Ouderen zijn o.a. specifieke doelgroep van de visitearts bij de spoedpost maar voornamelijk als de urgent hoog is.
- Ouderen komen veel in begeleiding van hun kinderen naar de huisartsenpost.
- Assistentes attenderen ouderen aan de telefoon er op dat zij contact moeten opnemen met de burens of een taxi moeten bellen als ouderen geen mantelzorger hebben.

Zorgverzekering wil dat de huisartsenpost in het ziekenhuis gevestigd is:

- Het is voor de verzekering goedkoper als patiënten voor zij naar de spoedeisende hulp gaan eerst langs de huisartsenpost gaan. Niet goedkoper voor de patiënt.

3.4 Beleidsparadox langer zelfstandig thuis wonen

In dit hoofdstuk zal de bestuurlijke problematiek met betrekking tot het concept van een nieuw sociaal wijkgezondheidshub behandeld worden. Er zullen conclusies getrokken worden gebaseerd op onderlinge verbanden, interpretaties en bijzonderheden voorkomend uit dit onderzoek.

Samenstelling van organisaties binnen de sociale wijkgezondheidshub

“Wij roepen heel hard geïntegreerde zorg maar wij passen onze inrichting van het systeem niet aan op onze maatschappelijke wensen. Dus wij gaan niet naar 1 sturing die naar gemeenschappelijke efficiëntie gaat maar wij blijven iedereen in zijn eigen silo financieren. Er is niemand die zegt: ‘Ik neem het risico van het geïntegreerde concept’. Sterker nog, heel veel mensen vinden het zo’n lastig probleem dat zij het gewoon een beetje weg wuiven omdat het gewoon te confronterend is.”

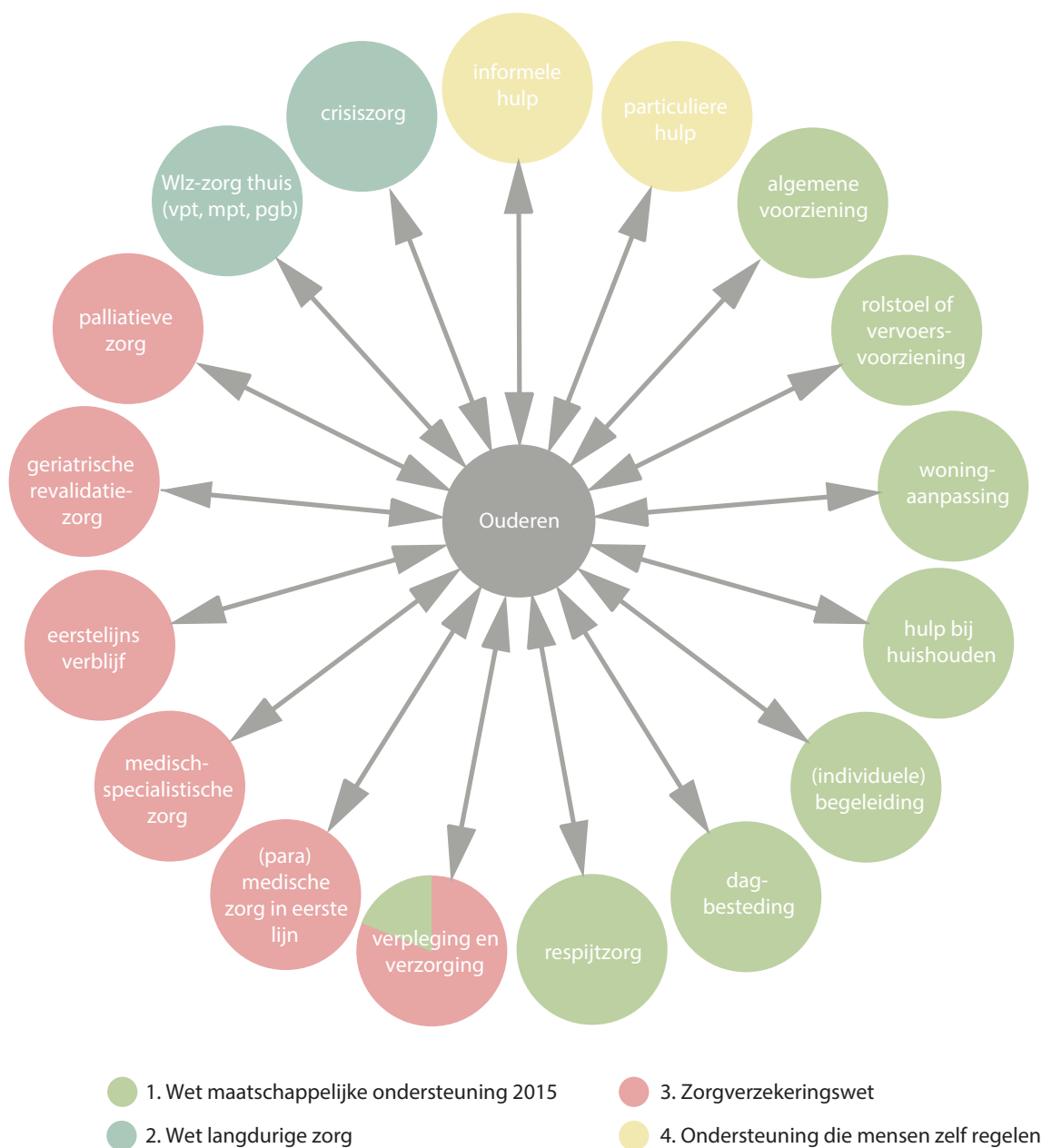
(Beleidsmanager gezondheidscentra Amsterdam, persoonlijke communicatie, april 25, 2017). De ontwerpers en de ‘idealisten’ kunnen een nieuw zorgconcept allemaal mooi bedenken maar in de werkelijkheid is het combineren van verschillende (professionele) organisaties voor het idee van een sociale wijkgezondheidshub een ingewikkelde opgave. Dit komt voor uit de volgende obstakels:

- Alle aanbieders (eerstelijns, sociaal werk, welzijnsorganisaties, etc.) hebben hun eigen bedrijfsoptimalisatie binnen hun eigen keten. Denk hierbij aan openingstijden, spreekuurtijden, vaste pauzes en het wel of niet bewust open zijn in weekenden. Deze bedrijfsprocessen zijn vastgesteld aan de hand van de doelgroep van de aanbieders. Zo zullen sociale activiteiten voor ouderen bijvoorbeeld voornamelijk overdag plaats vinden wanneer de mantelzorgers aan het werk zijn. Om aan de wensen van fulltime werkende te voldoen, zal een tandarts ook op de zaterdag open zijn. Verschillende bedrijfsoptimalisaties brengen verschillende openingstijden met zich mee en daardoor ook extra kosten voor het beheer van het gebouw.
- De sturing van de financiën kun je niet regelen omdat er niet één iemand aan de knoppen zit. Neem het zorgexperiment in Almere als voorbeeld. Het experiment was succesvol totdat de gemeente zijn verantwoordelijkheden moest overdragen aan een partij die onder verantwoording stond van de private zorgverzekeringen. Het gevolg was dat de Zorggroep Almere de exploitatie van de verschillende gezondheidscentra niet meer rond kon krijgen waardoor deze werden gesloten of werden samengevoegd.
- Vrijwilligers hebben weer een ander beleid en sturing doordat zij met een ander doel het werk verrichten dan een werknemer. Vrijwilligers zijn minder tijdgebonden en hebben andere doelen en minder daardoor minder tijd- en kostenbewust. Zo zullen zij bijvoorbeeld meer tijd nemen voor persoonlijk contact met mensen ondanks dat dit ten kosten gaat van langere werktijden. Langere werktijden voor vrijwilligers, betekend automatisch ook dat de beheerder langer aanwezig moet zijn.
- Wie beheert het gebouw? Een gebouw beheren brengt risico’s met zich mee denk hierbij aan beveiliging, onderhoud, kosten voor een conciërge of baliemedewerker.
- Wie is er verantwoordelijk voor de exploitatie van de ruimte? Een aanbieder kan failliet gaan en contracten voor de huur van een ruimte kunnen verlopen of opgezegd worden en deze ruimte voor langere tijd leeg komt te staan, dan is er een partij die de kosten en de risico’s van het verlies zal moeten dragen.
- Wie is verantwoordelijk voor de Financiële middelen? De Wijkgezondheidshub zou zorgkosten kunnen besparen in alle 3 de verschillende zorgwetten maar deze winst in niet te meten.
- Het bedrijfsmatige component van de zorg is het probleem. Het centrum wordt gezien als een bedrijfscomponent dat alleen maar geld kost en niet als een mogelijk hulpmiddel om gezondheidsrisico’s en andere zorgkosten terug te dringen.
- Teveel risico’s voor investeerders. Door dit risicovolle aspect van een (sociale) wijkgezondheidshub zal een private zorgverzekeringpartij die in het geval van de zorggroep Almere eigenaar is van de vastgoed nooit in dit plan investeren.

Het probleem met de financiering is dus: *“Je moet niet beginnen met een prachtig plan en dan pas kijken naar de financiering. Je moet eigenlijk beginnen met de financiering. Als blijkt dat je de financiering niet geregeld krijgt. Dit is een probleem waarvan je weet dat er aankomt en onoplosbaar is omdat niemand het risico gaat lopen.”* (Beleidsmanager gezondheidscentra Amsterdam, persoonlijke communicatie, april 25, 2017).

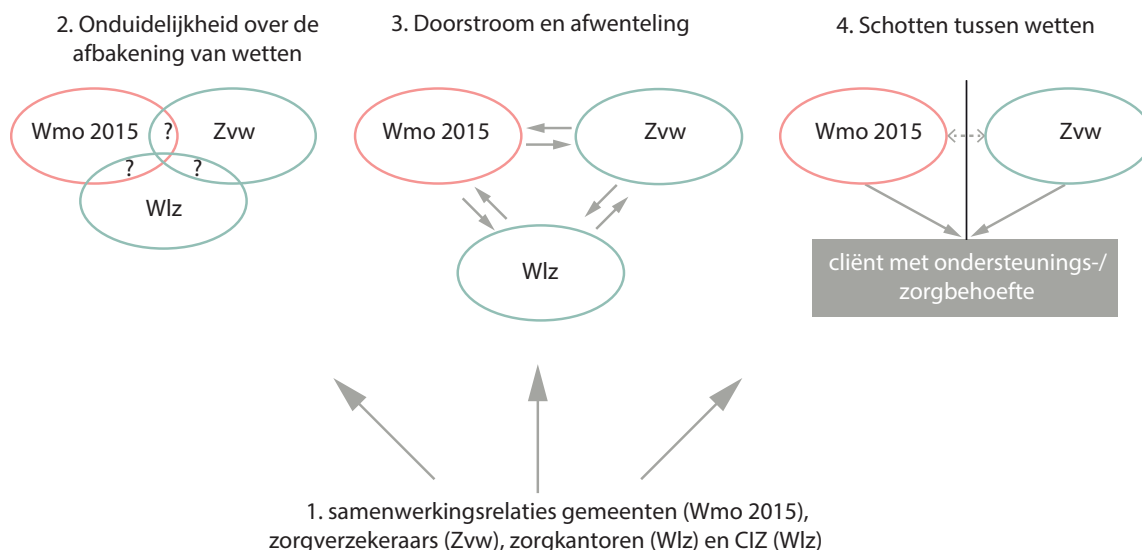
Knelpunten tussen de verschillende zorgwetten

Afbeelding 31 geeft de schematische weergave weer van de beschikbare vormen van zorg en ondersteuning voor ouderen. Deze afbeelding wekt de suggestie dat de ouderen als middelpunt staan omringd door een samenkomend zorgaanbod die voortkomt uit de verschillende pijlen van een samenwerkend zorgsysteem.



Afbeelding 31: Schematische weergave van de beschikbare vormen van zorg en ondersteuning voor ouderen (de Klerk et al., 2019, p. 30)

Echter is de werkelijkheid anders dan Afbeelding 31 doet vermoeden. Sinds het begin van de hervorming van de Nederlandse zorgwetgeving en zoals te zien is in Afbeelding 32 worden er door verschillende partijen en op verschillende onderdelen knelpunten gesignaleerd in de onderlinge afstemming en samenwerking binnen de zorgwetten (Kromhout et al., 2018):



Afbeelding 32: Knelpunten tussen de afstemming van de Wmo 2015, Zvw en Wlz (Kromhout et al., 2018)

1. De samenwerkingsrelaties tussen de gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en het CIZ;
 - Zorgverzekeraars laten kleine gemeentes waar geen geld aan te verdienen valt links liggen;
 - Doordat het ontbreken van contactpersonen is het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) moeilijk bereikbaar en benaderbaar voor zorgkantoren;
 - Door de privacywet is het onderling uitwisselen van cliëntgegevens tijdrovend door onnodige procedures voor het verkrijgen van de juiste informatie (Kromhout et al., 2018).
2. Onduidelijkheid over de afbakening van de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz;
 - Verschillende beoordelaars komen tot verschillende conclusies over de juiste indicatie van de zorgbehoevende;
 - ‘Grijze gebieden’ en ‘vage lijnen’ tussen de wetten waardoor soms onduidelijk is onder welke wet de ondersteuning voor de zorgbehoevende valt. *“Of persoonlijke verzorging onder de Wmo 2015 of onder de Zvw valt, hangt af van de vraag of er bij de cliënt sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop (Zvw), of van een behoefte aan begeleiding (Wmo 2015).”* (Kromhout et al., 2018, p. 294);
 - Geen overgangsregels voor nieuwe wetgevingen waardoor mensen met een oude AWBZ indicatie geen nieuwe Wmo indicatie kunnen aanvragen. In de oude AWBZ is veel zorg en ondersteuningsaanbod vergelijkbaar met zorg en ondersteuning uit het Wmo. Voor zorg en ondersteuning vanuit de Wmo hoeven mensen geen eigen bijdrage te betalen terwijl er voor zorg en ondersteuning vanuit de Wlz wel eigen bijdrage betaald moet worden. Als er eenmaal een (oude) indicatie voor Wlz afgegeven is, dan komen cliënten niet meer in aanmerking voor een Wmo indicatie (Kromhout et al., 2018).
3. Doorstroming en afwenteling van cliënten;
 - Doordat zorg en ondersteuning vanuit de Wmo geen eigen bijdrage heeft en zorg en ondersteuning vanuit de Wlz wel een eigen bijdrage heeft, worden er soms in verband met de hogere kosten voor een Wlz indicatie door cliënten bewust geen juiste indicatie aangevraagd;
 - Bij twijfel of de zorg en ondersteuningsaanvraag wel onder de Wmo valt, worden mensen aangeraden om een Wlz-indicatie aan te vragen. Cliënten worden bij twijfel dus liever doorgeschoven naar een andere partij dan dat er vanuit het Wmo onnodige kosten voor deze cliënt gemaakt worden. Het gevolg dat deze mensen op een Wlz indicatie moeten wachten en

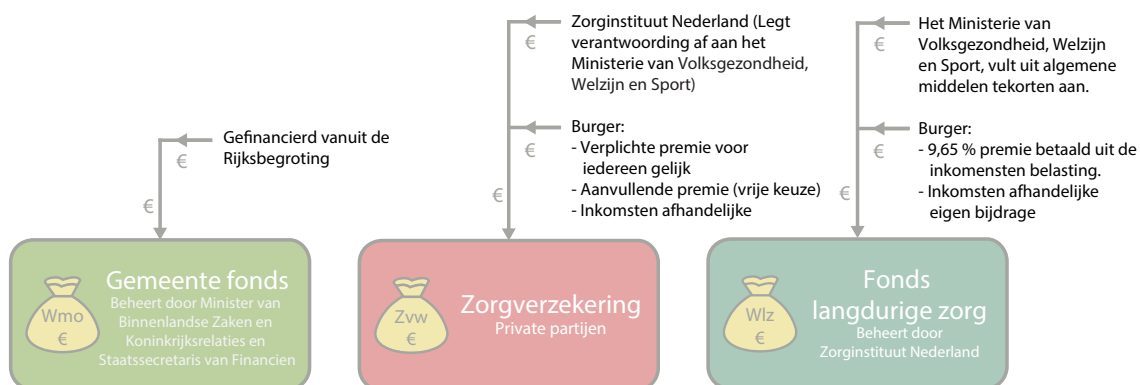
als deze wordt afgekeurd weer opnieuw onder op de stapel van de aanvraag voor een Wmo-indicatie komen te liggen. Hierdoor moeten cliënten onnodig lang wachten op de juiste zorg en ondersteuning waar zij recht op hebben.

- Huidige normen zijn ‘te strikt’ en belachelijk hoog’ waardoor kwetsbare zorgbehoevende niet de juiste zorg ontvangen. “Er zijn zorgen met betrekking tot de toegangscriteria tot de Wlz, die scherper zijn dan onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten het geval was.” (Kromhout et al., 2018, p. 297);
- De wettelijke voorgeschreven criteria worden uit financieel oogpunt strenger geïnterpreteerd dan door de wet voorgeschreven. Hierdoor wordt er geld bespaard bij de desbetreffende zorgpartij en worden de verantwoordelijkheden en kosten bij de andere partij neergelegd (Kromhout et al., 2018).

4. Belemmeringen in integrale dienstverlening door schotten tussen de wetten.

- Partijen betrokken bij de Wmo, Zvw en Wlz denken niet verder dan hun eigen stukje beleid; medewerkers zijn alleen op de hoogte van de inhoud van hun eigen domein en hebben geen idee wat de andere domeinen inhouden en waar deze precies voor zijn;
- ‘Verkokering van zorg en financieringssystemen’ waardoor zorgbehoevende niet in aanmerking (dreigen te) komen voor de benodigde zorg en ondersteuning. “Dit geldt in het bijzonder voor mensen met complexe problematiek en ggz-problematiek, die met meerdere we en te maken kunnen hebben. Bepaalde groepen cliënten met ggz-problematiek kunnen bijvoorbeeld na drie jaar verblijf in een instelling (tijdelijk) toegang tot de Wlz krijgen; tot die tijd valt deze zorg onder de Zvw. Andere mensen met (blijvende) ggz-problematiek zijn op de Wmo 2015 en/of de Zvw aangewezen, waar ze deze zorg keer op keer opnieuw toegewezen krijgen.” (Kromhout et al., 2018, p. 298);
- Zoals in Afbeelding 33 te zien is, lijken de schotten veroorzaakt te worden door de totstandkoming van verschillende financieringssystemen van de verschillende zorgwetten. De zorgverzekering die verantwoordelijk is voor de zorgverzekeringswet is een private partij. De zorgverzekering is als enige zorgwetgevingspartij een privaat opgezet waardoor binnen deze financiering gewerkt mag worden met een winstoogmerk. Het Fonds langdurige zorg is een sociale verzekering en wordt vanuit de overheid geregeld. Tot slot zijn de 400 verschillende gemeentes in Nederland verantwoordelijk voor de Wet maatschappelijke ondersteuning. Deze 3 partijen hebben ieder hun eigen financiering maar zijn alle 3 gezamenlijk verantwoordelijk voor de totstandkoming van de zorg in Nederland. De drie afzonderlijke financieringssystemen bemoeilijken een samenwerking om tot één sociale wijkgezondheidshub te komen (Kromhout et al., 2018).

Volgens Trees van der Maat, projectleider innovaties Met Maatschappelijke ondersteuning (van Dam & Bloeming, 2010, p. 7): “De hulpverleningsorganisaties zijn er niet voldoende op gericht. Ze nemen alles over van de klant, daar worden ze ook voor betaald. Zo werkt het systeem. Het systeem is ook gericht op specialisatie en differentiatie: voor complexe problemen moeten mensen vaak bij meerdere organisaties zijn. In de praktijk werken die organisaties onvoldoende samen.”



Afbeelding 33: Totstandkoming van de verschillende financieringssystemen van de zorgpotjes van de Wmo, Zvw en Wlz (eigen ill.).

4. Samenvatting en Discussie

Aan het begin van de 21 eeuw kwam de overheid tot de conclusie dat door onaanvaardbare en ontoelaatbare hoge zorgkosten de overheid genoodzaakt was om in 2006 de nieuwe zorgverzekeringswet in te voeren. Een geprivatiseerd Nederlandse zorgsysteem werd het nieuwe uitgangspunt. De overheid was van mening dat door het privatiseren van de zorg, de marktwerking die zou ontstaan uiteindelijk de zorg in Nederland kwalitatief beter en goedkoper zou worden, mede door een zwaarder accent te leggen op de participatiemaatschappij.

Een graag aangehaald voorbeeld van de participatiemaatschappij is de sociale wijkgezondheidshub zoals die in het Verenigd Koninkrijk. Het gaat hier om het voorbeeld van het Bromely by Bow Centre in Londen. Het Bromely by Bow Centre is een 'Community Health Centre' en is ontwikkeld voor en door de bewoners uit de omliggende wijken. In het centrum is een samenwerkingsverband tussen zorgprofessionals en vrijwilligers waardoor er zowel een regulier eerstelijnszorg aanbod aanwezig is als sociale (zorg) activiteiten. Het kern idee van het centrum is dat er hierdoor geen scheidslijn tussen formele en informele zorg en welzijn ontstaan waardoor de zorg laagdrempelig is en de druk van goede zorg niet alleen meer bij de huisarts ligt. Alle diensten in het centrum zijn onderdeel van het aanbod van de huisarts.

De opzet van het Community Health Centre kent enige overeenkomsten met het model van het wijkgezondheidscentrum zoals ontwikkeld in Almere. Deze opzet wordt gezien als een model voor de verdere ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland (ING, 2015). Door vergrijzing, pensionering van een groot aantal huisartsen die in de jaren 50 en begin jaren 60 werden geboren, en door toenemende participatie van vrouwen die vaker dan voorheen parttime werken neemt de behoefte aan huisartsen de komende jaren sterk toe. Daar komt bij dat de huisarts steeds meer functioneert als poortwachter voor toegang tot duurdere specialistische zorg. Volgens de ING (2015) betekent dit dat er vooral ingezet moet gaan worden op wijkgezondheidscentra waar meer huisartsen werkzaam zijn. Deze huisartsen werken anders dan vroeger in toenemende mate met praktijkondersteuners. Het door de ING voorgestane model toont sterke overeenkomsten met het model van het Almeerse model van een wijkgezondheidscentrum met een apotheek en ook andere paramedische functies zoals een fysiotherapeut, wijkverpleging. Door architecten en consultants die zich specialiseren in huisartsenpraktijken wordt deze visie in belangrijke mate uitgedragen.

De recente ontwikkelingen in Almere echter daarmee haaks te staan op de ontwikkelingen zoals de architecten, consultants en financiers van gezondheidscentra die zien. Het doel van dit onderzoek was daarom om een antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraag: *'Zal een nieuwe (sociale) wijkgezondheidshub' met (eerstelijns)zorg- en ondersteuningsarrangementen voor senioren in het huidige beleid mogelijk kunnen zijn, of is er sprake van een beleidsparadox? wonen?'* Een belangrijk uitgangspunt bij dit onderzoek is dat er niet alleen over ouderen en andere gebruikers wordt geschreven, maar dat deze stakeholders ook betrokken zijn in dit onderzoek om zodoende het gebruikersperspectief scherp te stellen. Dit onderzoek is uitgevoerd als een casestudie van de situatie in Almere. Naast een uitgebreid dossieronderzoek waarmee het mogelijk was om de besluitvormingsprocessen te onderzoeken vanaf het begin van Almere in 1976, zijn diepte-interviews met gebruikers gedaan.

Een '(sociale) wijkgezondheidshub' is een wijk gezondheidscentrum dat 24/7 dienst zal doen als sociale hub voor ouderen en zorgbehoevende en waarbinnen de belangrijkste zorg- en ondersteuningsvoorzieningen onder één dak samengebracht zullen worden. Senioren kunnen elkaar dus ontmoeten, ouderen kunnen deelnemen aan dagbesteding in hun eigen veilige en vertrouwde omgeving, Zij kunnen gemonitord worden, maaltijdvoorzieningen zijn mogelijk en er is een veilige sociale cohesie.

Beleidsparadox

De belangrijkste verdienste van deze casestudie van de stad Almere is dat dit onderzoek de beleidsparadox bloot legt: door de privatisering en marktwerking in de zorg, ligt de besluitvorming over de organisatie van de huisartsenzorg niet meer in handen van de overheid. Tegelijkertijd stuurt de overheid via de financieringsstromen in het sociaal domein op het versterken van de participatiemaatschappij en wordt vanuit dit domein de noodzaak benadrukt dat ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen. Enerzijds zegt de overheid dus het belangrijk te vinden dat ouderen langer zelfstandig thuis wonen, om de zorgkosten te drukken. Anderzijds heeft de overheid geen invloed meer op de organisatie van de gezondheidszorg waardoor de combinatie van zorg- en sociaalmaatschappelijke dienstverlening niet dicht bij de ouderen is af te dwingen.

In Almere is de Zorggroep Almere primair verantwoordelijk voor de huisartsenzorg en de verstrekking van medicijnen. Zorggroep Almere legt over deze taken een verantwoording af aan de zorgverzekering. De Gemeente Almere heeft verder geen inspraak over de vormgeving van de eerstelijnszorgvoorzieningen in de stad.

Doordat de zorgwetgeving in Nederland uit drie verschillende wetten bestaat en de financieringen van deze wetten ook op drie verschillende manieren tot stand komen, ontstaat er een driedeling in de financieringen. De overheid heeft weliswaar binnen de Zvw bepaalde regels aan de zorgverzekeringen opgelegd, maar de zorgverzekeraars hebben een grote mate van vrijheid en bepalen zodoende eigenlijk het beleid en de uitgaves binnen de eerstelijns zorg. De bestuurder van het gezondheidscentra moet dus toestemming vragen en verantwoording afleggen aan de zorgverzekeringen over de plannen en uitgaven die er gedaan moeten worden. Zvw is een private partij en mag dus winst maken. Dus zolang zij zich aan de regels houden die opgelegd zijn door de overheid, kunnen de zorgverzekeraars zo goedkoop mogelijk hun diensten inkopen. De Gemeente Almere is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo in de gemeente Almere. Via de Wmo ondersteunen ze mensen met een beperking zoals ouderen en/of gehandicapten zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. De Wlz is een sociale zorgvoorziening voor de meest kwetsbare mensen die langdurige 24-uurszorg nodig hebben en die wordt geregeld en betaald door de overheid.

Een (sociale) wijkgezondheidshub met (eerstelijns)zorg- en ondersteuningsarrangementen voor senioren is met het huidige zorgwetgeving en de gemeentelijke structuren waarbinnen de kaders van de verantwoordelijkheden van de zorgpartijen in de gemeente beschreven staan niet mogelijk. Uit de interviews komen verschillende knelpunten naar voren, bijvoorbeeld op het gebied van onderlinge samenwerking die de realisatie van een wijkgezondheidscentrum in de weg staan. Uit de interviews komt naar voren en zoals in Afbeelding 27 te zien is, dat er gecompliceerde samenwerkingsrelaties bestaan tussen de gemeenten, de zorgverzekeraars, de zorgkantoren en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Een ander probleem is dat er onduidelijkheid bestaat over de afbakening van de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz; Waardoor cliënten door getouwtrek over kosten en verantwoordelijkheden lange tijd op zorg en ondersteuning moeten wachten of voor lange tijd niet de juiste zorg en ondersteuning ontvangen. Hierdoor stagneert de doorstroming en vindt er afwenteling van cliënten plaats. Tenslotte wordt gemeld dat er belemmeringen zijn in de integrale dienstverlening door de aanwezigheid van schotten tussen de wetten. Dit soort knelpunten hangen dermate samen met de verschillende financieringsstructuren en de daarbij behorende verschillende verantwoordelijkheden en bevoegdheden, dat het onwaarschijnlijk is dat er zonder stelselherzieningen een wijkgezondheidscentrum dat lijkt op het community health centre Bromely Bow in Londen zal ontstaan. Dat het in Londen wel mogelijk is, heeft te maken de positie van de overheid. De betrokken domeinen zorg en welzijn vallen beiden onder de verantwoordelijkheid van de NHS en worden ook gefinancierd uit publieke middelen. In de visieontwikkeling van architecten en consultants wordt geen aandacht besteed aan het verschil in financiering.

Sterker nog, de visie die architecten en consultants ontwikkelen over hoe een eerstelijnsvoorziening ingericht zou moeten worden wordt door de beleidsmanager van Amsterdam als niet realistisch betiteld: *'Eerst geld dan een nieuw plan, zonder geld geen nieuw plan'*. Zolang de zorgverzekeringen privaat zijn en werken met een winst oogmerk, zal de zorgverzekering nooit instemmen om de gezondheidscentra die nu n eigendom zijn van de Zorggroep Almere om te laten bouwen tot een sociale wijkgezondheidshub.. Nieuwe ideeën kosten immers geld en waarom onnodige risico's nemen als oude systemen prima werken en deze al genoeg geld en winst opleveren?

Toegevoegde waarde voor langer zelfstandig thuis wonen

Door de vergrijzing, het steeds ouder worden, de krimp van de beroepsbevolking en de individualisering van ouderen werden de verwachte zorgkosten onaanvaardbaar en onbetaalbaar hoog. Met als gevolg dat de Nederlandse zorgwetgeving moest veranderen. Op 1 januari 2007 werd de AWNZ vervangen door de nieuwe zorgwet: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In 2015 werden daar ook nog eens de Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet aan toegevoegd. Het doel van deze nieuwe zorgwetgevingen was dat er meer zelforganisatie, maatschappelijke binding en eigenverantwoordelijkheid zou ontstaan waarbij 'zelfredzaamheid' en 'participatie' van de burger zelf verwacht werd. Het gevolg van deze nieuwe zorgwetgeving was dat mensen steeds langer zelfstandig thuis moesten blijven wonen. Helaas kent langer zelfstandig thuis wonen ook zijn keerzijde.

Onder onze ouderen in Nederland is er een groot verschil voor wat betreft de vitaliteit, kwetsbaarheid, chronische aandoeningen en de behoefte aan preventie, ondersteuning en zorg van deze doelgroep. Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren. Dit vergroot de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden). Omdat iemands kwetsbaarheidstoestand dynamisch is, kan iemands kwaliteit van leven afnemen wanneer de mate van kwetsbaarheid door negatieve omstandigheden toeneemt. Door verbetering van de omstandigheden kan de kwaliteit van leven ook weer toenemen. Plekken waar ouderen elkaar kunnen ontmoeten zijn wenselijk voor de sociale duurzaamheid in de wijk en verbeteren de kwetsbaarheidstoestand van ouderen. Sociale duurzaamheid helpt dus bij het ondersteunen en verbeteren van de kwetsbaarheid van ouderen en daarmee wordt ook de kwaliteit van leven ondersteund en verbeterd. Uit de interviews met ouderen blijkt dat de combinatie van een buurthuisfunctie en een gezondheidscentrum in de vorm van een 'wijkgezondheidshub' ouderen een sociale en vertrouwde omgeving biedt en van toegevoegde waarde kan zijn bij het langer en met een goede kwaliteit van leven, zelfstandig thuis wonen van ouderen.

Beter zorgen voor zelfstandig thuis wonende ouderen

Er kan inmiddels wel geconcludeerd worden dat door *"Wetswijzigingen – de invoering van de Zvw, de Woningwet 2015, de Wmo 2015, de Wlz – in de laatste decennia de werelden van wonen, welzijn en zorg uit elkaar getrokken hebben en bedoeld en onbedoeld de concurrentie tussen aanbieders van zorg en ondersteuning bevordert."* (Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020, p. 35). Daarom besloot het kabinet in 2018 om een commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen op te richten. Deze commissie kreeg als voornaamste taak om een advies uit te brengen over wat er nodig is om de zorg voor thuiswonende ouderen ook in de toekomst mogelijk en betaalbaar te houden, rekening houdend met demografische, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen. De commissie onder leiding van oud-PvdA-leider Wouter Bos schrijft in het rapport 'Oud en zelfstandig in 2030; Een reisadvies' (2020), dat nu ouderen steeds langer zelfstandig thuis blijven wonen, er dringend behoefte is aan nieuwe woonvormen. Het is belangrijk dat de overheid direct aan de slag gaat om het ouderen mogelijk te maken zelfstandig te blijven wonen. Ouderen en zorgprofessionals moeten gaan digitaliseren. Er moeten (nieuwe) geschikte woonmogelijkheden komen zodat ouderen zo min mogelijk afhankelijk worden van zorg. De zorg moet beter worden georganiseerd door de samenwerking op het gebied van wonen, welzijn en zorg te verbeteren. Verder is het belangrijk dat de

complexiteit van het stelsel van zorg en ondersteuning vereenvoudigd zal worden, maar tegelijkertijd moeten er ook meer verpleeghuisplekken komen.

“Bouwen, bouwen en nog eens bouwen”. (NOS, 2020) Dat is volgens Wouter Bos de oplossing voor het langer thuis blijven wonen van ouderen. Ondanks dat Almere gebouwd is met het oog op levensbestendig wonen, moet ook de Gemeente Almere gaan nadenken over de toekomst van zijn zelfstandig thuis wonende ouderen. Almere kampt immers de komende jaren met een toenemend aantal 65-plussers van 13% naar 28% van de inwoners. De Commissie (2020) is namelijk van mening dat levensbestendig wonen helemaal niet automatisch ook betekend dat mensen hun hele leven in de zelfde woning kunnen blijven wonen. Zij zijn van mening dat het overheidsmotto dat ouderen ‘langer thuis’ moeten blijven wonen voor veel verwarring zorgt. Er wordt namelijk voor vanzelfsprekend aangenomen dat ‘langer thuis’, het thuis is waar mensen hun hele leven gewoond hebben. Ongeschikte thussituaties bij ouderen kunnen tot onveilige en onverantwoordelijke situaties leiden die onnodige hoge zorgkosten met zich mee kunnen brengen. *“We stellen vast dat aan thuis (blijven) wonen geen onbeperkt recht te ontleen is om de daarmee gepaard gaande kosten op de samenleving af te wentelen.”* (Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020, p. 24). Het is dus belangrijk dat ouderen tijdig gaan nadenken over aanpassing van hun woning of over een andere, geschiktere woning. Om een nieuw beleid voor het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen mogelijk te maken, moet er in Nederland een herziening komen van de denkwijze waarop iedere Nederlander het voor vanzelfsprekend acht, dat de Overheid verantwoordelijk is voor de zorg en ondersteuning van zijn burgers. Allereerst in de commissie van mening, *“Verzekeren is voor onvoorziene kosten. De kosten van wonen, maaltijden en huishouden, inclusief huishoudelijke hulp, horen dus niet in een collectieve verzekering.”* (Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020, p. 24). De kosten en de menskracht zijn elders in de zorg hard nodig. Uit onderzoek is gebleken dat de financiële middelen van ouderen steeds meer is toegenomen. Toekomstige ouderen hebben de afgelopen jaren gemiddeld veel meer deelgenomen aan de arbeidsmarkt en daardoor meer aanvullend pensioen opgebouwd. Bovendien hebben ouderen door de toenemende welvaart in Nederland ook veel meer eigen vermogen opgebouwd door onder andere het bezit van een koopwoning met overwaarde. *“Het lijkt erop dat de toekomstige 75-plussers beter in staat zullen zijn om de onvoorziene kosten die met veroudering gepaard gaan zelf te dragen.”* (Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020, p. 16).

Vele goede ideeën en oplossingen worden er aangehaald in het nieuwe beleidsadvies van ‘de Commissie Toekomst zorg thuis wonende ouderen’ Maar helaas creëert ook dit advies door onder andere het ontbreken van het financiële aspect van het plan ook weer een groter wordende beleidsparadox in het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen. Zoals de beleidsmanager van een aantal Amsterdamse gezondheidscentra namelijk ook al vertelde, *“Je moet niet beginnen met een prachtig plan en dan pas kijken naar de financiering. Je moet eigenlijk beginnen met de financiering. Als blijkt dat je de financiering niet geregeld krijgt. Dit is een probleem waarvan je weet dat er aankomt en onoplosbaar is omdat niemand het risico gaat lopen. Dan kunnen wij wel prachtige plannen maken maar dat heeft helemaal geen zin.”*

Een andere punt dat Wouter Bos in het interview met het NOS Journaal (2020) aanhaalt, is dat Nederland moet gaan *“Bouwen, Bouwen en nog eens Bouwen”*. Hoe kan Nederland gaan bouwen als de hele bouwsector op zijn gat ligt doordat deze verweekeld is geraakt in een stikstofcrisis? Het Economisch Instituut voor de Bouw stelt, dat naar verwachting de komende jaren de productie van nieuwbouwwoningen en realisatie van renovatieprojecten door de stikstofcrisis in met zo’n 5 procent per jaar zal afnemen (Heilbron, 2020). En daar komt dan ook nog eens bij dat Nederland al jaren te kampen heeft met een woningcrisis. Het realiseren van nieuwe (geschikte) woningen en woonvormen voor ouderen is nog niet zo vanzelfsprekend en op korte termijn te realiseren. Verder haalt de Commissie (2020) in hun advies aan, dat er meer verpleeghuisplekken gerealiseerd moeten worden maar tegelijkertijd heerst er met de huidige verpleeghuiscapaciteiten al aanzienlijke krapte op de arbeidsmarkt voor verpleeghuispersoneel.

Als de gemeente Almere wil inspelen op het adviesrapport van de Commissie toekomst zorg thuiswonende ouderen, dan zal er gekeken moeten worden naar oplossingen voor ouderen die op korte termijn haalbaar, betaalbaar en realiseerbaar zijn. Ga niet (nieuw) bouwen maar ga verbouwen. Vele voormalige bejaardentehuizen worden sinds de veranderende zorgwetten niet langer in zijn volle capaciteiten gebruikt. Ontwikkel zelfstandige woningen waar senioren zelfstandig kunnen functioneren en indien de omstandigheden veranderen er gebruik gemaakt kan worden van de faciliteiten en de zorg van het verpleeghuisvoorzieningen. Ook vele gezondheidscentra in Almere worden sinds de hervorming van de zorg niet of niet meer in volle capaciteit gebruikt. In gezondheidscentrum Oost bijvoorbeeld, zijn elke ochtend tussen 8:00 en 12:00 1 of meerdere huisartsen voor spreekuur aanwezig voor de ouderen van de omliggende wijken. Leegstaande gezondheidscentra zouden beter benut moeten worden, ontwikkel zogenaamde huisartsenbedden die onder regie van de huisarts staan. Of maak het mogelijk dat er enkele hospices plekken beschikbaar komen voor ouderen uit de omgeving.

5. Aanbeveling

Stel je voor dat er een uitweg is en dat een (sociale) wijkgezondheidshub toch gerealiseerd kan worden en een manier om te voorkomen dat er op de zorg bespaard wordt door verschuiving van kosten naar het sociaal domein. In de conclusie kwam naar voren dat de Zorggroep Almere primair verantwoordelijk is voor de huisartsenzorg en de verstrekking van medicijnen. Zorggroep Almere legt over deze taken een verantwoording af aan de zorgverzekering. De Gemeente Almere heeft verder geen inspraak over de vormgeving van de eerstelijnszorgvoorzieningen in de stad. Het doel van dit onderzoek was om 'het experiment van de gezondheidszorg in Almere' die in 1978 opgezet was bij de ontwikkeling van Almere onder de loep te nemen voor de ontwikkeling van een nieuw prototype wijkgezondheidshubs in de rest van Nederland. Almere kent sinds de ontwikkeling van de stad als één van de weinige steden van Nederland wijkgezondheidscentra. Door de herbezinning in de stad worden er momenteel allerlei wijkgezondheidscentra gesloten en/of samengevoegd. Bij de ontwikkeling van het zorgexperiment werd de structuur van het stelsel van gezondheidsvoorzieningen werd als volgt bedacht:

- De planning zou onder gemeentelijke regie moeten vallen (bestuurlijke samenhang),
- Eén financiële kader voor de hele Almeerse gezondheidszorg (financiële samenhang)
- en het tot stand brengen van beheersorganisaties per zorgsector (structurele en inhoudelijke samenhang).

Deze opzet zou goede samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg bevorderen, en onnodig gebruik van de tweedelijnsvoorzieningen zouden worden voorkomen. Wat is nu het probleem van de wijkgezondheidscentra in Almere? Op een zeker moment heeft de Gemeente Almere de bestuurlijke samenhang van de zorgstructuur uit handen gegeven waardoor de Gemeente geen inspraak meer heeft over de vormgeving van de zorgvoorzieningen in de stad.

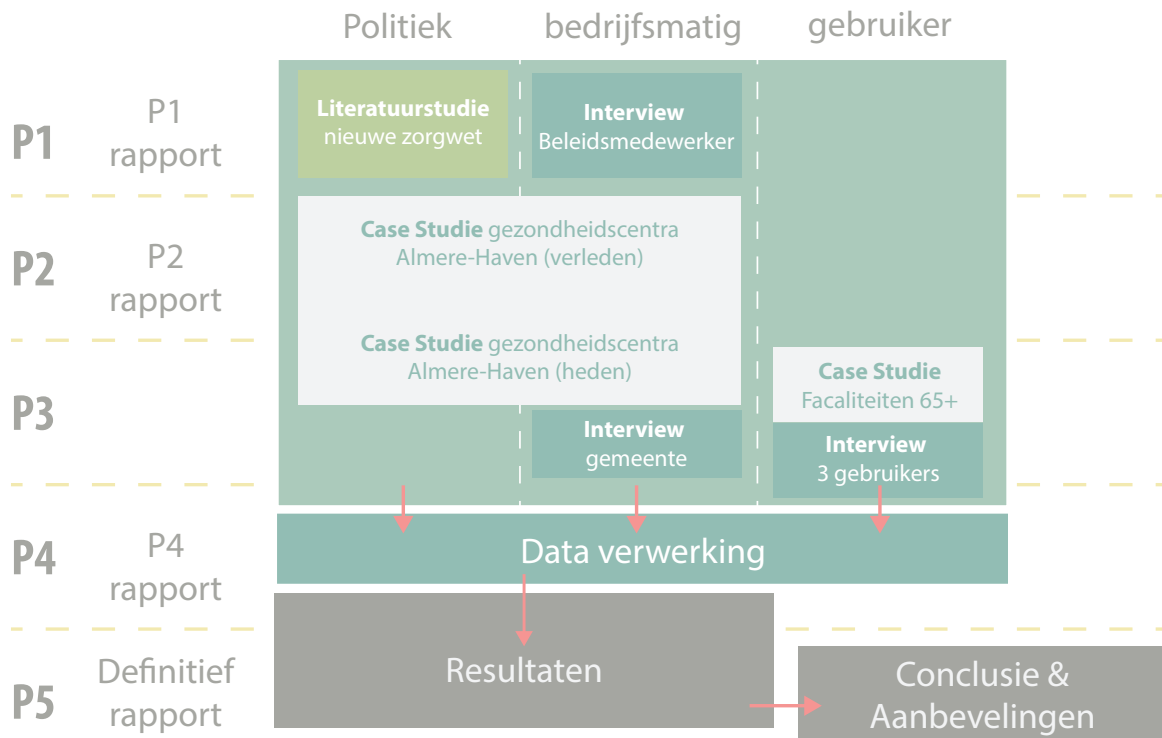
Wat nu als we alles weer zouden omdraaien en de win-win situatie creëren voor de gemeente? De gemeente zal dan verantwoordelijk zijn voor het vastgoed van de eerstelijnszorgvoorzieningen en de exploitatie van de ruimte en zal de daarbij behorende risico's op zich nemen. In het geval van Almere Haven zou de gemeente de buurt gezondheidscentra West en Oost kunnen terugkopen van de Zorggroep Almere. West staat immers toch leeg en de Oost wordt maar voor een hele kleine bezettingsgraad gebruikt. Andere locaties of andere gebouwen zouden zonde zijn aangezien bij de ontwikkeling van de gezondheidscentra deze wijken/locaties als beste uit de analyses naar voren kwamen. De gemeente investeert in het vastgoed, het beheer van de vastgoed en de Zorggroep Almere huurt de ruimtes van de verschillende gezondheidshubs. De Win-win situatie voor de gemeente is dat zij nu al primair verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de Wmo. Het doel van deze zorgwetgevingen is dat er meer zelforganisatie, maatschappelijke binding en eigenverantwoordelijkheid zou ontstaat waarbij 'zelfredzaamheid' en 'participatie' van de burger zelf verwacht werd met als doel het stimuleren van het langer zelfstandig thuis wonen van ouderen. De behoefte aan zorg en ondersteuning hangt samen met de kwetsbaarheid en kwaliteit van leven voor ouderen. Een betere sociale en duurzame omgeving waar minder mensen eenzaam zijn, elkaar kunnen ontmoeten, waar mensen naar elkaar luisteren en welkom zijn, dragen bij aan betere kwaliteit van leven en bevorderen de kwetsbaarheid van ouderen.

Enerzijds zal de gemeente dus investeren in een betere sociale omgeving door het realiseren van een sociale buurtgezondheidshub en anderzijds zal deze investering zich terugverdienen/verplaatsen vanuit het zorgpotje van de Wmo. Immers een betere sociale omgeving draagt bij aan een betere zelfstandigheid en zelfredzaamheid onder onze ouderen. Een ander voordeel voor de gemeente is, dat veel voorzieningen en zorg betaald worden vanuit de Wmo die nu door derde partijen ingekocht moeten worden of waar locaties voor gehuurd moeten worden. Al deze activiteiten kunnen dan gezamenlijk plaats vinden in de nieuwe buurtgezondheidshub. Kosten zullen daardoor ook terugverdiend worden.

“Alleen door echt samen te werken, risico’s te nemen en op een andere manier te werken, kunnen wij er met elkaar voor zorgen dat senioren langer en met een goede ‘kwaliteit van leven’ thuis kunnen blijven wonen en dat de (sociale) wijkgezondheidshub gerealiseerd kan worden.”

6. Reflectie

De keuze van de methode (hoe?) en de argumentatie (waarom?) die aan mijn onderzoek vooraf gingen was een onderdeel van mijn onderzoeksplan beschreven in mijn p2 report. In mijn p2 werd het conceptueel model zoals weergegeven in Afbeelding 34 als onderdeel van mijn onderzoeksplan opgesteld. Dat de planning anders gelopen is dan ik had gehoopt of verwacht had, daar draai ik niet omheen. Ik ben ziek geweest, ik heb een huis gekocht, ik ben verhuisd naar de andere kant van Nederland, ik heb een huis gerenoveerd en ik heb een hele sociale contacten moeten opbouwen. Maar dit alles heeft mij wel de kracht gegeven om door te zetten en dit onderzoek met een positief resultaat te kunnen afsluiten zodat ik weer aan een nieuwe fase in mijn leven kan beginnen. Door mijn werkervaring in de zorg, hebben ouderen bij mij een speciaal plekje gekregen waardoor een afstudeeronderwerp voor mij niet moeilijk te vinden was. Doordat de keuze van mijn afstudeerontwerp zo dicht bij mijn interessegebied lag, heeft dit mij altijd het doorzettingsvermogen gegeven om dit onderzoek tot een goed resultaat af te kunnen sluiten.



Afbeelding 34: Conceptueel model van de planning (eigen ill.)

Het grootse obstakel was toch wel het verkrijgen van informatie over de besluitvorming binnen de Zorggroep Almere. Zorggroep Almere heeft een moeilijk toegankelijk onderzoeksbeleid waardoor zij niet transparant zijn met het vrijgeven van bestuurlijke informatie. Aangezien de Zorggroep Almere een stichting is en zij dus verplicht elk jaar een jaarverslag en jaarcijfers moeten publiceren waren enkele gegevens toch in te zien. Echter blijven jaarverslagen en jaarcijfers oppervlakkig en missen deze veel belangrijke details. Doordat informatie moeilijk verkrijgbaar was bij de Zorggroep Almere ben ik een andere weg in geslagen en ben ik informatie gaan zoeken in het gemeente archief. Ik was ongelofelijk verbaasd over de toegankelijkheid van het gemeente archief van Almere. Zowel online als niet gedigitaliseerde documenten waren na een mailtje de volgende ochtend al bij het stadhuis in te zien. Archiefstukken van meer dan 40 jaar geleden waren volledig en netjes gedocumenteerd terug te vinden. Wat ik wel ondervonden heb is dat het uitpluizen van archieven ontzettend tijdrovend

kan zijn en soms wel dagen of weken in beslag kan nemen om tot de juiste resultaten te komen. In veel oude documenten werken de zoekfuncties niet waardoor tientallen documenten van meer dan 200 pagina, pagina voor pagina doorgenomen moesten worden. De ene dag leverde dit geen resultaten op terwijl de volgende dag de resultaten en uitkomsten weer heel productief konden zijn. Ook het classificeren en het verwerken van de bronnen in Endnote is een enorme klus geweest. Doordat sommige bestanden uit meerdere documenten bestonden was het lastig om de documenten die ik in p2 gebruikt had terug te vinden. Uiteindelijk heb ik alle bronnen opnieuw in Endnote ingevoerd en het archiefnummers opgenomen in de titels van Endnote en de bronvermelding van mijn scriptie. Alle documenten in het bestand hebben dezelfde naam gekregen voorafgaande aan het archiefnummer.

7. Referenties

- Batenburg, R.S., & Kalf, R.R.J. (2010). *Zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra in Nederland; Verschillen, trends en bekostigingen*. Utrecht: Nivel.
- Burgemeester en Wethouders van Almere. (2018). *Beantwoording schriftelijke vragen over geen huisartsenzorg en medicijnafgifte meer in Gezondheidscentrum De Driehoek in Staatsliedenwijk*. Almere: Raad van Almere.
- Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen. (2020). *Oud en zelfstandig in 2030; Een reisadvies*. Den Haag: Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen.
- D&B. (n.v.). *AUTORITEIT EN GEDRAGSVERANDERING: WAT DE MAN IN PAK ZEGT IS WAAR, TOCH?* Retrieved 1 januari, 2020, from <https://http://www.dbgedrag.nl/autoriteit/>
- Dantuma, E. (2015). *Verbeteren door te verbinden*. Amsterdam: ING Bank N.V.
- de Klerk, M., Verbeek-Oudijk, D., Plaisier, I., & den Draak, M. (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen: Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *29 763 Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Dekker, L. (1985). *2 Project evaluatie gezondheidszorg Almere: Verslag inzake de bestuurlijke samenhang*. Utrecht: Nivel.
- Fransman, R., Kraaijeveld, K., Zonderland, S., & Lomans, R. (2018). *Zo werkt de zorgverzekering*. Amsterdam: De Argumentenfabriek.
- Garsen, J. (2011). *Demografie van de vergrijzing*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Gemeente Almere. (2018). *Stadsdeel Almere Haven (kenmerken en trends)*. Retrieved 15 Januari, 2018, from <https://haven.almere.nl/stadsdeel-almere-haven-kenmerken-en-trends/>
- Gemeente Krimpen aan den IJssel. (2013). *Projectplan "kwetsbare ouderen, samen redzaam"*. Krimpen aan den IJssel: Gemeente Krimpen aan den IJssel.
- Heilbron, B. (2020). 'Groeit bouwsector ligt twee jaar stil door stikstofcrisis'. *Trouw*.
- Hoogervorst, J.F., & Ross-van Dorp, C.I.J.M. (2003). *Brief van de staatssecretaris en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag.
- ING. (2012). *Zorgvisie 2020; Zorg(en) voor de toekomst*. Amsterdam: ING.
- Kamp, H.G.J. (2011). *Arbeidsmarktbeleid*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- Kromhout, M., Kornalijslijper, N., & de Klerk, M. (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking: Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Maarhuis, N. (2017). *Hoe krijgen we het hart terug in het zorgsysteem?* Retrieved 1 janurari, 2020, from <https://maatschapwij.nu/blogs/zorgsysteem-in-nederland/>
- Meijdam, H.M., & Hillebrand, R. (2014). *Langer zelfstandig, een gedeelde opgave van wonen, zorg en wijlzijn*. Den Haag: Raad voor de leefomgeving en infrastructuur.
- Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

- Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008). *29 247 Acute zorg*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2016). *Het Nederlandse Zorgstelsel*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2004). *INTENTIEVERKLARING Versterking eerstelijnsgezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Nationaal Ouderen Fonds. (2018). Feiten en Cijfers; Hierbij een aantal feiten en cijfers over ouderen in Nederland en de problemen waarmee zij kampen. Retrieved 11 januari, 2018, from <https://http://www.ouderenfonds.nl/onze-organisatie/feiten-en-cijfers/>
- Nederlanden, Staatsblad van het Koninkrijk der. (1988). 55 Besluit van 1 februari 1988, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in artikel 41, alsmede 52, 54 juncto 41, 55 en 84 van de Wet voorzieningen gezondheidszorg, ten behoeve van een experiment in de gemeente Almere (Besluit Experiment Gezondheidszorg Almere). Den Haag: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden.
- Nivel. (2013). *Ruimte voor substitutie; Verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg*. Utrecht: Nivel.
- NOS. (2020). NOS avondjournaal 15 januari Hilversum: NOS.
- Omroep Flevoland. (2016). Groot medisch centrum in oude bibliotheek Haven. *Omroep Flevoland*. Retrieved 5 december 2019, from <https://http://www.omroepflevoland.nl/nieuws/134186/groot-medisch-centrum-in-oude-bibliotheek-haven>
- OmroepFlevoland. (2015). Twee gezondheidscentra verdwijnen in Haven. Retrieved 15 januari, 2018, from <http://www.omroepflevoland.nl/nieuws/127017/almere-twee-gezondheidscentra-verdwijnen-in-haven>
- Onderwater, P. (2016). Bewoners Haven blij met openblijven gezondheidscentrum Oost., *AlmereVandaag*.
- projectbureau reorganisatie Almere. (1993). CGA-3.20679 Project bureau reorganisatie Almere voorstudie, coordinatie en probleemstelling wijkbeheer. Almere: projectbureau reorganisatie Almere.
- Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders. (1975). *D50678 Opzet gezondheidszorg in Almere-Haven*. Lelystad: Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders.
- Rijksdienst voor de ijsselmeerpolders, & Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere. (1975). *D50678 Programma van Eisen gezondheidscentrum Almere-Haven*. Lelystad: Rijksdienst voor de ijsselmeerpolders en zuidelijke ijsselmeerpolders.
- Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu. (2015). *Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid*. Den Haag: Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu.
- Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu. (2016). *Goede preventieve ouderenzorg: Welke elementen zijn van belang?* Den Haag: Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM, CBS, & GGD-en. (2018). *Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ross-van Dorp, C.I.J.M. (2005). *Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning)*. Den Haag: Tweede Kamer.

- Sixman, H., de Bakker, D.H., & van der Bent, J. (1993). *Het experiment gezondheidszorg Almere: eindevaluatie van een experiment en een krap geplande tweede lijn*. Rijswijk: Nivel.
- Sixman, H., van de Voort, C., & e.a. (1985). 1 Project evaluatie gezondheidszorg Almere: Situatieschets van Almere. Utrecht: Nivel.
- Sixman, H.J.M. (1997). *New land, new town, new health care system: Primary care based health care planning in a modern, industrialized society; a case-study evaluating the health care demonstration project in the new Dutch town of Almere*. Universiteit van Maastricht, Maastricht.
- Sociaal Cultureel Planbureau. (2016). *Overall rapportage sociaal domein 2015*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Sociaal Cultureel Planbureau. (2018). *Overall rapportage sociaal domein 2017*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA). (1990). EVA-Beleidsplan Zorgverlening 1990-1994. Almere: Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA).
- Stichting Kruiswerk Flevoland. (1980). D57343 Voorbereiding opzet structuur en organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: Stichting Kruiswerk Flevoland.
- Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere. (1978). *Gebiedsindeling gezondheidscentra Almere-Haven*. Almere: Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere.
- Stichting Zorggroep Almere. (2016). *Jaarrekening Stichting Zorggroep Almere 2015*. Almere: Zorggroep Almere.
- Stichting Zorggroep Almere. (2019). *Geconsolideerde jaarrekening 2018*. Almere: PricewaterhouseCoopers Accountants N.V.
- Talstra, M., & de Kousemaeker, G. (2015). *Zorg Dichtbij - een duurzaam concept voor anderhalvelijnszorg*. Amsterdam: Fluent Healthcare BV.
- ten Hoopen, A.J., & Nutma, J. (1990). CGA-3.23589 Project Gezondheidszorg Almere, Gezondheidszorg informatiemodel: Een gebruikshandleiding. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- van Dam, A., & Bloeming, I. (2010). *Een stad in beweging : de verkenning naar sociale duurzaamheid*. Almere: Gemeente Almere
- van de Schoot, R., & de Jong, F. (z.d.). *Hervorming van zorg en ondersteuning: de vertaling van de transities binnen de gemeente*. Utrecht: Vilans.
- Van Kampen, C. (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- van Rijn, K.G. PvdA, & Bosch, R. ChristenUnie. (2018). *Schiftelijke vragen: Onderwerp: Geen huisartsenzorg en medicijnafgifte meer in Gezondheidscentrum de Driehoek in Staatsliedenwijk*. Almere: Raad van Almere.
- van Willigen-Nawijn, B. (1974). D50678 *Programma van eisen gezondheidscentrum Almere-Haven*. Lelystad: Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders.
- Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (9 juli 2014).
- Zorggroep Almere. (2019). *Jaarverslaggeving 2018 Zorggroep Almere*. Almere: PricewaterhouseCoopers Accountants N.V.
- Zorginstituut Nederland. (2019). *Zvw-algemeen: Hoe werkt de Zorgverzekeringswet?* Retrieved 2 december, 2019, from <https://http://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet>

- zorgwijzer. (2013). Hoe is de zorgverzekering in andere landen geregeld? Retrieved 1 januari, 2020, from <https://http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2014/ho-is-de-zorgverzekering-in-andere-landen-geregeld>
- Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere. (1979). D50663 Voorbereiding bouw tweede definitieve gezondheidscentrum Oost in de wijk De Grienden te Almere Haven. Almere: Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere.
- Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere. (1980a). CGA-1.3721 Onderzoek door S 1 (Samenwerkingsproject 1e lijn) naar alle organisatievormen, waarin de eerstelijnsgezondheidszorg gerealiseerd kan worden., 01-01-1980-31-12-1982. Lelystad: Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere.
- Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere. (1980b). CGA-1.4118 Voorbereiding opzet structuur en organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Werkgroep oprichting stichting eerstelijns (SGMA). Lelystad: Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere.
- Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere. (1980c). CGA-1.4352 Bouw gezondheidscentrum De Haak aan de Schoolstraat te Almere Haven- voorbereiding bouw en oplevering. Lelystad: Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere.
- Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere. (1980d). D50661 Voorbereiding bouw derde definitieve gezondheidscentrum West in de wijk De Wierden te Almere Haven. Lelystad: Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere.
- Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere. (1980e). D50662 Voorbereiding bouw tweede definitieve gezondheidscentrum Oost in wijk De Grienden te Almere Haven. Lelystad: Zuidelijke IJsselmeerpolders Almere.

Bijlage A - Interview protocollen

A.1. Interview protocol 1; werknemer/ bestuurlijke functie; Beleidsmanager gezondheidscentra Amsterdam

Intro: voorstellen; wie zijn wij en wat is het doel van het onderzoek (benadrukken dat wij ons hoofdzakelijk focussen op de ouderenzorg; toegankelijkheid van de eerstelijnszorg en geïntegreerde zorg.)

In onze optiek, wordt er momenteel bij de herinrichting van de nieuwe gezondheidszorg c.q. eerstelijnszorg of de geïntegreerde zorg teveel nagedacht over wat een ontwerper vindt en denkt over hoe een nieuw gezondheidscentra het beste vormgegeven kan worden. Maar wij zijn van mening dat een gebruiker net zo belangrijk is om naar te luisteren als het gaat om een ontwerp van een nieuw gezondheidscentra.

Algemeen; Achtergrond van de geïnterviewde:

Wij hebben natuurlijk al het 1 en ander over u gelezen op internet. Wij zien vooral dat u nogal hard maakt voor de toegankelijkheid van de zorg.

- **Zou u ons in het kort kunnen vertellen wat uw achtergrond is en hoe u uiteindelijk in uw huidige functie terecht bent gekomen?**
- **Wat is de samenstelling van de gezondheidscentra binnen uw organisatie? (geïntegreerde zorg, netwerkorganisaties)**
- **Welke knelpunten ontstaan door deze samenstelling van de organisaties?**
- **Wat zijn de grootste ontwikkelingen die u de afgelopen jaren bent tegengekomen op het gebied van de ouderenzorg?**

Als wij naar de kwaliteit kijken van de gezondheidscentra binnen uw organisatie

- **Wat zijn momenteel de sterke kanten met betrekking tot het beleid van uw organisatie?**
- **Wat zijn momenteel dan de zwakke kanten met betrekking tot het beleid van uw organisatie en wat zou graag anders zien in de toekomst?**

In veel artikelen en beleidstukken is terug te lezen dat de geïntegreerde zorg onderdruk komt te staan.

- **Op welke manier kan geïntegreerde zorg het beste gewaarborgd worden in de toekomst?**

Gezondheidszorg als sociale Hub

Door de verandering van de zorg is er een verschuiving ontstaan → gevolg eenzaamheid, isolement etc.

Ons belangrijkste doel van dit onderzoek is de ontwikkeling van een gezondheidscentrum 2.0 waarin het gezondheidscentra niet alleen gebruikt wordt voor zieke mensen/ ouderen maar voornamelijk als sociale Hub zal dienen. Een plek waar ouderen elke kunnen ontmoeten en tegelijkertijd gemonitord kunnen worden. Denk hierbij aan mogelijkheden tot gezamenlijk eten, thee drinken en tegelijkertijd in samenwerking met huisartsen, verpleegkundige en verzorgende eerstelijnszorg uitvoeren.

- **Zal dit idee van een gezondheidscentrum 2.0 volgens u werken?**
- **Wat ziet u als grootste voordelen van het nieuwe gezondheidscentrum 2.0?**
- **Wat ziet u als grootste nadelen van het nieuwe gezondheidscentrum 2.0?**
- **Stel het gezondheidscentrum 2.0 wordt ontwikkeld, welke samenwerkingsverbanden tussen verschillende actoren/ partijen vindt u dan belangrijk?**
- **Concrete ruimtelijke eigenschappen van een zorgcentrum 2.0**
 - → deze vraag gaat over het wel of niet incorporeren van bepaalde ruimte, het eventueel clusteren van deze of andere ruimten en de gewenste en absoluut niet gewenste fysieke (kwaliteit) eisen en kenmerken van deze ruimten:
 - Wachtruimte
 - Kantoren
 - Behandelruimtes
 - Spreekruimtes
 - Onderzoekskamers
 - Eetruimte
 - Keuken
 - Woonkamer
 - Overlegruimte
 - Overdekte buitenruimte
 - Opslag
 - Ontvangstruimte → Balie
 - Transport/ruimte
 - Stilteruimte
 - Slaapruimte
 - Ontmoetingsruimte
 - Recreatie
 - Hobbyruimte
 - Oefen/ sport/ meditatie ruimte
 - Gebedsruimte
 - Tuin
 - Sanitaire ruimte
 - Speelruimte

A.2. Interview protocol 2; werknemer/gebruiker; Zorggroep Almere

Intro; voorstellen wie ik ben en wat het doel is van mijn onderzoek. (benadrukken dat ik mijn hoofdzakelijk focussen op de ouderenzorg en de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg en geïntegreerde zorg.

1. Algemeen:

1.1 Wat is uw leeftijd?

1.2 Hoelang bent u werkzaam voor de Zorggroep Almere?

1.3 Wat is uw functie binnen de Zorggroep Almere?

1.4 Welke waarden binnen de zorg stonden centraal in je werk toen je begon bij de zorggroep Almere? M.a.w. Waarom heeft u voor dit werk gekozen?

2. In de afgelopen 10 jaar heeft de zorg een enorme transitie doorgemaakt. Denk hierbij aan bezuinigen, hervorming van de zorgwet en natuurlijk ook vergrijzing en het steeds langer zelfstandig thuis wonen van senioren.

2.1 Wat zijn de belangrijkste veranderingen (zowel voor- als nadelen) die u heeft meegemaakt in uw werk bij de Zorggroep Almere op organisatorisch niveau?

2.2 Wat zijn de belangrijkste veranderingen (zowel voor- als nadelen) die u heeft meegemaakt in uw werk bij de Zorggroep Almere op het niveau van de patiënt? Denk hierbij aan het verschil in:

- **Zelfstandigheid van senioren,**
- **Zelfredzaamheid,**
- **zelf regie hebben.**

3. Een aantal jaren geleden heeft de Zorggroep Almere ervoor gekozen om de eerstelijns avondzorg te centraliseren naar 1 huisartsenpost voor heel Almere.

3.1 Hoe is dit onderbouwd vanuit de organisatie?

3.2 Wat is het uitgangspunt geweest voor de centralisatie van de Huisartsen Post in Almere?

3.3 Wat zijn de voordelen van de centralisatie?

3.4 Wat zijn de nadelen van de centralisatie?

3.5 Hoe kijkt de organisatie nu tegen de centralisatie aan?

4. Niet alleen bij op de eerstelijns avondzorg heeft een centralisatie plaats gevonden. In Almere verdwijnen steeds meer wijkgezondheidscentra uit het straatbeeld van de verschillende wijken, veel gezondheidscentra worden gecentraliseerd en samengevoegd tot 1 groot gezondheidscentrum per stadsdeel.

4.1 Merkt u in uw werkzaamheden dat er een verschuiving plaats heeft gevonden van 'mensen' die rechtstreeks naar de huisartsenpost gaan i.p.v. overdag naar de eigen huisarts? Waarop bezeugt u dit?

- 4.2 Merkt u een verschuiving in het aantal hulpbehoevende ouderen die in de avonden gebruik maken van de huisartsenpost omdat het gezondheidscentrum overdag niet meer zelfstandig te bereiken is? M.a.w. stellen senioren hun bezoek aan de huisarts uit?**
- 4.3 Met alle ervaringen die u de afgelopen jaren in de zorg heeft opgedaan. Hoe ziet voor jou een goede insteek/opzet van de eerstelijnsgezondheidszorg er uit als u zelf met pensioen bent en hulpbehoevend bent?**
5. Helaas komt agressie tegen hulpverleners de afgelopen jaren met enige regelmaat op het nieuws voorbij.
- 5.1 Heeft u wel eens te maken gehad met agressie of geweld tegen hulpverleners op uw werk? Kunt u een voorbeeld noemen?**
- 5.2 Ziet u de afgelopen jaren een toename van agressie of geweld tegen hulpverleners op uw werk?**
- 5.3 Geweld of agressie tegen hulpverleners op uw werk, denkt u dat door de bezuinigingen en de hervorming van de zorg? En waarom denkt u dat?**
- 5.4 Behalve geweld en agressie tegen hulpverleners, zijn er volgens u nog andere problemen of knelpunten ontstaan door de bezuinigen en hervorming van de zorg waardoor u mogelijk minder goed uw werk kunt doen?**

A.3. Interview protocol 3; cliënt/ gebruiker (bewoners Meenten/grienden/ gebruikers Gezondheidscentrum Oost)

Intro; voorstellen wie ik ben en wat het doel is van mijn onderzoek. (benadrukken dat wij ons hoofdzakelijk focussen op de ouderenzorg; toegankelijkheid van de eerstelijnszorg en geïntegreerde zorg.)

Doel van dit interview: Ik ben van mening dat er binnen de besluitvormingen van de hervorming van de gezondheidszorg in Almere Haven voornamelijk vanuit bestuurlijk en politiek niveau gekeken wordt naar de hervorming en niet vanuit de gebruiker. Voornaamste doel is om in beeld te krijgen waarom een wijkgezondheidscentrum belangrijk is voor senioren en hoe dit wijkgezondheidscentrum bijdraagt in het dagelijkse functioneren van senioren.

1. Algemeen informatie over de geïnterviewde bewoner:

- **Wat is uw Leeftijd?**
- **Wat is uw burgerlijke staat?**
- **Ontvangt u thuiszorg vanuit de Zvw?**
- **Ontvangt u hulp of heeft u een indicatie voor de Wmo?**
- **Zou u aan mij uw dagelijkse functioneren en de mate van hulp behoeftigheid kunnen toelichten?**

2. Veranderingen door de hervorming van de zorg en de invoer van de Wmo

In 2007 is de hervorming van de zorgwetgeving begonnen. O.a. de Wmo is ingevoerd waardoor de overheid een groot deel van zijn takenpakket met betrekking tot maatwerkvoorzieningen over gedragen heeft aan de gemeentes.

- **Sinds de invoering van de Wmo in 2007, heeft u wel eens problemen ondervonden bij het aanvragen van voorzieningen en ondersteuning bij de Gemeente Almere? Zo ja kunt u dat toelichten en een voorbeeld noemen?**

3. Het nieuwe beleid van Gezondheidscentrum Oost en de Haak

- **Wanneer bent u voor het laatst bij Gezondheidscentrum Oost geweest?**
- **Bent u al eens in het nieuwe Gezondheidscentrum de Haak geweest? Zo ja, wat was de reden dat u naar gezondheidscentrum de Haak bent gewoon i.p.v. naar Gezondheidscentrum Oost?**
- **Heeft u wel eens meegemaakt dat u bij uw bezoek aan de huisarts, door iemand anders dan de huisarts geholpen bent? Zoals bijvoorbeeld een praktijkondersteuner of assistente? Wat vond u daar van?**

Door de veranderingen bij Gezondheidscentrum Oost kunt u alleen nog maar tijdens spreekuur tussen 07:30 en 12:00 bij een aanwezige huisarts terecht.

- **Wat vindt u van de veranderingen die hebben plaats gevonden bij gezondheidscentrum Oost? En bent u tevreden over deze veranderingen?**
- **Wat hebben deze veranderingen voor gevolg voor u?**

- Gaat u liever naar het ochtendspreekuur bij Gezondheidscentrum Oost waar de kans groot is dat u een andere huisarts treft of gaat u liever naar Gezondheidscentrum de Haak zodat u zeker weet dat u bij uw eigen huisarts terecht kunt? Wanneer wel en wanneer niet?
- Gaat u naar oost om bij uw eigen ha of om uw eigen ha te omzeilen of omdat uw bezoek goed kunt combineren met een andere zorgverlener.
- Indien ja, hoe gaat u naar Gezondheidscentrum de Haak? Ov, Taxi, auto etc.?
- Indien u met de auto gaat, Hoe gaat u dat oplossen indien uw rijbewijs niet meer verlengd zal worden?

4. Faciliteiten in de wijk

- Wat voor faciliteiten voor zover u weet zijn er allemaal in uw wijk te vinden op het gebied van zorg, welzijn en sociale activiteiten?
- Hoe belangrijk zijn deze en andere faciliteiten voor de bewoners in de wijk?
- Hoe zou u het vinden als alle faciliteiten in de wijk zich op 1 centrale locatie zouden bevinden? En deze faciliteiten verder uit gebreed zouden worden?
- Welke faciliteiten mist u momenteel in de wijk en waarom zou het belangrijk dat deze faciliteiten er wel zouden komen in de wijk?
- Hoe belangrijk is het voor u dat er ook in de toekomst een wijkgezondheidscentrum zal blijven bestaan?
- Wat denkt u dat de gevolgen voor u en uw medebewoners zullen zijn als er in de toekomst geen wijkgezondheidscentrum meer in de wijk zal zijn?

Sociale bezigheden

- Bent u nog in de gelegenheid om buitenhuis sociale activiteiten te doen?
- Zo ja, doet u dit zelfstandig of zijn er organisaties waar u van afhankelijk bent om deze activiteiten uit te voeren.
- Zo ja, zou u mijn in het kort kunnen vertellen wat voor sociale activiteiten u allemaal onderneemt?
- Stel het wijkgezondheidscentra zal een sociale ontmoetingsplek krijgen, een plek waar u zoals u gewend bent uw huisarts, de thuiszorg, de fysiotherapeut en de apotheker kunt ontmoeten maar waar ik ook gezellig met uw buurvrouw een kopje koffie kunt drinken, u maaltijden kunt nuttige en activiteiten kunt volgen. Zou u hier dan gebruik van maken?

Bijlage B – Transcripties

B.1. Transcriptie 1; Interview werknemer/ bestuurlijke functie; Beleidsmanager gezondheidscentra Amsterdam

Achtergrond van de geïnterviewde:

Meloek: Maar nu zijn wij ook heel erg benieuwd ‘**wat uw achtergrond is en wat uw verhaal is?**’

Beleidsmanager: ja oke, ik ben arts en ik heb eigenlijk mijn hele werkzame leven gewerkt op het raakvlak van gezondheidszorg en beleidsmanagement, financiën, juridische vraagstukken. Dat is een typische sociale geneeskunde heet dat dan. Ik ben ook sociaal geneeskundige. Ik heb dus aan de universiteit van Maastricht gewerkt en bij de GGD natuurlijk want een sociaal geneeskundige werkt een tijd bij de GGD en wat toen nog het NIPG was. De oude ziekenfonds raad daar was ik medisch adviseur en daar bemoei je je met allerlei vraagstukken op het gebied van zorg en financiering vooral. Toen ben ik bestuurder geworden van een eerstelijns diagnostisch centrum, ook wel het huisartsen lab genoemd. Toen heb ik 3 jaar gewerkt als directeur van een ziekenhuis apotheek. Een aantal instellingsapotheken die allemaal onder 1 BV vielen. En nu zit ik ruim 2 jaar hier. Dus over dit vraagstuk heb ik mij eigenlijk nooit heel erg gebogen.

Over het vraagstuk. Even hoe je het vraagstuk ziet over hoe richt je een gezondheidscentrum in. Wat dat is nu het onderwerp he? Maar zorg en vormgeving en bouwen is natuurlijk een veel breder dus de meeste vraagstukken op het gebied van zorg en bouwen en wonen zijn natuurlijk: Wat doen wij met al die mensen die niet meer in een verzorgingstehuis mogen wonen omdat het niet meer bestaat. Maar toch een zekere beschutte woonvorm nodig hebben waar ook allerlei zorgfuncties al dan niet wisselend nodig zijn? en dat is natuurlijk een veel groter vraagstuk dan dat een gezondheidscentra mensen een paar keer met jaar misschien een paar minuutjes zien. Dat is het vraagstuk: Wat doen wij met onze ouderen die nu gewoon in hun eigen huis blijven wonen tot ze 90 zijn? Dat is natuurlijk een veel groter vraagstuk. Je woont dan ergens op een flat en dan moet er iemand komen om je steunkousen aan te doen en dat is natuurlijk allemaal ongelofelijk inefficiënt want die moet al die huizen op en af en drie hoog achter en de mensen kunnen hun huis niet meer uit omdat ze de trap niet meer op kunnen. Het levensbestendig wonen / duurzaam wonen; Hoe krijg je oudere mensen hun huis uit eigenlijk als zij 60 of 70 zijn, als ze het dan allemaal nog kunnen behappen? Zodat zij ergens wonen zodat zij duurzaam kunnen blijven wonen en dat er eventueel zorg kan invliegen. Dat is in mijn optiek een veel groter vraagstuk. En daar wil ik eigenlijk vanuit hier bij aansluiten dus vandaar probeer in de plinten van dit soort woonvoorzieningen, er zijn mensen die denken dat dit soort woonvoorzieningen er toch gaan komen; het omkatten van oude verzorgingstehuizen dan wel niet de Geinhoven 2.0 dan wel noem het maar coöperatie wonen of weet ik hoe je het allemaal noemt. Maar in ieder geval ja senior vriendelijk; het gaat natuurlijk vooral over ouderen en het gaat ook een beetje over OGGZ dus; GGZ klanten of over Havioperido heb je hier, Leger Des Heils achtige mensen, dat heb je ook wel maar landelijk gezien is het allergrootste probleem de ouderen. Hoe zorg je dat die ergens gaan en kunnen blijven wonen waar ze ook makkelijker zorg kunnen ontvangen en ook allerlei vraagstukken of het gebied van dagbesteding, eenzaamheid? en nog een beetje in de tuin schoffelen en je dat gezamenlijk kunt bedienen en dan vind ik dat wij eigenlijk wat ik dan noem de plint van die zorgvoorzieningen moet gaan zitten om samen met allerlei andere aanbieders, wij zijn natuurlijk maar een kleintje die dat kunnen bedienen. Volgens mij gebeurt dat ook al in Almere dat op sommige plekken ook in de plint van zo'n woonvoorzieningen zitten. En dat is denk ik de toekomst. En dat is niet alleen mijn beeld en dat deel ik ook met andere aanbieders van wijkverpleging en verpleeghuiszorg in de stad met wie ik in gesprek ben van goh als jullie iets gaan ontwikkelen of omkatten of verbouwen, ik wil graag in de plint zitten want dan kan ik heel makkelijk de bewoners en meestal gaat het de hoogte in en zeker in Amsterdam bedienen en die kunnen dan ook makkelijk even bij de dokter langs of even

als er wat is dan heb je niet door weer en wind. De wijkverpleging kan om de hoek zitten en daar heb je natuurlijk heel veel mee af te stemmen. Je kunt ook het sociaal domein, ook heel belangrijk; welzijnsvoorzieningen ook een beetje afhankelijk van de wijk, ook de maatschappelijk werker gewoon in een gemeenschappelijk gezondheidscentra laten inwonen zodat je echt in een wijk een voorziening hebt voor mensen die daar in de buurt van die voorzieningen kunnen wonen. Namelijk daar boven of daar vlak bij en ook de rest van de wijk waar de gewone mensen wonen of weet ik het de gezinnen, de studenten ook op hetzelfde centrum kunnen draineren en die moeten dan maar even door de sneeuw heen en dat is niet zo'n probleem.

Meloek: De hoofdvraag van ons interview eigenlijk is dus welke voorzieningen zouden er geclusterd kunnen worden in zo'n plint of gezondheidscentrum. Eigenlijk is het de bedoeling dat we ook voor andere ontwerpers informatie verzamelen voor een 2.0 zorgcentrum. Anoeshka: En dan vooral wel gericht op ouderen. Beleidsmanager: naja wat zou er in moeten? Ik denk dus dat is ook een gesprek die ik 'as we speak' heb met de gemeente. Dat we ook, deze gemeente werkt met 22 ouder-kind teams en waarin onder ook het consultatiebureau zit. Ja stop dat daar dan ook. Weet je, er is natuurlijk ook veel jeugdproblematiek in zo'n stad. Dat wil je daar natuurlijk ook graag dichtbij hebben. Ik kan mij voorstellen dat je zegt laten we ons eerst eens even beperken tot ouderen. Wat zou je daar dan in moeten hebben? Ik denk welzijn en maatschappelijk werk dat zijn 2 verschillende dingen sinds kort. Ik dacht dat dat hetzelfde was maar dat heet dan samen het Sociaal Domein. En welzijn is ook meer dagbesteding; kaartclubjes, de schilderclub, de naja samen wandelen en dat soort dingen. Maatschappelijk werk is meer de professionele ondersteuning als mensen vastlopen in het dagelijks leven en dan met name schuldhulpverlening. Dat zijn wel echt de professionals die mensen mee helpen. En het welzijn is wat meer groepsactiviteiten en dergelijke. Ik denk als je dat gezamenlijk het sociaal domein noemt dat dat er in ieder geval ook bij zou moeten. En daarnaast een kamertje voor de wijkverpleging, per definitie gaat de wijkverpleging natuurlijk bij mensen langs, daar heb je niet heel veel ruimte voor nodig maar daar heb je in ieder geval wel een soort uitvalsbasis voor nodig. Natuurlijk een ontmoetingsplek, teams plekken, dat zou je natuurlijk met al die zorgaanbieders gezamenlijk kunnen doen.

Anoeshka: Eigenlijk is ons interview opgedeeld in twee gedeeltes. Eigenlijk een beetje meer over het algemeen. Hoe is nu de samenstelling binnen de gezondheidscentra en daarna eigenlijk wat meer specifiek op het nieuwe gezondheidscentrum 2.0 zoals wij dat zien. Dat gaat eigenlijk over; zou je van een gezondheidscentrum bijvoorbeeld ook een plek kunnen maken waar mensen kunnen samen komen waardoor er meer sociale interactie is. Dat bijvoorbeeld een huisarts meer het idee heeft hoe het met de patiënten gaat omdat hij ze ook ziet. Als zij daar bijvoorbeeld op dat moment zitten dus dat je dat combineert en dat de thuiszorg bijvoorbeeld niet naar de mensen thuis hoeft te gaan omdat zij daar bijvoorbeeld al zijn en dat zij daar dan dus de medicijnen kunnen verstrekken. Of dat zij daar bijvoorbeeld eten; en dan zie je; iemand komt 7 dagen in de week eten en als hij er dan dus 1 dag niet is dan weet je dus dat er wat er wat aan de hand is. Er is dan dus meer een sociale controle over de ouderen.

Meloek: Dat komt meer aan het bod aan het einde. Dan zal ik ook specifiek in gaan op functies om tot een beeld te komen hoe dat er ongeveer uit zal zien praktisch en ruimtelijk. Het eerste gedeelte is meer voor u, dat gaat voornamelijk over het bestuurlijke en het organisatorische.

Anoeshka: Ik weet dat er heel veel verschillende gezondheidscentra in Nederland zijn maar ik ga er een beetje van uit dat de structuur overal een beetje hetzelfde is. De eerste vraag is: **'Wat is de samenstelling van de gezondheidscentra binnen uw organisatie? (geïntegreerde zorg, netwerkorganisaties)'**

Beleidsmanager: Dat is erg wisselend. Wij streven naar zoveel mogelijk klassieke eerstelijns zorgaanbieders onder 1 dak. Dus dan heb je het over; de huisarts en de huisartsvoorzieningen

dat is inclusief de praktijkondersteuners, GGZ. Dat val allemaal onder de financiering huisarts. Daarnaast een diëtist, een podotherapeut, soms een logopedist, fysiotherapie, apotheek. Dat probeer je om zoveel mogelijk onder 1 dak te krijgen maar goed dat moet uit kunnen. Wat ik net al zij. Wij hebben ook gezondheidscentra van 3000 patiënten. Dat kan niet uit. Of soms wel want dan zitten er allemaal huisartsenposten in de buurt die geen apotheek in huis hebben dus dan zetten wij hem bij ons. Dat hangt er natuurlijk ongelofelijk vanaf. Diagnostiek, bloedafname, eenvoudige Ecg's, longfuncties en dat soort dingen. Ego's, dat proberen wij ook maar dat kun je allemaal vanaf de tekentafel wel bedenken maar de realiteit is natuurlijk zeker in een grote stad als Amsterdam waar de m2 prijs waanzinnig duur zijn. Dat je gewoon moet dealen met de situatie zoals die vaak een beetje is.

Anoeshka: Maar dat zijn dan dus netwerkorganisaties waarbij dus hetzelfde als dat er allemaal subcategorieën die hun eigen financiering hebben? Beleidsmanager: ja. Ik weet in Almere dat ze van oudsher die allemaal in dienst, de klassieke gezondheidscentra weer van apotheek, en fysio, in dienst en soms ook verloskundige en je ziet met name dat de apotheken worden afgestote en dat heeft Almere natuurlijk ook gedaan omdat dat gewoon met het cao te maken heeft. Het was zo luxe en dat was gewoon niet meer te betalen. Dus nu zie je gewoon op heel veel plekken dat het gewoon mensen zijn met een eigen financiering die af en toe afhankelijk van de schaal en frequentie waarmee je ze nodig hebt kamers huren / ruimtes huren in een gezondheidscentra.

Meloek: en waar hangt het dan vanaf welke combinatie er plaats vindt? Beleidsmanager: Dat is vooral bedrijfsmatig. Meloek: en dus niet dat de buurt ze nodig heeft? Beleidsmanager: als er al een buurt fysiotherapiepraktijk is met een geweldige oefenzaal van 300m2 dan ga ik die niet nog een keer in mijn gezondheidscentrum plaatsen. Dat kost goud geld. Meloek: Dus echt bedrijfsmatig. Beleidsmanager: vooral bedrijfsmatig! En omdat wij natuurlijk niet echt zelf de dingen ontwerpen maar ze organisch groeien is het ook overal anders. Overigens is de stad nu en daar ben ik nu ook heel druk mee bezig en druk aan het kijken want er komen hier in de stad 50.000 woningen bij. Dan heb je het als snel over 100.000 mensen. Daar kun je zo 15 gezondheidscentra voor neerzetten. 6000-7000 inwoners is wat je ongeveer wilt. En ze zijn nu wel aan het nadenken wat willen we dan gezamenlijk in zo'n gezondheidscentra hebben. En daar vragen ze dan ook input aan ons op en daar zijn wij ook heel druk mee bezig om onze visie ook aan de stad te vertellen. Nu kunnen ze het nog in de bouw envelop stoppen en zeggen zo moet het gebeuren.

Anoeshka: Door deze samenstelling van de gezondheidscentra ' **ontstaan er dan nog knelpunten of problemen?** Zoals in Almere dat je alle verschillende actoren van 1 organisatie zou willen hebben of is dit gewoon de beste samenstelling?

Beleidsmanager: Dat is een hele lastige discussie. Dan heb je het over loondienst van zorgprofessionals nou daar zou ik dan helemaal niet mijn vingers aan willen branden als ik jullie was. Bij ons zijn dus alle huisartsen in loondienst en natuurlijk ook de doktersassistentes en de praktijkondersteuners. In Almere ook maar in de meeste plekken in Nederland is dat niet zo. Ik weet niet of jullie in de krant een beetje lezen over de discussies in ziekenhuizen met loondiensten. Dat is natuurlijk ook een enorme discussie over of specialisten al dan wel of niet in loondienst moeten. Dat is echt een oorlog. Daar blijf ik ook voor de huisartsen een beetje uit. Wat vaak de vrijgevestigde zeggen; 'ja, loondiensters zijn lui want zij krijgen toch hun salaris wel. Waarom zou je dan harder werken? Wij werken veel harder.' en de loondiensten zeggen van de vrijgevestigde; 'dat zijn gewone geldwolven die alleen maar die dingen dien waar geld uit gehaald kan worden en heel erg creatief bezig zijn met hun eigen vermogen en zo min mogelijk willen investeren want het gaat allemaal ten kosten van hun eigen inkomen. Dat is hier natuurlijk niet zo, zij hebben ander salaris en dat wij investeren, dat moet ik afwegen ten op zichten van elkaar. Want het salaris gaat natuurlijk gewoon door. Voor een vrijgevestigde is alles wat je niet investeert inkomen. Dus dat is heel ingewikkeld. Ik vind daar natuurlijk wel wat van. Ik denk dat slim is, zeker als mensen er een eigen belang bij hebben als ze wat harder werken. Dat help in het algemeen wel. Maar je moet het niet overdrijven. Het is ook iets uit de zorg. Dat

we net doen alsof mensen die in loondienst zijn de hele dag uit hun neus lopen te eten, dat is natuurlijk volstrekte onzin. Het overgrootste deel van de mensen in Nederland zijn natuurlijk in loondienst. Het heeft een hele culturele en morele dimensie die heel beladen is.

Meloek: Dat heeft eventueel wel invloed op een zorgcentrum? Want iemand die vrijgevestigd is minder of juist meer geïnteresseerd om zich te vestigen in een zorgcentrum. Beleidsmanager: Jewel. De huisarts is toch de kern van die eerstelijns, dus iedereen wil bij die huisarts. Dus als je de huisarts hebt, dan kun jij zeggen: 'Goh wij denken dat wij behoefte hebben aan 2 dagdelen per week een diëtist en 1 dagdeel per week een podotherapeut. 4 dagdelen per week een fysiotherapeut die mensen even kan nakijken los van een oefenzaal. Wie of welke aanbieders of keten van aanbieders wil bij ons komen huren? Dat noemen wij nu in het plan waar ik nu mee bezig ben 'de multifunctionele ruimte'. En dan kun je zeggen 2 dagen per week de diëtiste, 3 dagen per week de logopedist. Iedereen wil daar komen zitten omdat je weet dat de lijnen vanuit de huisarts die natuurlijk de verwijspen in de hand heeft het kortste zijn. Je kunt ze alleen zorginhoudelijk wat minder sturen. Dat kan soms lastig zijn, dat ze dingen doen waarvan je denkt dat is gewoon moneymaker en het slaat nergens op. Meloek: Kunt u enige voorbeelden noemen? Beleidsmanager: Stel dat je een psycholoog in je centrum hebt en iedereen die je doorverwijst naar die psycholoog. Dit is specialistische ggz en dat is het allerduurste en je moet 2x per week komen en dat 3 jaar lang. Dat is dan vaak onnodig kostbaar. Dat heb je minder goed in de hand dan als je mensen in dienst hebt. En je productiecijfer en allemaal dat soort dingen zelf kunt bekijken en kunt zeggen; 'jongens wat zijn jullie nou aan het doen?'. Meestal zijn de huisartsen van nature nogal zuinig op de zorg en hebben wel in de gaten of er rare dingen gebeuren en dan huren wij ze gewoon niet meer in en dat weten zij over het algemeen wel.

Anoeshka: **Wat zijn de grootste ontwikkelingen die u de afgelopen jaren bent tegengekomen op het gebied van de ouderenzorg?** Eigenlijk een beetje het verschil tussen 10-20 jaar geleden toen mensen nog in een verzorgingstehuis zaten waar intern verpleegkundige/helpende./ verzorgende aanwezig was. Beleidsmanager: dat is opzicht eigenlijk de aller belangrijkste dat mensen nu niet meer in een beschutte omgeving woont zoals het verzorgingstehuis was maar zelfstandig thuis blijven wonen. Dat is natuurlijk een enorme transitie waar ik overigens ook helemaal achter sta. Dat is natuurlijk ook helemaal niet meer te betalen. Maar dat is wel een enorme verandering. Dat is een hele grote verandering; de woonsituaties. Als je op het gebied van zorg kijkt betekend het dat er ook geen verzorgers meer zijn. In verpleeghuizen heb je vaak een wat hoger niveau nodig en dat is er vaak niet en dat is ook een enorm arbeidsvraagstuk. Wat je eigenlijk vroeger minder had en wat er nu enorm is. De decimering van de schoonmaakhulp / huishoudelijke hulp/ thuishulp is ook maatregel. Is naar de gemeentes gegaan en dat valt nu onder de AWBZ en de gemeentes bezuinigen daar enorm op. Dat waren toch wel vaak de mensen die een beetje een oogje in het zeil hielden. Zij kwamen 2x per week even 'schoonmaken' maar ook een kopje koffie drinken en even kijken hoe het ging, aanspraak, ze hielden een oogje in het zeil als mensen nog thuis woonde. Dat is er nu voor een grootdeel ook niet meer. Dus je hebt op die mensen vaak geen zicht meer. Verder heb je ook dat mensen heel snel veel ouder zijn geworden. Meer oude mensen maar heel veel mensen worden ook ouder. Meloek: Hoeveel is daar dan bij gekomen? Beleidsmanager: Jaren in ieder geval. De afgelopen 10 jaar zijn we gewoon 2 jaar ouder geworden gemiddeld. Dat is natuurlijk heel veel. Meloek: **Ziet u ook dat de huidige gezondheidscentra daardoor ander worden gebruikt door deze veranderingen? Ziet u meer aanwas aan mensen die dus vereenzamen door dat ze niet meer'** Beleidsmanager: Ja.. Eenzaamheid is wel een groter probleem. Kijk Amsterdam is niet gemiddeld, Amsterdam is niet oud. De gemiddelde populatie in Amsterdam is relatief jong, dus wij hebben minder 65+ers. Er is in Amsterdam wel veel eenzaamheid in de zin dat mensen vaak een slecht sociaal netwerk hebben. Je hebt ook allerlei randgroeperingen die zo'n beetje blijven hangen en hier dan oud worden en eigenlijk geen sociaal netwerk hebben. Dat heb je hier eigenlijk wel veel. Dat probleem wordt natuurlijk steeds groter. En je hebt natuurlijk de allochtonen populatie die nu ook ouder wordt. Ze zijn hier als gastarbeider gekomen in de jaren 70 en die worden nu ook echt oud. Dat is natuurlijk ook wel echt een hele andere aparte groep.

Waar we ook met elkaar nog niet zo goed weten hoe we dat slim kunnen aanvliegen of aanpakken. Dat is ook een heel groot probleem. De financiers altijd, dat geld stuurt de zorg. Als je iets doet voor de wijkverpleging heb je geen eigen risico. Voor de opname in een verpleeghuis de wlz heb je wel een eigen risico. Dat is voor heel veel mensen een reden om geen wlz indicatie aan te vragen. Want dat moet je wel kunnen opbrengen. Dat zijn allemaal van die dingen, daar heeft niemand ooit goed over nagedacht. Maar dat heeft wel een enorme impact op wat mensen doen. Je hebt leegstaande plekken in het verpleeghuis en een enorme vraag aan die eigen risicovrije wijkverpleging thuis waar dan weer niet de mensen voor zijn. Dat is een enorme frictie door die enorme transitie in vraag/aanbod en het wij dat allemaal gaan doen. **Meloek: 'Ziet u daardoor ook dat er meer of minder mensen naar een zorgcentrum komen omdat ze de ruimte daardoor anders gebruiken of inrichten?'** **Beleidsmanager:** Voor de ruimte scheelt het je niet veel omdat je nadenkt als je dan al niet helemaal op de begane grond zit dan moet er in ieder geval een lift zijn en daar moet ook een scootmobiel in passen. 20 jaar geleden had natuurlijk nog nooit iemand van een scootmobiel gehoord. Nu rijden ze gewoon gezellig door onze gezondheidscentra en botsen alle verf kapot. Je hebt een Niva toilet nodig en die scootmobiel; dat zijn van die enorme dingen. Die moeten door van die smalle gangetjes kunnen. Ik zag er toevallig vorige week 1tje rijden en toen dacht ik nog 'oh daar gaat mijn verf'. Dat vraagt echt wat anders. Rollatoren is al niet eens meer zo bijzonder. Dus geen drempels moeten er zijn en dat zijn allemaal echt andere redelijk dure... **Meloek: 'Ziet u ook dat meer mensen door bepaalde eenzaamheid meer koffie willen drinken bij zorgcentra?'** **Beleidsmanager:** Ja hoor, dat willen ze wel. Die huisartsen zeggen en dat vind ik ook wel terecht. 'Wij zijn er niet voor eenzaamheid'. Dat is natuurlijk altijd een beetje de frictie van, wat jij zegt dat huisartsen in de gaten gaan houden om mensen komen eten. Nou dat gaan ze niet doen. Dat is ook hun werk niet. Maar dat ze in een plint zitten waar andere mensen dat wel weten en dat ze die professionals die dat wel in de gaten houden in hun teamkamer tegen komen en zeggen "Goh is mevrouw Alli niet een patiënt van jou? Die zie ik de laatste tijd en ik vind dat zij de laatste tijd een beetje in de war is. Kun je je poh er niet eens een keertje op af sturen?". Dat is natuurlijk het voordeel als je dat gemeenschappelijk doet. Huisartsen voelen zich vaak een beetje door de maatschappij en de gemeente en de wijkteams allemaal aangesproken dat zij allemaal allerlei dingen in de gaten moeten houden. Daar zijn ze allemaal wel een beetje terughoudend over. Dan zeg ik wel eens 'voor je het weet zit de hele maatschappij in je spreekkamer'. Maar er komen zeker veel mensen regelmatig langs die gewoon voor een wisse wasje langkomen en die het gewoon gezellig vinden in die wachtkamer. Er is heel veel eenzaamheidsproblematiek. Niet Altijd zo benoemd. **Meloek:** Maar echt structureel ander gebruik van zorgcentra ziet u niet echt perse zitten? **Beleidsmanager:** Nee.... Kijk het grootste deel is natuurlijk als je het hebt over de diverse disciplines hebt dan is het gewoon iemand die naar de huisarts komt en een afspraak heeft. Dat is qua ruimte los van de eisen omdat mensen een andere mobiliteit hebben. Er zijn natuurlijk allerlei alternatieven zoals bijv. Online afspraken maken. Daar zijn we nu net een beetje mee begonnen. Ik verwacht dat er over 10 jaar veel meer online afspraken gemaakt gaan worden. Dat minstens de helft van de mensen zoals je dat je dat nu ook al doet met je tandarts en je vliegtuig gewoon even een afspraak maken met de huisarts in hun openstaande agenda. Dat je daar over moet bellen, dat is een enorme stress voor die doktersassistentes en dat dat er over 10 jaar niet meer is. Dat betekend ook iets voor de inrichting. Want dan heb je dus minder backoffice nodig; allemaal mensen met zo'n telefoon. Dus dat gaat zeker effect hebben.

Anoeshka: We hebben het er net al een beetje over gehad. Dat het momenteel veel in de media is dat de druk op de geïntegreerde zorg. : De druk op de geïntegreerde zorg?? **Anoeshka:** Ja... meer in de zin van dat de huisartsen die vroeger in een gezamenlijke praktijk werkte dat die nu zelfstandig worden en dat door de gemeentes verspreid allemaal hele kleine zelfstandige praktijkjes ontstaan waardoor er ook veel klanten met die zelfstandige mee gaan. **Beleidsmanager:** Dat is misschien in Almere zo maar landelijk denk ik niet zo. Ik denk dat het aantal solo huisartsen die echt in hun uppie ergens in een kamertje zitten, dat dat afneemt. Dat er steeds meer duo's ontstaan dus maatschappen die ook samen de zorg aanbieden en ook financieel aan elkaar gebonden zijn op allerlei verschillende manieren. Als dat niet zo is dan

gaan ze vaak ook wel in een hoed; huisartsen onder 1 dak. In die zin kruipen ze wel samen. Anoeska: Meer de geïntegreerde zorg in de zin van dat het dus betaald wordt vanuit 1 pot. Beleidsmanager: Vanuit 1 sturing. Dat waren altijd van die gezondheidscentra van oudsher diverse potten alleen dan voegde je dan het geld voor de apotheek en het geld voor de fysiotherapie en het geld voor de huisarts samen en daaruit betaalde je dan het geheel. En nu is dat niet meer zo. Je moet je wel goed realiseren dat Almere altijd een uitzondering is geweest waar met name de huisartsen met grote argwaan hebben gekeken. Het overgrote deel van Nederland is altijd apart gefinancierd geweest als fysio, apotheek en huisarts. Dus er was eigenlijk geen gezamenlijke sturing zoals die er nu nog steeds niet is. Dus voor het grootste deel van Nederland maakt het niet zoveel uit. Nooit gemeenschappelijke sturing, iedereen werd vanuit zijn eigen silo gestuurd en probeerde daarvanuit te optimaliseren. Wat inderdaad een probleem is omdat je nooit gezamenlijk optimaliseert. Meloek: Ik heb ook wel gezien dat gezondheidscentra leeglopen in Nederland omdat huisartsen toch wel liever zelfstandig willen vestingen omdat ze dus ook kosten technisch. Beleidsmanager: Ja... of ze echt leeglopen er is niet echt een enorme groei van huisartsen in loondienst. Gezondheidscentrum is geen beschermd term, ik ken heel veel vrij gevestigde die ook in een gezondheidscentrum zitten dus daar moet je wel een duidelijk verschil tussen maken. Anoeska: het gaat bij ons over de vrij gevestigde huisarts. Beleidsmanager: De huisartsen in loondienst was van oudsher het idee dat het centrum alle professionals van de eerstelijns in loondienst en probeert dus een gemeenschappelijk optimalisatie te bereiken waarbij je heel makkelijk zou kunnen zeggen dat hoeft de huisarts niet te doen maar dat laten wij voortaan door een verpleegkundige doen. Voor de fysiotherapeut ook, die kan dat beter, is goedkoper en zo kunnen wij als geheel betere en efficiëntere zorg leveren. Dan kun je dus gemeenschappelijk optimaliseren omdat je al die mensen kunt sturen. Maar als je iedereen dus in zijn eigen silo laat verantwoordelijk dan gaat de apotheek bijvoorbeeld. Mooi voorbeeld. Ouderen die naar huis komen vanuit het ziekenhuis. Altijd problemen met de pillen want dan krijgen ze pillen uit het ziekenhuis en ze hadden al pillen en ze snappen niet dat die roze pil nu die roze pil vervangt dus ze nemen ze allebei. Dan zijn ze binnen een week weer terug in het ziekenhuis. Dus iemand moet de medicatiecheck doen. Ik zeg volgens mij moet dat door de huisarts gebeuren of de praktijkondersteuner die dat met de huisarts afstemt want dat is de enige die medicatie mag en kan veranderen. Maar dan blijkt er nu ergens een pilot in Amsterdam te draaien waarbij de apotheek op huisbezoek gaat bij de patiënt. Dat is natuurlijk een waanzinnige kostbare aangelegenheid. Als hij wat wil dan moet hij toch langs de huisarts want ook de apotheker dan de medicatie niet zelfstandig wijzigen. Als je vanuit het gezondheidscentrum dit probleem zou tackelen. Je stuurt de praktijkondersteuner bij de ouderen langs of die belt op want die kent de mensen vaak al want die is gebonden aan de huisarts. Dus dan ga je even langs en dan kijk je en vraag je wat slikt u nu eigenlijk? Wat heeft u meegekregen uit het ziekenhuis en wat stond er al. Volgens mij is dit dubbel op en dit moet ook niet. Ik ga even langs de huisarts en dan hoort u het van mij. Dan gaat hij langs de apotheek die ook in dat centrum zit en zegt hij je moet even een nieuwe baxter gaan afleveren want dit is voortaan de nieuwe medicatie van deze patiënt. Zo doe je dat als je geïntegreerd werkt. Maar nu gaat die apotheker en probeert bij de zorgverzekeraar (en dat gaat ze nooit lukken) een tarief te krijgen voor huisbezoeken bij een patiënt. Ik denk jeeetje een apotheker?; academisch opgeleid? Waanzin! Maar dat is dus als je sub optimalisatie krijgt per en dat is dan wat ik de silo noem van financieringen verantwoordingen. Dat is leuk als wij straks gefinancierd worden voor een huisbezoek. Omdat we nu de gezondheidscentra met allemaal loondiensten groeien niet. Dat heeft allemaal alleen maar een fiscaal voordeel. Een vrijgevestigde in Nederland een; mkb-er. Een gemiddelde huisarts (mijn eigen inschatting, niemand weet het) trekt 35.000 euro af voordat hij belasting gaat betalen. Dat betekent dat de omzet die je maakt; het geld dat je tot je beschikking is 35.000 euro meer. Dus je betaald 18.000 euro 1,5 minder belasting per maand. Voor de ... in Nederland zijn wij veel efficiënter want wij betalen we allemaal belasting. Dat zit in een ander potje. Voor de zorgverzekeraar maakt het niks uit, dus die heeft er geen belang bij om mensen in loondienst te bemoeien. Het geld dat wij besparen omdat wij veel meer afdragen aan belasting zit in een ander potje bij de overheid. Anoeska: Het klinkt allemaal heel logisch en dat zou het ideale beeld zijn maar ik kan mij ook voorstellen dat huisartsen gaan denken toch in hun

eigen belang. Mijn idee is dat vroeger mensen voor een bepaald beroep kozen omdat hun passie daar lag. Tegenwoordig kiezen mensen voornamelijk bepaald werk om geld te verdienen en niet meer om hun beroep waar hun passie ligt uit te voeren. Beleidsmanager: Dat denk ik niet. Ik loop al enige tijd mee en dokters zijn altijd heel erg dol geweest op geld en dat is heel erg bijzonder. Het is ook een hele ingewikkelde mix en aan de ene kant zijn ze ongelofelijk gedreven en hebben een ongelofelijke passie voor de patiënten. Het is een hele ingewikkelde mix tussen enerzijds enorm gedreven en anderzijds soms echt met een kruideniersmentaliteit van hoe verzin je het. Dan laat je je kinderen de enveloppen met rekeningen rondbrengen want dat scheelt dat weer postzegels. Dat is een hele ingewikkelde mix en ik zou niet durven zeggen dat dokter nu tegenwoordig meer money driven zijn dan vroeger. Ze zijn altijd al behoorlijk money driven geweest en een huisarts was natuurlijk vroeger altijd een zelfstandige en die werkte alleen en dan was de doktersvrouw (en dat was natuurlijk zo toen ik werk opgeleid.) die deed de telefoon. Dat was het systeem je was een dorp, je had een status en aanzien je was een man. De feminisering van het vak heeft ook een enorme invloed gehad en dat heeft wel heel veel effect in de zin zoals jij dat beschrijft. Vroeger had de mannelijke huisarts in zo'n dorp altijd dienst en was altijd op te roepen. Dat deden de mensen zeer ten gouden want de dokter had ook zijn rust nodig. En nu zijn het vooral vrouwen; huisartsen dan die ook een gezin en kinderen hebben en werken parttime. En die moeten hun werktijden ook veel strakker moeten afbaken want die school gaat niet met jouw kind nog een paar uur door. Dus in die zin veranderd er heel veel en dat zie je ook veel in de huisartsen geneeskunde. Dat geeft een andere hoeveelheid tijd, dat hoeft niet perse slechter te zijn maar je concurreert dus met name veel meer met het gezinsleven dan vroeger. 40 jaar geleden waren het allemaal mannen die hadden altijd alle tijd en die vergaderde ook eindeloos.

Meloek: 'Wat zijn momenteel de sterke kanten met betrekking tot het beleid van uw organisatie?' en met name ten opzichte van andere organisaties in Amsterdam. Zoals u uw organisatie SAG Amsterdam vergelijkt met andere organisaties in Nederland. Wat zijn dan de sterkte kanten ten opzichte van u met andere? Beleidsmanager: Het ligt er een beetje aan met wie je ons vergelijkt. Want ik zei net al de huisartsen in loondienst zoals wij die hebben dat is altijd een marginale business geweest. Dat heeft met inkomen te maken zoals ik dat net uitlegde. Je verdient gewoon meer geld omdat je fiscale vrijstellingen hebt. Dat wordt dan vaak onder een sausje dat je autonoom moet zijn en professionele autonomie. Maar mijn huisartsen zijn professioneel echt even autonoom als de vrij gevestigde. Dat is echt een sprookje. Als ik mij dus vergelijk met andere centra met loondienst huisartsen en dat zijn er niet zoveel. Meloek: In Rotterdam ook niet? Beleidsmanager: In Rotterdam heb je zorggroep noord en gezond op zuid. Meloek: Of in andere grote steden zoals Leiden? Beleidsmanager: Leiden zijn ze allemaal gestopt het loondienst, die kreeg ze niet in beweging. Meloek: Den Haag? Beleidsmanager: Den Haag heb je de SAG die zijn net zo groot als wij. Ik ken ze ook allemaal. Utrecht heeft nieuwe Leidsche Rijn gezondheidscentra maar die zijn allemaal gekoppeld aan de universiteit. Maar ik weet niet wat de universiteit allemaal doet maar die subsidieert en die hebben zoveel geld. Die subsidiëren dat allemaal met kruissubsidies. Erg oneerlijk maarja, ik gun het ze van harte. Dan beginnen mijn dokters natuurlijk te mopperen 'ja daar hebben ze allemaal dit en dit'. Maar als ze de ICT er gewoon gratis bij geven want dat doen ze toch al in die universiteiten. Dat kan ik niet, ik moet er gewoon voor betalen. Daar kan ik mij mee vergelijken of ik kan mij vergelijken met zorggroepen. Dat zijn groepen van vrij gevestigde huisartsen die met name ketenzorg samen aanbieden en toenemend of afnemend ook andere zorg arrangementen. Je moet mij even zeggen met wie ik mij moet vergelijken, Meloek: Misschien is Utrecht dan een mooi voorbeeld want misschien zou u zich ook kunnen verenigen met UVA. Of zijn er andere dingen die beter of slechte zijn dan in Leidsche Rijn? Beleidsmanager: Als je zegt vergelijk je eens met Leidsche Rijn, ja.. ik ken ze overigens niet heel erg goed. Die vergelijking kan ik niet heel goed maken. Ik weet alleen van de bedrijfsvoering dat zij gewoon een BV zijn onder het UMCU. Dat is gewoon een bedrijf met een omzet van een miljard. Dat betekent dat zij heel anders in de wedstrijd zitten. Zij kunnen niet failliet gaan. Zij hebben allemaal ICT ondersteuning vanuit de universiteit en ze zijn heel erg gericht op onderzoek en veel meer dan wij. Er zitten allemaal huisartsen die ook onderzoeker

zijn en die zitten dan 2 dagen in de week als huisarts. Dat is al een heel groot verschil. En de populatie is ook heel verschillend. Wij zitten veel in achterstandswijken. Loondienst zit van oudsher vaak in achterstandswijken. En Leidsche Rijn is natuurlijk geen achterstandswijk. Daar komen jonge gezonde mensen te wonen en dat is gewoon een heel ander publiek dan de multiculturele Nieuw West populatie die wij voor een deel hebben. Dat is echt wel een enorm verschil en dat is niet te vergelijken. Je krijgt hele andere zorg/ je krijgt hele andere vraagstukken. Meloek: Zou u eventueel kunnen samenwerken met de Universiteit van Amsterdam om ook meer budget te krijgen en meer onderzoek? **Beleidsmanager:** Wij doen al onderzoek met het VU. het academische netwerk met de huisarts zit in het VU. Die registeren ook op een bepaalde manier en die database wordt door hun gebruikt. Wij doen ook regelmatig onderzoek naar de praktijk samen met hen. Ja zou ik met de VU, dan zou ik ook een afdeling van de VU worden. Dan zou je dan alleen maar doen omdat je meer geld krijgt... mua.. Ik vind het als motivatie ook heel kwetsbaar. Er hoeft maar iets te gebeuren of het kantelt weer.

Gezondheidszorg als sociale Hub

Anoeshka: Eigenlijk hebben wij dat net al een beetje geïntroduceerd. Het gezondheidscentrum 2.0; dus eigenlijk een sociale hub om ouderen bij elkaar te brengen. Om dus eenzaamheid tegen te gaan. Om bijvoorbeeld het 'tafeltje dekje' in het gezondheidscentrum te brengen'. Dat mensen dus niet thuis hun eten bezorgd krijgen maar dat mensen dus met zijn alle in het gezondheidscentrum in de avond gebruik zal maken van een eetgelegenheid. Dat je overdag daar een kopje thee of koffie kunt drinken en dat daar dus bijvoorbeeld een soort barfunctie bij is in combinatie met de wachtruimte. Wij zijn eigenlijk meer een beetje benieuwd wat u mening van zo'n nieuw soort gezondheidscentrum is. **Beleidsmanager:** Ik ben daar ook actief mee bezig. Ik heb vanmiddag een bijeenkomst daarover. Het is misschien interessant voor jullie om eens te kijken naar Bromley in Londen. Dat is ook in een achterstandswijk, ook een Healthcentre. Waar allerlei voorzieningen zijn zoals maatschappelijk werk, van die welzijnsdingen, je ziet allemaal van die oudjes die schoffelen in de tuin en met de perenboom bezig zijn, weet ik het en waar dan ook een huisartsenpraktijk gevestigd is en waar mensen met zijn alle gemeenschappelijk samen komen. Allemaal van dat soort dingen. Heel inspirerend. Wij zijn hier in Amsterdam nu aan het nadenken om in Nieuw west waar wij een gezondheidscentrum hebben om dat een soort van te gaan integreren in zo'n soort concept. Dan zit je dus meteen met dat je niet van scratch af aan kunt beginnen, dat er al voorzieningen zijn, dat de vierkant meters duur zijn. Dat heeft allerlei lastige problemen. Maar het idee is wel, je moet zeker in achterstandswijken en zeker ook waar ouderen wonen om te proberen om in die plint te gaan zitten. Als dat niet lukt in ieder geval en zo geïntegreerd mogelijke aanbod te doen. Waarbij je niet alleen onder 1 dak zit maar waarbij je ook probeert om echt zo veel mogelijk af te stemmen. Met zowel maatschappelijk werk, welzijn als samen koken of een eetruimte. Je kunt natuurlijk ook zeggen dat waar je 's avonds om 6 uur met zijn alle eet dat dat overdag de oefenruimte van de fysiotherapie is. Daar heb je in Nederland ook allemaal lege ruimte die 1 functies hebben en die maar een paar uurtjes per week gebruikt worden. Het idee is dan ook om een dure stad als Amsterdam meer gemeenschappelijk gebruik van ruimtes te introduceren. **Anoeshka:** je ziet dus voornamelijk de voordelen ervan.

Zijn er ook nog grote nadelen? **Beleidsmanager:** De functies die jij noemt, jij noemt het gezondheidscentrum maar hier noemen ze het vaak 'Huis van de Wijk'. Huis van de Wijk is dan waar bewoners zelf ook dingen gaan bedenken die ze zelf willen gaan doen. Waar een koffiehoeke is en een bibliotheek met een beetje mazzel waar de laag geletterdheid wordt bekeken. Allemaal van dat soort welzijnsachtergronden en activiteiten. Het probleem van zo'n organisatie is dat huis van de wijk een vrijwilligers organisatie is en wij zijn een professionele organisatie. Dat is vaak al ongelofelijk lastig om daar goed samen te werken. Zolang je al die aanbieders hebt met allemaal ook nog eens hun eigen bedrijfs optimalisatie binnen hun keten dat kan allemaal wel maar dat is toch wel lastig. De sturing via financiering kun je niet regelen omdat er niet 1 iemand aan de knoppen zit. Iedereen heeft zijn eigen financiering en verantwoording. Dan heb je nog die vrijwilligers die het weer heel anders doen. Dat vereist dan wel weer een specifieke aanpak om daar ook goed mee te dealen. En daarnaast de financiële middelen dat is nu bijv. Bromley bij Bo

de grote discussie. Stel dat we nu een prachtig mooi centrum maken met al die functies een ook nog eens efficiënt proberen samen te werken. De spreekkamer van de maatschappelijk werker is op vrijdag de kamer voor de diëtiste. Je probeert echt goed alles samen te gebruiken. Dan heb je 1 beheerder van het pand nodig. Maar wie loopt nu het financiële risico als de diëtiste die in haar eigen financiële kader zit zegt 'ik heb er nog eens over nagedacht en ik vind de huur hier wel duur en ik heb bedacht dat ik ik heb een nieuw huis gekocht dat het ook wel past in mijn garage dus ik zeg de huur op'. Dan staat die kamer leeg en stel dat ze een hele goede diëtiste is dus iedereen gaat met haar mee naar haar garage toe straks en die kamer staat leeg. Wie draagt het risico van die leegstand? Daar heeft niemand over nagedacht. Ik zeg dat kan ik niet betalen in Amsterdam, ik kan het nu al bijna niet betalen in Amsterdam. Mijn tarief is hetzelfde als in Delfzijl voor de huisvesting terwijl die kosten hier 10x zo hoog zijn. Het is al lastig om rond te komen in Amsterdam. Ik kan niet ook nog een keer al die leegstand financieren en het risico lopen. We vinden dit allemaal wel alleen er zit een enorme bedrijfsmatig component aan. Enerzijds die verantwoording en die sturing die iedereen nu op zijn eigen manier volgens zijn eigen optimalisatie doet. En anderzijds het gemeenschappelijke van die ruimte. Wie gaat die plint huren en wie gaat hem exploiteren en wie loopt dan het risico? Niemand. Dat is echt een groot probleem. Je hebt iemand met diepe zakken nodig zoals bijvoorbeeld van verzorgingstehuizen een manitas die zegt goh wij hebben hier de plint en wij zijn op een niet zo goede locatie gevestigd. Wij gaan die plint exploiteren en wij verhuren dat gewoon. Wij gaan met de huisarts een 20 jarig contract aan. De diëtist sluit een 2 jarig contract. Zo gaan we dat dan doen. Als er dan eens een kamertje leeg staat dat is dan ons risico. Maar dat kun je hier in Amsterdam wel vergeten. En in heel veel andere steden ook. Wij roepen heel hard geïntegreerde zorg maar wij passen onze inrichting van het systeem niet aan op onze maatschappelijke wensen. Dus we gaan niet naar 1 sturing die naar de gemeenschappelijke efficiëntie gaan maar we blijven iedereen in zijn eigen silo financieren. Er is niemand die zegt 'ik neem het risico van het geïntegreerde concept'. Sterker nog heel veel mensen vinden het zo'n lastig probleem dat ze het gewoon een beetje weg wuiven omdat het gewoon heel confronterend is. Want je kunt eigenlijk gelijk stoppen met nadenken. Ik zeg altijd: je moet niet beginnen met een prachtig plan en dan pas kijken naar de financiering. Je moet eigenlijk beginnen met de financiering. Als blijkt dat je de financiering niet geregeld krijgt, dat dit probleem waarvan je weet dat er aankomt en onoplosbaar is omdat niemand het risico gaat lopen. Dan kunnen wij wel prachtige plannen maken maar dat heeft helemaal geen zin. Het is vrij cynisch maar dat is wel de praktijk. Ik heb ook geen zin om eindeloos energie er in te gaan stoppen terwijl ik weet als het straks op betalen aankomt, dan kijkt iedereen naar het plafond en zeggen: 'nee daar hebben wij geen geld voor'.

Anoeshka: De gezondheidscentra worden in uw organisatie worden allemaal gehuurd?

Beleidsmanager: Of aangekocht, wij hebben er 3 in eigen bezit. Heel interessant is ook nog om het helemaal ingewikkeld te maken is dat al die mistanden bij de corporaties toen er een nieuwe woningwet gekomen is. Die woningwet zegt met nadruk dat huisartsen en apotheken commercieel zijn en dat betekent (dat zeggen sommige woningcorporaties) die zeggen die plinten die worden over het algemeen verhuurd en daar boven komen dan de woningen van de woningcorporaties. Dat gaan wij niet meer zelf doen, dat mogen wij niet meer dus dat besteden wij uit aan een projectontwikkelaar. We kunnen wel zeggen wij willen graag een gezondheidscentrum in die plint maar die projectontwikkelaar zoekt gewoon. Ik ben onlangs gehad ik ben mijn plint kwijt geraakt en er was een combinatie die meer bood. Zo gaat het dus. Die projectontwikkelaar zoekt gewoon diegene die het meeste wilt betalen voor die ruimte in de plint. Of ze zeggen huisartsen die kunnen niet genoeg betalen dus we doen het naar de Albert Heijn of de pizzaboer. Of als ze dan nog wel huisartsen kwijtraken dan zoeken ze gewoon diegene die het beste betaald en dat is niet altijd de beste huisarts en dat ik zeker niet de huisarts met wie je het beste kunt samen werken. Die ook het concept van geïntegreerde zorg aanhangt maar diegene die denkt ik ga daar even; je hebt allemaal van die dubieuze types in Amsterdam die allemaal geld maken die niet zo fijn is. Maar daar heeft de projectontwikkelaar niks mee te maken, die zegt ik zet er een huisarts neer die wij goed betalen en dat is mijn probleempje niet. De ene zegt: 'die woningwet die kunnen mij wat en die kunnen het wel regelen en die zeggen wij willen met jullie samenwerken'. Maar ik ken woningcorporaties die

zijn heel bang voor allerlei procedures dus die zeggen wij geven het aan een projectontwikkelaar en wij zeggen graag een gezondheidscentrum en een huisarts en verder moeten jullie het maar uitzoeken. En daar zit je dan. Dat is een groot probleem. Vroeger mochten woningcorporaties, deze hadden een bredere maatschappelijke opgave dat weten jullie waarschijnlijk wel die mochten natuurlijk ook zeggen: goh wij willen daar een goed centrum hebben' Dus wij vragen daar een maatschappelijk tarief voor. Dat was dan ook iets wat ik zou kunnen betalen en wat past binnen dat tarief. En daarvoor gaan wij gewoon de beste aanbieder zoeken in samenspraak met andere aanbieders. Nu zeggen ze nee dat mag niet meer wij mogen het niet meer zelf exploiteren. Het moet naar een projectontwikkelaar en die projectontwikkelaar gaat gewoon voor de hoogste bieder.

B.2 Interview protocol 2; werknemer/gebruiker

Intro; voorstellen wie ik ben en wat het doel is van mijn onderzoek. (benadrukken dat ik mijn hoofdzakelijk focussen op de ouderenzorg en de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg en geïntegreerde zorg.

Algemeen:

Anoeshka: Wat is uw leeftijd? Werknemer: Ik ben 59 jaar oud.

Anoeshka: Hoelang bent u werkzaam voor de Zorggroep Almere? Werknemer: Ik ben sinds 1990 werkzaam bij Zorggroep Almere via het uitzendbureau, officieel ben ik sinds maart 1991 vast in dienst, inmiddels dus bijna 30 jaar. Ik heb alle veranderingen meegemaakt, van de eerste lijns stichting Almere tot wat vandaag de dag Zorggroep Almere wordt genoemd.

Anoeshka: Wat is uw functie binnen de Zorggroep Almere? Werknemer: Ik ben verpleegkundige, inmiddels kan ik ook zeggen dat ik verpleegkundig specialist ben geworden in de afgelopen 30 jaar, mede ook door het afronden van verschillende cursussen en interne opleidingen.

Anoeshka: Welke waarden binnen de zorg stonden centraal in je werk toen je begon bij de zorggroep Almere? M.a.w. Waarom heeft u voor dit werk gekozen? Werknemer: Binnen de Zorggroep vond men het belangrijk dat gedurende 24 uur en in het weekend zorg kan worden gegeven aan de bevolking van Almere. Dit betekende dat als het gezondheidscentrum binnen de woonwijken na 17.00 uur gesloten was, dat er dan nog steeds continuïteit van de zorg was. Ik ben begonnen met het werk als verpleegkundige bij de Zorggroep omdat ik hiervoor ben opgeleid en omdat het zorgen voor anderen centraal stond. Verder heb ik destijds voor deze baan gekozen vanwege de veelzijdigheid, waarbij ik in het begin de zowel de rol had als receptioniste, de rol had als administratief medewerker, de zorg als verpleegkundige en de ondersteuning aan huisartsen.

In de afgelopen 10 jaar heeft de zorg een enorme transitie doorgemaakt. Denk hierbij aan bezuinigen, hervorming van de zorgwet en natuurlijk ook vergrijzing en het steeds langer zelfstandig thuis wonen van senioren.

Anoeshka: Wat zijn de belangrijkste veranderingen (zowel voor- als nadelen) die u heeft meegemaakt in uw werk bij de Zorggroep Almere op organisatorisch niveau? Werknemer: Op organisatorisch niveau heb ik zo ongeveer wel alle veranderingen meegemaakt wat je kan bedenken. Allereerst de verandering dat we niet meer al ons werk om 1 plek deden. Er werden op dat moment assistentes geïntroduceerd, een voorbeeld hiervan is de rol van de receptioniste, dit werd gedaan zodat de behandelkamers met verpleegkundigen en de huisartsen hun werk apart van elkaar konden uitvoeren. In het begin zorgde verpleegkundigen vooral voor de continuïteit tijdens de avonduren, weekenden en feestdagen. Ik heb 11 jaar bij de Haak in Almere Haven gewerkt. Almere was toen ingedeeld in stadsdelen Haven, Stad en Buiten en in elk stadsdeel waren verpleegkundigen. Daarna is Almere steeds groter geworden met stadsdelen zoals Hout en Poort. Vanwege de groei van Almere is toen besloten om de verpleegkundige zorg nog maar op 1 centrale plek aan te bieden. Daarna zijn we verhuisd naar praktijk de "Driehoek" in Almere Stad, dit was een centrale plek in Almere waar alle patiënten gemakkelijk naartoe konden gaan, hier heb ik 1 jaar gewerkt. Dit in afwachting van het Flevoziekenhuis dat een huisartsenpost zou bouwen. Na de "Driehoek" zijn we verhuisd naar een soort Keet op de parkeerplaats van het Flevoziekenhuis, hier heb ik nog ongeveer 6 jaar gewerkt en

uiteindelijk zijn we als huisartsenpost echt in het Flevoziekenhuis terecht gekomen, inmiddels al weer bijna 12 jaar. Anoeshka: Zoals je net zei begon je in het begin heel klein en was je verantwoordelijk voor verschillende taken, dat heeft natuurlijk voor en nadelen. Je werkt nu met een veel groter team, dat heeft natuurlijk ook zijn voor en nadelen.

Werknemer: Precies dat klopt, eerst ben je alleen en dan doe je veel zelfstandig werk. En nu is dit werk allemaal verdeeld. Anoeshka: Is het dan toen je bij de Haak werkte in Almere Haven, dat je veel meer contact had met je patiënten, hen beter kan begrijpen en helpen van de balie tot behandeling. Werknemer: Ik zou niet zeggen dat ik beter contact had met mijn patiënten in de begin jaren. Er is wel heel veel veranderd in de algehele procedure. De patiënt moet nu veel meer personen contacteren voordat deze behandeld kan worden. Eerst moet de patiënt bellen naar de assistente voor een afspraak, vervolgens moet hij zich melden bij de balie en dan komt deze pas bij de behandelkamers of bij de huisarts. Vroeger deden we dit allemaal zelf. Anoeshka: Is het dan niet zo dat dit beleid voor ouderen mensen moeite kost omdat ze eerst met meerdere verschillende mensen spreken en hun probleem steeds opnieuw moeten uitleggen? Werknemer: Dat is zeker waar, vroeger had ik mijn patiënten aan de telefoon, aan de balie en in de behandelkamer en ik merkte dat dit voor de patiënten een stuk minder ingewikkeld was dan hoe dit tegenwoordig gaat. Mensen krijgen nu verschillende mensen aan de telefoon en bij de balie te zien voordat ze bij een hulverlener terecht komen. Het is ook een beetje vergelijkbaar met wat je overdag ziet. Je belt, je arriveert bij de balie en je gaat naar de huisarts. Werknemer: Overdag bel je naar de huisarts en krijg je vaak dezelfde personen aan de telefoon die hier vast in dienst zijn, dus vooral de ouderen die er veel komen die kennen deze mensen wel aan de balie als ze bellen. Werknemer: 's Avonds bij ons is dit dus anders omdat wij niet onze eigen patiënten hebben. Het verschil is dat je overdag je eigen patiënten hebt. Het grote verschil is dat je in de avonden en weekenden/feestdagen patiënten uit het Almere en daarbuiten in de behandelkamer krijgt. Het werk is dus een stuk minder persoonlijk dan dat dit vroeger was. Terwijl wanneer ik vroeger in stadsdeel Haven werkte, vooral een groep patiënten uit dit stadsdeel naar de huisartsenpost kwam. Dit was veel intiemer, nu is het allemaal ook zeer ruim opgezet en dat maakt het een stuk minder persoonlijk. Ik heb ook het gevoel dat de zorg nu een stuk meer kost, want ik deed vroeger alles van receptioniste, aan de balie tot in de behandelkamer, samen met mijn collega's. Daartegenover is het natuurlijk wel zo dat Almere heel erg is gegroeid en niet meer vergeleken kan worden met deze tijd in de jaren 90. Anoeshka: Was er destijds altijd een huisarts aanwezig? Werknemer: Elke werkdag had een huisarts dienst, en in de weekenden had de huisarts van vrijdag tot maandag oproepdienst. Dat betekende dat je op vrijdag een soort pieper kreeg op een telefoon t/m maandag. Anoeshka: Dus eigenlijk alleen voor de spoedgevallen werd de huisarts opgeroepen? Werknemer: Precies, alleen voor de spoedgevallen. Anoeshka: Dus eigenlijk kan je wel zeggen dat door het nieuwe systeem veel verandering is qua inzet, er is nu altijd een huisarts aanwezig, dat is weldegelijk een groot verschil met vroeger en dient een huisarts nu niet meer opgeroepen te worden. Werknemer: Dat klopt, als er vroeger iemand ernstig ziek was of pijn aan de borst had moesten wij altijd wachten op de huisarts voordat er maatregelen genomen konden worden. Nu zitten wij ook in het ziekenhuis waardoor zowel de huisarts en het ziekenhuis veel sneller benaderd kunnen worden bij spoedgevallen. Anoeshka: Het is dus veel efficiënter geworden voor spoedgevallen? Werknemer: Ja,, het is nu veel efficiënter geworden. Je komt nu pas de huisartsenpost binnen als je gebeld hebt. Veel mensen bellen niet en komen zo ook binnen, maar dan kom je via de triage binnen, dat hadden we vroeger ook niet. Echter deden we dit wel, maar dan op persoonlijk initiatief. Het is nu professioneler. Anoeshka: Was het vroeger gemoedelijker? en lieten jullie mensen langskomen, ook al bleek uit jullie beoordeling dat het niet nodig was? Werknemer: Ja absoluut, waar ik vroeger werkte in de "Haak" in Almere Haven, was de oudste plek van Almere. Heel veel mensen van verschillende sociale lagen woonden daar en die kwamen even langs voor een gesprekje, dat kan nu niet meer. Wat je

vroeger zag is dat mensen die eenzaam waren, af en toe langskwamen voor een gesprekje, ook psychiatrische patiënten en dan praatte je er even mee en dan gingen zij weer naar huis want ze hadden weer een gesprekje gehad. Nu bestaat dat niet meer, je kan nu niet zo meer even langs komen om een praatje te maken. We deden destijds zelfs de medicijnen, er waren toen bepaalde mensen die elke dag hun medicijnen moesten komen ophalen omdat ze dat het niet aan konden om een grote hoeveelheid medicatie zelfstandig te beheren, dus kwamen ze elke dag medicijnen ophalen. Anoeshka: Dat is nu meer een rol van de thuiszorg die deze medicijnen aan huis komt brengen? Werknemer: Dat klopt, en als ik er nu over nadenk is het werken als verpleegkundige echt een stuk minder persoonlijk geworden. Er waren vroeger echt een hoop mensen die graag even een praatje wilde komen maken om te praten over hun persoonlijke omstandigheden of medische problematiek. Dit was voor hen belangrijk en na een gesprekje gingen zij weer huiswaarts. Het is nu op dit moment op de huisartsenpost een stuk minder persoonlijk. Je bent nu een van de velen verpleegkundigen tussen een hoop assistenten en je voelt je minder erkend. Vroeger wisten velen je te vinden als verpleegkundigen, dat is nu niet meer zo en erg onpersoonlijk geworden.

Anoeshka: Wat zijn de belangrijkste veranderingen (zowel voor- als nadelen) die u heeft meegemaakt in uw werk bij de Zorggroep Almere op het niveau van de patiënt? Denk hierbij aan het verschil in:

**Zelfstandigheid van senioren,
Zelfredzaamheid,
zelf regie hebben.**

Anoeshka: We hadden het er net al over dat mensen vroeger gemakkelijk konden langslipen bij gezondheid centrum de "Haak" in Almere Haven als ze daar behoefte aan hadden of als ze iets niet vertrouwden dus deze vraag hebben we beantwoord. Een aantal jaren geleden heeft de Zorggroep Almere ervoor gekozen om de eerstelijns avondzorg te centraliseren naar 1 huisartsenpost voor heel Almere. Anoeshka: Hoe is dit onderbouwd vanuit de organisatie? Anoeshka: Waarom heeft de Zorggroep gekozen voor centralisatie en hoe is dit gecommuniceerd naar het personeel? Werknemer: Almere werd groter en groter en we konden het niet meer aan om al het werk in ons eentje te kunnen blijven doen. Er kwamen steeds meer wijken bij en het werd steeds drukker. Op een bepaald moment is er bedacht om alles op 1 centrale plek te gaan doen en daar meer personeel in te zetten en zo is dat gegroeid. Anoeshka: Waarom zou het werk niet over 3 locaties verspreid kunnen worden want er zijn momenteel bijvoorbeeld meer dan 3 huisartsen aanwezig? Werknemer: Nee dat klopt niet, er is bijvoorbeeld momenteel maar 1 huisarts aanwezig voor heel Almere. Anoeshka: Maar daar omheen zijn wel veel verpleegkundigen en assistenten? Werknemer: Er wordt nu veel meer getrieerd, wat is spoed en wat niet. Eerst trierden we volgens Manchester en tegenwoordig volgens het NTS. Mensen krijgen dan een urgentiecode, urgentie 4 en 5 hoeft niet meer langs te komen. Mensen kunnen alleen langskomen als ze benauwd zijn, hartklachten hebben, baby's en jonge kinderen die erg ziek zijn, uitdrogingsverschijnselen, ernstige bloedingen, fractures. Anoeshka: De zorggroep heeft natuurlijk niet van de een op de andere dag besloten om te centraliseren. Werknemer: Klopt, al met al hebben ze daar 15 jaar over gedaan om het naar een plek te brengen. Op dit moment werk er maar 1 consult arts per week, er is ook een arts die visite rijdt en als deze niet op pad is dan helpt deze huisarts mee. Daarnaast is er nog een arts die de regie doet. Die zorgt ervoor dat dat mensen met urgentie snel bij een huisarts terecht kunnen. De regiearts doet geen consulten. Als er een assistent even niet weet om mensen te kunnen helpen, dan kan de regiearts het even over nemen. Anoeshka: We moeten even terug naar vraag, dus we kunnen concluderen dat omdat Almere te groot werd, centralisatie werd gekozen voor de zorgverlening en dit was de enige optie die er was? Het klinkt natuurlijk tegenstrijdig dat Almere groter wordt en alles gecentraliseerd wordt. En niet dat de huisartsenposten die er al waren in de verschillende wijken werden uitgebreid om de aan

de zorgvraag te kunnen voldoen. Zeker als je nu kijkt naar de vergrijzing, er zijn vele ouderen die zelfstandig niet in staat zijn om naar het ziekenhuis af te reizen in de avond? Klopt het dat ouderen die vroeger in de buurt van het gezondheidscentrum woonden makkelijker even met de rolstoel en openbaar vervoer naar de huisartsenpost kwamen, de stap naar het ziekenhuis is voor deze oudere natuurlijk vele malen groter? Werknemer: Ja dat klopt, je ziet nu veel dat ouderen niet meer zo snel naar de huisartsenpost komen op eigen initiatief. Ik weet echter wel dat er nog vrijgevestigde praktijken zijn die 's avonds wel open zijn. Dat zijn huisartsen die hun patiënten 's avonds de mogelijkheid bieden om toch in de nabije gezondheidscentra, die er nog zijn, behandeld kunnen worden. Ik weet dat er een huisartsenpraktijk in stadsdeel Stad en Buiten dit doen. Ik weet ook dat de vrijgevestigde huisartsen ook 's avonds een spreekuur houden, dus dit is wel een bepaalde ontwikkeling die je nu ziet gebeuren. Anoeshka: Is het zo dat de huisartsen die visites rijden er een specifieke doelgroep in gedachte is? Werknemer: Jazeker, het zijn vooral de ouderen bij wie een bezoek wordt gebracht. Echter zie je nu veel dat de ouderen in begeleiding van hun kinderen naar de huisartsenpost in het ziekenhuis worden gebracht. Anoeshka: Maar dan praten we nu over mantelzorg wat natuurlijk niet altijd vanzelfsprekend is in elke familie? Werknemer: Het wordt nu wel meer vanzelfsprekend dat ouderen een afspraak maken, vroeger was dat absoluut niet zo. Ouderen woonden in de buurt en kwamen zonder afspraak langs, vooral ook 's avonds als ze zaken niet vertrouwden. In het begin na de centralisatie is er binnen de Zorggroep wel zeker over nagedacht. Ik kan mij herinneren dat er vragen gesteld zijn van, hoe gaan wij dit doen met ouderen die een stuk verder verwijderd zijn van het ziekenhuis. Niet iedereen heet iemand om zich heen die de mantelzorg op zich kan nemen. Ik hoor nu onze assistenten wel eens aan de telefoon zeggen van, dan moet u even de burens bellen of zij u kunnen bellen, of u moet een taxi nemen. Ik vind dat mensen van een bepaalde leeftijd gemakkelijker visite moeten krijgen van een arts in plaats van te moeten langskomen in het ziekenhuis. Anoeshka: Wat is de rol van de visitearts in dit geval, hij zou dan toch eigenlijk bij deze ouderen langs moeten gaan. Werknemer: De rol van de visite arts is als de urgentie te hoog is. Denk bijvoorbeeld aan iemand met een vergiftiging die snel hulp nodig heeft, pijn op de borst heeft, of mensen uit een verzorgingstehuis waar er altijd een waarneming wordt gedaan voordat de ambulance komt. Anoeshka: Het is dus opnieuw efficiëntie voor bedrijfsvoering, en niet voor het gemak de patiënt. Werknemer: Dat is zeker waar.

Anoeshka: Wat zijn de nadelen van de centralisatie? Werknemer: Het werk is minder persoonlijk. Je werkt met een hele grote groep collega's. Dat heeft zo zijn voor en nadelen. Vroeger had ik veel meer vrijheid in mijn werk, tegenwoordig moet ik met veel meer collega's rekening houden en natuurlijk heeft iedereen een ander karakter, wat moeilijk kan zijn in je dagelijkse werk. Je ziet momenteel een scheiding tussen assistenten en verpleegkundigen. Ik kan zelf prima met alle collega verpleegkundigen werken, zelf vind ik het moeilijker in de omgang om met assistenten te werken.

Anoeshka: Hoe kijkt de organisatie nu tegen de centralisatie aan? Anoeshka: Staat zorggroep Almere nog steeds achter haar beslissing om alles te centraliseren, of wordt er mogelijk toch gekeken naar een splitsing? Werknemer: Onze manager wil al jaren weer weg uit het ziekenhuis. De verzekering wil graag dat wij in het ziekenhuis zitten als huisartsenpost. Dat is omdat de verzekering wil dat alle patiënten, voordat zij naar de spoedeisende hulp gaan, eerst langs de huisarts gaan, dat is goedkoper. Vroeger gingen mensen naar de eerste hulp en ook nog naar de huisartsenpost en dit was een duur kostenplaatje voor de verzekering. Met de nieuwe regeling gaan alle mensen eerst langs de huisartsenpost. Maar ondanks deze verandering betekend het niet dat het goedkoper is geworden. Anoeshka: Het is goedkoper geworden voor de verzekering, maar patiënten zien daar zelf niks van terug. Ik denk persoonlijk dat dit weer een voorbeeld is van het bedrijfsmatige, dat is financieel de beste keuze, zonder naar de gebruiker te kijken. Werknemer: Klopt, een consult in de avonduren bij de huisartsenpost kost ongeveer 100€

en datzelfde kost 200€ als je langs de eerste hulp gaat. De tarieven zijn afhankelijk van het aantal inwoners en het aantal bezoeken in het jaar daarvoor. Er zijn daardoor grote regionale verschillen in de kosten voor een consult. Anoeshka: Maar het is dus nog steeds zo dat de zorggroep overtuigd is voor 1 huisartsenpost voor heel Almere? Werknemer: Precies, ik merk zelf steeds meer dat er bezuinigd wordt op het aantal uren dat we werken, tijden, en op personeel. Ik heb het gevoeld dat er alleen maar wordt bezuinigd de laatste jaren.

Niet alleen bij op de eerstelijns avondzorg heeft een centralisatie plaats gevonden. In Almere verdwijnen steeds meer wijkgezondheidscentra uit het straatbeeld van de verschillende wijken, veel gezondheidscentra worden gecentraliseerd en samengevoegd tot 1 groot gezondheidscentrum per stadsdeel. Werknemer: Het klopt dat ook de gezondheidscentra in de verschillende wijken worden gecentraliseerd. Je merkt vooral dat bij de nieuwe gecentraliseerde gezondheidscentra ook een bejaardentehuis is aangebouwd

Merkt u in uw werkzaamheden dat er een verschuiving plaats heeft gevonden van 'mensen' die rechtstreeks naar de huisartsenpost gaan i.p.v. overdag naar de eigen huisarts? Waarop bezeerd u dit? Werknemer: Ja zeker, heel veel mensen gaan overdag werken en gaan dan pas 's avonds naar de huisartsenpost. Het is de wens van heel veel patiënten om ook 's avonds gewoon naar je eigen huisarts te gaan. Sommige huisartsenpraktijken hebben inmiddels eens in de week 's avonds een spreekuur. In elk deel van Almere is wel er inmiddels we een avond spreekuur en dat is een goede zaak. Wat je nu ziet is dat mensen al naar de huisartsenpost in het ziekenhuis komen met een muggenbult. Je wilt dit gescheiden houden en dat de huisartsenpost in het ziekenhuis alleen voor spoed is.

Anoeshka: Merkt u een verschuiving in het aantal hulpbehoevende ouderen die in de avonduren gebruik maken van de huisartsenpost omdat het gezondheidscentrum overdag niet meer zelfstandig te bereiken is? M.a.w. stellen senioren hun bezoek aan de huisarts uit?

Anoeshka: Merk je dan ook dat, we hebben het er net over gehad dat ouderen vaak een familielid of mantelzorger nodig hebben. Merk je een toename van mensen in de avonduren omdat ze overdag niet zelfstandig naar de huisarts kunnen. En dat het werkende familielid of mantelzorger dan 's avonds met hen naar de huisartsenpost komt? Werknemer: Dat merk je inderdaad, 's avonds komt dan de mantelzorger bij de ouderen na hun werk. Vaak denken deze mensen van o. o, dit kan niet en dan komen ze 's avonds naar de huisartsenpost. Overdag zien de mantelzorgers inderdaad niet dat het niet goed gaat met hun moeder of vader. Anoeshka: Zijn dit alsnog wel echt spoedgevallen? Werknemer: Ja, de ouderen trekken echt niet zo snel aan de bel, dus meestal is er echt wat aan de hand.

Anoeshka: Met alle ervaringen die u de afgelopen jaren in de zorg heeft opgedaan. Hoe ziet voor jou een goede insteek/opzet van de eerstelijnsgezondheidszorg er uit als u zelf met pensioen bent en hulpbehoevend bent?

Anoeshka: Wat zou voor jou de beste opzet zijn in Almere? Werknemer: Voor mensen met spoed moet een huisartsenpost en eerste hulp uiteraard blijven bestaan in het ziekenhuis. Echter ben ik van mening dat er daarnaast ook een praktijk open moet zijn, die er voor zorgt dat mensen in de avonduren naar een gezondheidscentrum gaan voor niet spoedeisende zorg. Dit centrum hoeft dan niet tot middernacht geopend te zijn. Maar als is het maar voor een paar uur, bijvoorbeeld van 18.00-20.00, zodat mensen dan in elk geval even naar hun huisarts kunnen, buiten werktijden. Anoeshka: Ik heb eerder een interview afgenomen met iemand die de bedrijfsvoering doet in een gezondheidscentrum in Amsterdam. Tijdens dat gesprek kwam naar voren dat zorg in de toekomst zoveel mogelijk uit huis wordt geregeld omdat vastgoed duurder wordt en ook het gebruik van de ruimtes daardoor duurder wordt.

Veel meer huisartsen komen dan bij mensen thuis. In plaats van dat mensen huisartsen hebben, dat er bijvoorbeeld veel meer wordt gewerkt met de praktijkzorg. De verwachting is dat de huisarts veel meer gaat samenwerken met de praktijkondersteuner. Als mensen na een opname in een ziekenhuis er bijvoorbeeld achter komen dat bepaalde medicijnen niet kloppen, en ze komen terug met hun oude medicijnen die ze nog thuis hebben en dan weten ze het niet precies meer. Alleen de huisarts mag bepalen welke medicijnen er gebruikt mogen worden. Dan sturen ze een praktijkmedewerker die wel verstand van zaken heeft (maar de medicijnen niet zelf mag voorschrijven) naar de patiënt. De praktijkmedewerker maakt ook tijd voor deze mensen. Wat hebben we nu en wat wordt er normaal voorgeschreven. Deze kan dan telefonisch contact opnemen met de huisarts voor afstemmen van medicatie. Werknemer: Dat wordt wel moeilijk. Als de eigen huisarts bijvoorbeeld geen dienst heeft, dan kan niet zomaar een andere huisarts beslissen welke medicijnen (in dit voorbeeld) moeten worden gebruikt. Anoeshka: Verwacht je ook die verschuiving dat veel meer ouderen zorg in de toekomst binnen huis zal plaatsvinden. Werknemer: Ja dat verwacht ik zeker, door de centralisatie van gezondheidscentra merk je nu alleen dat veel ouderen vroeger nog gemakkelijk met een rollator of rolstoel naar de huisarts konden en dat ouderen dat nu volledig kwijt zijn.

Helaas komt agressie tegen hulpverleners de afgelopen jaren met enige regelmaat op het nieuws voorbij. **Heeft u wel eens te maken gehad met agressie of geweld tegen hulpverleners op uw werk? Kunt u een voorbeeld noemen?** Werknemer: Die vraag wordt heel veel gesteld. Ik heb gelukkig heel weinig te maken gehad met agressie. De meeste agressie komt vanuit de telefoon. Mensen willen een afspraak maken en als er geen urgentie is en mensen kunnen geen afspraak maken dan kunnen mensen heel boos worden. Dan gebruiken deze mensen vaak een woordenschat die niet door de beugel kan. Dan bedreigen deze mensen mijn collega's met "ik kom je opwachten", zo erg is het. We worden voor van alles en nog wat uitgescholden. Ik zit zo nu en dan aan de balie, maar ik denk dat het ook zeker te maken heeft met hoe wij als verpleegkundigen mensen aanspreken. Als mensen geen afspraak hebben gemaakt, dan ga je niet in discussie bij de balie, dan zeg je van, we werken hier op afspraak, daarom gaat er een collega jou helpen. Dan horen de mensen van he, ik word geholpen. Maar als je zegt van waarom heb je geen afspraak gemaakt en mensen op deze manier benaderd, dan is er veel sneller sprake van agressie en boos worden. Waar mensen ook moeite mee hebben is dat zij langer moeten wachten doordat een andere patiënt met een hogere urgentie voorrang heeft waardoor zij langer moeten wachten. We proberen mensen uit te leggen via bijvoorbeeld video's met uitleg over het urgentie systeem. Ik moet eerlijk zeggen dat ik gelukkig nog nooit agressief behandeld ben. Je hebt wel eens mensen die heel opdringerig worden en per direct geholpen willen worden. Dan probeer ik deze mensen eerst goed te laten uitpraten, en ze daarna gerust te stellen en ze uit te leggen waarom het voor hen zo lang duurt voor ze geholpen worden. Je ziet ook steeds meer mensen die drugs of alcohol hebben gebruikt en die worden soms agressief, dat heb ik ook wel eens meegemaakt maar dat is toch anders maar toch vervelend.

Ziet u de afgelopen jaren een toename van agressie of geweld tegen hulpverleners op uw werk? Werknemer: Ja dat is zeker toegenomen, ik hoor steeds meer verhalen om mij heen van collega's. Dat er erg agressieve mensen aan de balie komen. Anoeshka: Je vertelde eerder dat je vroeger veel meer tijd had voor patiënten, denk je dat dit ook invloed heeft op het gedrag van mensen? Werknemer: Ja zeker, ik ben er van overtuigd dat dit een gevolg is van het urgentiesysteem is dat wij hanteren. Mensen denken dat ze met elke klacht naar de huisartsenpost in het ziekenhuis kunnen komen. Maar dat kan niet meer. Daar is overdag de huisarts voor en niet de huisartsenpost in de avond. Er zijn toch heel veel mensen die toch proberen te komen en dat resulteert in veel agressiviteit. Anoeshka: Kan ik concluderen dat

de algehele organisatiestructuur nog verre van ideaal is? Werknemer: Nee absoluut niet. Je zou eigenlijk liever hebben dat de huisarts 3 dagdiensten en 2 avonddiensten in de week zou draaien. Wat we tegenwoordig ook zien is dat mensen agressief worden in de richting van de arts omdat ze het niet eens zijn met het beleid. Dan komen er familieleden mee om hun onvrede te komen uiten, het is vaak niet eens de patiënt zelf. Ik merk zelf ook de toename van politie in het ziekenhuis. Elke avond als ik werk dan kom ik agenten tegen bij de huisartsenpost. Dit zijn vaak mensen die begeleid worden omdat er iets gebeurd is. Vroeger in mijn jaren bij de "Haak" heb ik nog nooit meegemaakt dat een patiënt onder politiebegeleiding naar de huisartsenpost kwam.

Behalve geweld en agressie tegen hulpverleners, zijn er volgens u nog andere problemen of knelpunten ontstaan door de bezuinigen en hervorming van de zorg waardoor u mogelijk minder goed uw werk kunt doen?

Werknemer: De tijd, je probeert zo veel mogelijk mensen te kunnen helpen en automatisch geeft die een hoop stress. Je moet op in een kort tijdsbestek een hele grote hoeveelheid mensen zien, terwijl er overdag door de huisarts wordt gezegd ik werk van 9:00-17:00 uur. Wat ik een zorg vind, is dat mensen bijvoorbeeld om 16:50 uur niet meer behandeld worden en doorgestuurd worden naar de huisartsenpost. Als mensen bij mij om middernacht nog langskomen dan help je ze nog even, dan zal ik ook overwerken. Eigenlijk zie je dat niet terug bij de huisartsenpraktijken overdag en dat vind ik een slechte zaak. Als het gezondheidscentrum overdag wat gemoeidelijker en flexibeler zou omgaan met werktijden, dan zou het een stuk minder druk zijn in de huisartsenpost in het ziekenhuis.

Anoeshka: Elke huisarts heeft een bepaald aantal patiënten en dat hebben jullie natuurlijk niet. Werknemer: Wat je op dit moment ziet is dat de huisartsen van de zorggroep liever minder patiënten wil, terwijl de nieuwe groep van vrij gevestigde huisartsen graag nieuwe patiënten erbij willen. Je zal nooit vrijgevestigde huisartsen het advies geven om savonds maar naar de huisartsenpost te gaan. Anoeshka: Stel je voor je zou een huisartsenpost terugbrengen naar de bestaande gezondheidscentra, dat huisartsen nog meer je directe collega's worden. Denk je dat op deze manier de huisartsen wat flexibeler zouden worden om nieuwe patiënten over te dragen aan de avond verpleegkundigen en minder de 9-17 mentaliteit zouden hanteren? Werknemer: Precies, ik denk dat het dan veel gemoeidelijker zou gaan. Maar ik moet wel zeggen dat er veel verschillen zijn tussen huisartsen, je ziet hier ook veel verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen die een andere verantwoordelijkheid hebben in hun privé leven.

B.3 Interview protocol 3; cliënt/ gebruiker (bewoners Meenten/grienden/ gebruikers Gezondheidscentrum Oost)

Intro; voorstellen wie ik ben en wat het doel is van mijn onderzoek. (benadrukken dat wij ons hoofdzakelijk focussen op de ouderenzorg; toegankelijkheid van de eerstelijnszorg en geïntegreerde zorg.)

Doel van dit interview: Ik ben van mening dat er binnen de besluitvormingen van de hervorming van de gezondheidszorg in Almere Haven voornamelijk vanuit bestuurlijk en politiek niveau gekeken wordt naar de hervorming en niet vanuit de gebruiker. Voornaamste doel is om in beeld te krijgen waarom een wijkgezondheidscentrum belangrijk is voor senioren en hoe dit wijkgezondheidscentrum bijdraagt in het dagelijkse functioneren van senioren.

1. Algemeen informatie over de geïnterviewde bewoners:

Bewoner A en Bewoner B zijn een echtpaar uit Almere Haven en wonen al 26 jaar in hun huidige woning in de wijk de Grienden. Het echtpaar heeft een groot sociaal netwerk binnen Almere en hebben zich ten tijde van hun werkzame leven en na hun pensioen ingezet voor sociale doeleinden waaronder Humanitas en de voedselbank. Ondanks hun leeftijd neemt het echtpaar nog steeds actief deel aan evenementen in Almere waaronder het jaarlijkse Haven Festival. Hier verzorgen ze de catering voor de artiesten. Verder is het echtpaar ook actief in de organisatie van activiteiten in het nabije buurthuis de Grienden. Beide zijn nog zeer actief in het dagelijkse leven en hebben genoeg hobby's. Mijn man is lid van een zangkoor en fietst graag op zijn mountainbike. Ria is actief in het bridgen en wandelt graag samen met haar partner in omgeving van het Schapenbos en Stadslandgoed de Kempphaan. Tevens doen zij ook gezamenlijk aan koersbal in het buurthuis.

- **Anoeshka: Wat is uw Leeftijd?** Bewoner B: Ik ben 78 jaar oud; Bewoner A: Ik ben 80 jaar oud.
- **Anoeshka: Wat is uw burgerlijke staat?** Bewoner B: We zijn getrouwd.
- **Anoeshka: Ontvangt u thuiszorg vanuit de Zvw?** Bewoner A: Nee wij ontvangen geen thuiszorg. Bewoner B: We hebben wel informatie ontvangen over thuiszorg. Ik heb recent een boekje ontvangen met een vragenlijst en informatie dat iemand kan langskomen bij ons thuis. Toen ik 70 jaar werd is er iemand bij ons langsgesproken, ik vind het wel fijn om te weten hoe of wat.

Anoeshka: Ontvangt u hulp of heeft u een indicatie voor de Wmo? Bewoner A: Nee, we krijgen momenteel geen hulp vanuit de Wmo. Bewoner B: Dat hebben we ook nog niet nodig. Anoeshka: Het Wmo is heel breed, het kan gaan om bijvoorbeeld het plaatsen van een traplift, tot een douche laten veranderen en bijvoorbeeld het regelen van een taxi. Bewoner B: Bij buurtcentrum Corrosia in Almere Haven is een maatschappelijk werkster aanwezig aan wie ik allerlei vragen kan stellen als dat nodig is. Anoeshka: Jullie zijn wel op de hoogte dat deze hulp mogelijk is? Bewoner A: Dat klopt, alleen we maken er nog geen gebruik van. Bewoner B: We helpen zelf liever anderen zo lang we dit nog kunnen doen. Bewoner A: de bejaardentehuizen en verzorgingstehuizen zijn weggefallen. Als een van ons komt te overlijden en de ander krijgt geen verzorging, hoe gaat dit dan verder? Waar kom je dan terecht? Dat vind ik tegenwoordig binnen Almere een heel groot vraagteken omdat we geen bejaardentehuizen meer hebben. Anoeshka: Julie hebben verder nog geen aanpassingen in huis zoals bijvoorbeeld een traplift? Bewoner A: Nee, er wordt momenteel wel een nieuwe wc geïnstalleerd die wat hoger is, maar dat bekostigen we allemaal zelf. En dat er een handgreep komt, zodat je je niet met een fonteintje naar boven hoeft op te trekken.

- **Zou u aan mij uw dagelijkse functioneren en de mate van hulp behoeftigheid kunnen toelichten?**

2. Veranderingen door de hervorming van de zorg en de invoer van de Wmo

In 2007 is de hervorming van de zorgwetgeving begonnen. O.a. de Wmo is ingevoerd waardoor de overheid een groot deel van zijn takenpakket met betrekking tot maatwerkvoorzieningen over gedragen heeft aan de gemeentes.

- **Sinds de invoering van de Wmo in 2007, heeft u wel eens problemen ondervonden bij het aanvragen van voorzieningen en ondersteuning bij de Gemeente Almere? Zo ja kunt u dat toelichten en een voorbeeld noemen?**

3. Het nieuwe beleid van Gezondheidscentrum Oost en de Haak

- **Anoeshka: Wanneer bent u voor het laatst bij Gezondheidscentrum Oost geweest?**

Bewoner B: Ja recent nog, we komen alleen bij Gezondheidscentrum Oost, maar je moet het wel plannen. Het duurt vaak wel ander halve week voordat je er terecht kan. **Anoeshka:** Wat ik heb begrepen is dat er een inloopspreekuur is elke ochtend. **Bewoner B:** Nee, je moet er echt een afspraak maken. **Bewoner A:** Je maakt telefonisch een afspraak, die wordt ingepland en dan geeft je ook meteen op bij welke huisarts je terecht wil. Dan geven zij bijvoorbeeld aan dat jouw huisarts alleen op woensdag op deze locatie is van 8-12 uur. En op andere tijden zit de huisarts in gezondheidscentrum de Haak, dus je merkt wel dat ze je proberen door te spelen naar de Haak. Die stap willen ze dan wel dat je gaat maken. Dan zeg ik nee, ik wil gewoon mijn huisarts hier om de hoek in gezondheidscentrum Oost, want ik woon daar juist zo om de hoek. Dan is dat uiteindelijk ook geen probleem en dan plannen ze deze afspraak in. **Anoeshka:** Maar dat duurt dus best lang? **Bewoner B:** Vaak wel ja. Alleen ik doe het wel anders. Omdat het gezondheidscentrum zo dichtbij is, loop ik langs en dan maak ik een afspraak aan de balie want voordat je geholpen wordt aan de telefoon, waar je eerst langs een menu komt van dat moet je indrukken en dan weer dat, ben je een hele tijd verder en dat was vroeger nooit zo erg, dat gaat tegenwoordig allemaal via een centrale. **Anoeshka:** Dus het maken van een telefonische afspraak kan ook best lang duren? **Bewoner B:** Ja. **Anoeshka:** Ik heb mij verdiept in de wet, en het is namelijk zo dat je binnen 2 minuten geholpen moet worden aan de telefoon. **Bewoner A:** Dat lukt op dit moment echt niet, dan zou je echt het noodnummer 112 moeten bellen. **Anoeshka:** Verder is het ook zo dat je volgens de wet binnen 3 werkdagen bij je huisarts terecht moet kunnen. **Bewoner B:** Nee dat lukt ook niet, laatst zaten ze een hele week vol, en de week erna ook en kon ik er pas over 2 weken terecht. Toen vroeg de vrouw aan de telefoon, weet heeft u en wat voor klachten heeft u. Toen vertelde ik dat ik op een bepaalde plek wat pijn heb en dat verontrust me een beetje en ik zou dan ook binnenkort met vakantie gaan, en toen kon ik ineens nog dezelfde dag terecht. **Anoeshka:** Maar dan wel bij je eigen huisarts? **Bewoner B:** Ja wel bij mijn eigen huisarts, ze zei toen, ik heb nog 1 uurtje vrij dus kom maar om die tijd. **Anoeshka:** Ja, want volgens mij was de insteek dat als het gezondheidscentrum zou verplaatsen, dat de huisartsen meer aan huis zouden komen. Hebben jullie daar iets over gemerkt? **Ria:** Wij zelf niet maar mee een vriendin wel. **Anoeshka:** Volgens het nieuwe beleid zou er gecentraliseerd worden, dat betekend dus dat er bepaalde spreekuren zijn in de buurt, maar de huisarts gaat meer op huisbezoek. **Bewoner B:** Voor ons is dat nog niet nodig geweest omdat wij nog zo mobiel zijn. Wat ik nu weet is dat de huisartsen 3 werkdagen in het gezondheidscentrum Oost aanwezig zijn en vaak zie je dat mijn eigen huisarts al de hele week is volgepland. **Anoeshka:** Maar er zijn dan nog wel andere huisartsen beschikbaar? **Bewoner B:** Ja er zijn wel andere huisartsen beschikbaar. **Anoeshka:** Maar daar willen jullie dan geen afspraak maken? **Bewoner B:** Ja, je hebt in al die jaren een vertrouwensband opgebouwd met je huisarts en je hoort vele verhalen van

buren en vrienden over andere huisartsen. Dan blijf ik liever bij mijn eigen huisarts waar ik erg tevreden over ben, doe legt alle ook goed en duidelijk uit.

- **Anoeshka: Bent u al eens in het nieuwe Gezondheidscentrum de Haak geweest? Zo ja, wat was de reden dat u naar gezondheidscentrum de Haak bent gewoon i.p.v. naar Gezondheidscentrum Oost?** Bewoner A: Ja, ik bezoek daar wel mijn tandarts die daar altijd al zat dus ik kom er wel maar ik kom daar niet naartoe voor een afspraak met mijn huisarts. De afspraken met de huisarts en medicatie et cetera lopen allemaal via de Haak en dat begrijp ik ook, maar dat mijden wij wel, we gaan gewoon nog steeds naar gezondheidscentrum Oost en de apotheek die daar ook aanwezig is. Anoeshka: Zolang de huisarts hier zit gaan jullie daar niet weg? Bewoner A: Precies, pas is er ook een enquête gehouden over de grieprik. Met daarin ook vragen hoe wij over de thuiszorg denken en in de enquête hebben wij natuurlijk ook heel driftig ingevuld dat wij het gezondheidscentrum willen behouden hier en terecht. Bewoner B: Vanuit het buurtcomité zijn ze erg ook heel erg mee bezig, en vandaar dat gezondheidscentrum Oost er nog steeds zit zegt men... Bewoner A: Ja er is actie ondernomen door de buurtbewoners en daar is gelukkig gehoor aan gegeven. Anoeshka: Er werd in de eerste instantie aangegeven dat gezondheidscentrum Oost dan ook zou blijven, maar eigenlijk zie je nu dat het niet meer is zoals het vroeger was? Bewoner A: Nee, en ik verwacht ook niet dat dat meer zal terugkomen. Bewoner B: Als er vroeger wat was, dan kon ik naar het gezondheidscentrum toe lopen en dat gevoel was erg fijn. Mijn man heeft een keer wat aan zijn hart gehad en konden er meteen terecht om een hartfilmpje te laten maken. Toen is hij vanuit daar meteen met de ambulance overgebracht naar het ziekenhuis, en dat was heel erg fijn en gaf je een veilig gevoel, en dat is iets wat we nu kwijt zijn. Bewoner A: Dat het gezondheidscentrum nu 's middags dicht is, is natuurlijk heel vervelend en dan moet je wel bellen. Bewoner B: Het was vroeger wel onze redding want het is zo lekker dichtbij en dat is nu wel even anders. Bewoner A: Voor de buurt is dit absoluut geen aanwinst wat er is gebeurd, daar is de boel ver mee achteruit gegaan. Bewoner B: Volgens mij zie je dit soort praktijken steeds meer gebeuren. Bewoner A: Ik vraag me dan af, moeten we dit met elkaar maar allemaal accepteren? Want dan gaat het van kwaad tot erger. Anoeshka: Het is wel zo dat de manier van werken van huisartsen veranderd, ze gaan meer samenwerken met praktijkondersteuners voor bijvoorbeeld bloedafnamen of ondersteuning bij diabetes. Huisartsen gaan in de toekomst waarschijnlijk ook steeds meer samenwerken met een soort verpleegkundigen die ieder een specialisme heeft in een bepaalde richting. Denk dan bijvoorbeeld dat er assistenten langskomen om over medicatie te komen praten in naam van de huisarts of voor thuiszorg.
- **Heeft u wel eens meegemaakt dat u bij uw bezoek aan de huisarts, door iemand anders dan de huisarts geholpen bent? Zoals bijvoorbeeld een praktijkondersteuner of assistente? Wat vond u daar van?** Bewoner A: Ja ik heb het een keer gehad, die was gespecialiseerd op medicatie. Ik had medicatie gehad waar ik verkeerd op reageerde en toen vertelde de huisarts dat hij een assistent in huis had die veel weet over medicatie. Toen ben ik met hem in contact gekomen om naar andere medicatie te gaan kijken.

Door de veranderingen bij Gezondheidscentrum Oost kunt u alleen nog maar tijdens spreekuur tussen 07:30 en 12:00 bij een aanwezige huisarts terecht.

- **Hoe gaat u naar Gezondheidscentrum de Haak? Ov, Taxi, auto etc.?** Anoeshka: Als jullie dan uiteindelijk toch naar de Haak moeten, hoe gaan jullie hier dan naartoe? Bewoner A: Wij hebben een auto dus zouden er dan ook met de auto of met de fiets naartoe gaan. Anoeshka: Jullie zijn niet afhankelijk van OV of een taxi? Bewoner A: Dat zou in de toekomst wel kunnen. We hebben een bushalte om de hoek, maar dan moet je wel bij de bushalte komen. Anoeshka: Tijdens de vormgeving van Almere is er destijds ook gekeken naar de afstand tussen OV en het gezondheidscentrum en gezondheidscentrum de Haak is nog best wel een afstand via het OV. Bewoner A: Ja dat klopt daar moet je niet met het OV naartoe gaan. Bewoner B: Sommige mensen hebben enkel alleen AOW, en als je dan een aantal keer naar het gezondheidscentrum moet gaan dan lopen de kosten toch behoorlijk op. Wij waren vroeger kleine middenstanders en

hadden geen pensioen en hebben toen ons huis verkocht en goed gespaard dus daar kunnen wij goed mee rond komen, maar als wij dat niet hadden dan had je toch elke euro moeten omdraaien en daardoor zie je ook veel ouderen om ons heen die daar echt wel een probleem mee hebben. Anoeshka: In principe, heeft de Wmo ook een taxi-service. Bewoner A: Dat klopt, dan zou je vervoer kunnen inplannen via een organisatie. Bewoner B: Is dat wel zo? Anoeshka: Ja, de zorggroep is aan het besparen en bezuinigen. Het geld blijft in het ene potje zitten. De gemeente gaat over het potje van de Wmo, over de zorg en ondersteuning en de gemeente betaald dus het vervoer en de taxikosten. Er is dus een verschuiving, de ene partij bezuinigd waardoor de andere partij meer moet gaan betalen. Bewoner A: Ja we weten wel dat die mogelijkheden er zijn, maar zoals we om ons heen zien is dat erg onpraktisch omdat je dan ergens moet bellen om weer te worden opgehaald. Anoeshka: Maar als je niet anders hebt, dan ben je wel blij met de mogelijkheid dat je toch verplaatst kan worden. Bewoner A: Klopt daar heb je gelijk in en dat is ook zo. In het verleden heb ik een keer een operatie gehad waarna ik geen auto mocht rijden toen ik thuis was. Echter kreeg ik complicaties en moest ik naar het ziekenhuis. Ik wilde hier met het OV naartoe, echter waren die toen net aan het staken. Toen heb ik maar met de huisarts gebeld om te vragen van wat moet ik hier nu mee. En in overleg met de huisarts heb ik toen besloten om 112 te bellen. Toen de ambulance arriveerde toen kreeg ik de opmerking van meneer, wij zijn geen taxibedrijf, maar ze namen mij toch mee. Ik heb toen gezegd, ik laat het jullie zelf doen, de verantwoordelijkheid daarover ligt bij jullie. Anoeshka: De gemeente krijgt per inwoner betaald vanuit de overheid voor de taxi service. Dus eigenlijk wordt er voor jullie betaald, maar maken jullie er nog niet gebruik van. Het zijn hele simpele dingen, want bijvoorbeeld een WC verhogen, dat zijn ook dingen die vanuit zulke potjes betaald kunnen worden dat noodzakelijk is. Dit zijn dingen die makkelijk zelf zijn te regelen, maar waar je niet over nadenkt dat de overheid dit betaalt. Bewoner B: Een tijd geleden kreeg ik last van mijn knie. Toen vertelde iemand dat ik een fiets met trapondersteuning kon aanvragen. Maar voordat je dit allemaal hebt aangevraagd komt veel tijd overheen, en toen dacht ik, ik verkoop mijn huidige fiets wel en dan regel ik zelf een fiets met trapondersteuning. Anoeshka: Klopt, dit zijn inderdaad voorbeelden die allemaal via het Wmo beschikbaar zijn. Bewoner A: Klopt, ik heb hier bij me een informatiepakket uit 2017 van de Schoor. Daar staat allemaal informatie over in, maar omdat wij hier nog geen gebruik van hebben hoeven maken, dan leg je het weg en kijk je er niet meer naar. Aanpassingen die ik nu nodig heb, dat koop je en laat je het plaatsen. Maar als je dat niet kan dan begrijp ik dat je dit soort oplossingen zoekt. Ik heb zelfs aanpassingen bij de buurman in zijn huis aangebracht, achteraf heel stom natuurlijk en had ik hem over het informatiepakket moeten vertellen. Anoeshka: Als de nood hoog is dat je het zelf financieel aankan of het niemand in de buurt voor je kan laten doen dan is het natuurlijk ook weer anders, maar toch ben je eigenlijk een dief van je eigen portemonnee als je de mogelijkheden die er zijn niet gebruikt. Bewoner A: Klopt maar dat ligt aan ons zelf, wij zijn nog veel meer van het zorgen voor anderen en organiseren het liefst alles door ons zelf. Anoeshka: Klopt, maar de overheid zet eigenlijk belastinggeld opzei en eigenlijk is de gemeente verplicht om hierover goed te informeren. Bewoner B: Ik krijg wel post, maar dat leg je dan apart en kijk je niet meer na. Anoeshka: Eigenlijk gaat er iets mis in het systeem omdat jullie uiteindelijk niet zijn geïnformeerd over alle mogelijkheden die er zijn. Bewoner A: Klopt, uiteindelijk komt het niet goed over, zeker ook omdat je niet alle post tot in detail gaat doorlezen. Bewoner B: Wij zijn er zelf ook laks mee. Anoeshka: Maar als je de informatieplicht meer bij huisartsen zou neerleggen, dat je dan bijvoorbeeld meteen na het gesprek met de huisarts bij iemand terecht kan, zoals bij een sociaal medewerker, of maak een afspraak bij de balie met iemand die jullie zal ondersteunen bij het krijgen van extra voorzieningen of hulp zodat je meteen op de hoogte bent wat er allemaal mogelijk is via de Wmo. Bewoner B: Dat is inderdaad zo, zoals je dat omschrijft, dat een huisarts je meteen kan adviseren wat je mogelijkheden zijn, dat zou erg fijn zijn. Bewoner A: Pas kwam ik bij een orthopeed en die liet mij schoenen aanmeten via een bepaalde winkel aan de Kerkgracht, die behoorlijk prijzig is. Je merkt dan wel dat je dan gericht naar die zaak gaat en als je dan goed geholpen wordt dan ga je er de tweede keer weer naartoe. Anoeshka: Klopt, dus het werkt dan wel, want als een professioneel persoon je daar op wijst dat je daar naartoe moet gaan dan ga je ook. Maar het is dan wel jammer dat je dan per se naar een plek wordt gewezen die erg duur is.

Bewoner A: Dat klopt, ik heb toen ook niet gevraagd of ik ergens anders ook terecht kan.

Bewoner B: Ik vind het goed wat jij nu eigenlijk zegt want dat kom ik meer tegen. Je ziet veel ouderen die zich helemaal vasthouden aan de mening van de dokter. Je ziet dan dat de huisarts heel belangrijk is voor mensen omdat zij hier erg tegenop kijken en hiernaar luisteren. Ouderen zoeken toch houvast, en als een huisarts dan adviseert dan zal je zien dat ze hier ook naar luisteren.

4. Faciliteiten in de wijk

- **Anoeshka: Wat voor faciliteiten voor zover u weet zijn er allemaal in uw wijk te vinden op het gebied van zorg, welzijn en sociale activiteiten?** Anoeshka: Jullie gaven eerder al aan dat jullie aan koersbal doen hier in het buurthuis in de Grienden, zijn er verder in de wijk nog andere sociale activiteiten die jullie doen? Bewoner B: Ik wel maar mijn man zit ook op een zangkoor in Almere in een ander buurthuis in Tussen de Vaarten, dat is wel een stuk verder weg ongeveer 15 minuten met de auto hier vandaan. Anoeshka: Ik begreep dat je ook nog bij het buurtcentrum Corrosia komt in Almere Haven? Bewoner B: Ik kwam er wel om te schilderen, maar ik kom er nu niet meer. Anoeshka: Dat zijn dan activiteiten die via de Schoor worden georganiseerd? Bewoner A: Corrosia is zowel door de Schoor en Triade georganiseerd. Bewoner B: Ik ben ook wel eens weer in een ander buurthuis geweest om de briden. Bewoner A: In de buurt heb je hier de buurthuizen van de Meenten en de Grienden en de basisschool hier om de hoek organiseert ook een project voor de leerlingen die een dag ouderen verwennen. In buurtcentrum Corrosia zit ook een ochtend café waar je koffie kan gaan drinken, de bar daar wordt geregeld via Triade. Anoeshka: Buurtcentrum Corrosia is natuurlijk het centrum gebied dus ik neem aan dat jullie daar dan met de auto naartoe gaan? Bewoner A: Als wij daarheen zouden willen gaan, dan gaan we met de auto of de fiets. Anoeshka: Als je niet mobiel bent, dan is dat nog best een afstand om daar te kunnen komen? Bewoner A: Ja absoluut. Bewoner B: Dat is zeker waar, een vriendin woont hier om de hoek maar die kan daar niet naartoe met het OV en neemt daarom ook een taxi. Bewoner A: Om op sommige punten in Almere bij een bushalte te komen kan best wel een probleem zijn. We moeten dan zeker niet over de winter gaan praten als het glad is, want dan is net natuurlijk nog meer een probleem. Anoeshka: Stel er zou een ochtend café hier in het gezondheidscentrum terecht komen. Bewoner A: Dat zou daar best wel kunnen komen. Anoeshka: Jullie kennen natuurlijk veel mensen omdat jullie zelf ook veel voor ouderen organiseren, zouden er dan meer mensen op af komen vanuit de wijk omdat het Buurtcentrum Corrosia te ver is voor velen? Bewoner B: Ik denk het helaas niet en daar ben ik eerlijk is. Waarom zeg is dat, ik weet dat in Corrosia ook al niet heel goed draait. Anoeshka: De gemeente betaald dus nu voor al die ondersteuning. Mensen moeten naar psychologen, naar de fysiotherapeut. Maar omdat ze meer onder de mensen moeten zijn en meer beweging nodig hebben, vallen die zorgkosten niet volledig weg. Maar ze zullen wel afnemen omdat als je onder de mensen blijft je meer contact maakt, je he beter voelt en minder eenzaam bent. Kosten die normaal in de zorg gaan zitten, kunnen dan bijvoorbeeld in een buurtcafé zitten. Bewoner B: Maar dat zit hier al in het buurthuis in de Grienden, daar kunnen ouderen ook koffiedrinken en schilderen, koersballen. Dus dat zit hier eigenlijk al. Bewoner A: Ik zit met je mee te denken, als de koffieochtend nou verplaatst van het buurthuis naar het gezondheidscentrum. Anoeshka: Precies, en dat daar dan bijvoorbeeld een maatschappelijk werker aanwezig is en de thuiszorg aanwezig is, iets waar je normaal voor zou bellen en dat de drempel dan lager is, je komt deze mensen daar tegen en je kan gemakkelijker informatie krijgen. Bewoner A: Weet je wat lastig is, het is de animo, hoe krijg je die mensen daar? In het buurthuis zie je bijvoorbeeld nu al dat daar maar ongeveer 10 mensen op af komen en dan hoop je dat er mensen van verschillende etnische achtergronden op af komen om die daar ook bij te betrekken. Dan zie je vaak al dat er 6 van deze mensen zelf al vrijwilliger zijn van het buurthuis en dan blijven er 4 mensen over waar je het eigenlijk voor doet. Anoeshka: In Engeland hebben ze dit soort zorgcentra opgezet met de hele buurt. Bewoner A: Kijk daar heb je het al, dan is de animo er al. Anoeshka: In Engeland hebben ze zich afgevraagd, wat missen jullie en wat willen jullie. De kamers zijn zelfs geleverd door de buurt en de inrichting is door hen bedacht. Bewoner B: Als je mensen erbij betreft dan hebben

ze meteen een verantwoordelijkheidsgevoel, als ze er buiten staan dan is er meteen een drempel om er naartoe te gaan. Bewoner A: Hier wordt best veel georganiseerd in het buurthuis, maar hoe krijg je de mensen daar. Om dat buurtcentrum over de plaatsen naar een gezondheidscentrum zou denk ik heel erg zonde zijn, want dan trek je de boel nog verder uit elkaar, dan heb je op veel verschillende locaties activiteiten, en dan heb je ook nog eens de activiteiten in de kerk de Goeden reden. Anoeshka: Maar de vraag is natuurlijk ook, hoelang bestaan deze buurthuizen nog want er wordt momenteel veel bezuinigd? Bewoner A: Als het buurthuis weg zou vallen, dan zou dit een gigantisch mooie manier zijn om dit op te vangen. Anoeshka: Het buurthuis is ook eigendom van stichtingen, bijvoorbeeld het Schoor. Zou het gezondheidscentrum een gemeentelijke functie hebben, waarbij de gemeente de verantwoording heeft voor de gezondheid en ondersteuning dat mensen weer mee kunnen draaien in de maatschappij. Het is eigenlijk maar een locatie. Jullie hebben eigenlijk nog geluk dat dit buurthuis er is want er zijn er al veel verdwenen in Almere? Bewoner A: Klopt, je hebt hier alleen nog maar de Meenten en de Grienden en Corrosia. Er zijn veel wijken die een heel eind moeten reizen om van deze voorzieningen gebruik te kunnen maken. Bewoner B: Het punt wat je eerder noemde om een arts erbij te betrekken in het voorzien van informatie is heel belangrijk als ik er zo over nadenk. Zeker voor oudere mensen, die zetten de dokter op een verhoging. Dat is voor veel mensen een veilig gevoel van dan zit het goed. Anoeshka: Een huisarts zal blijven volhouden van dat zijn niet mijn taken en daar ben ik niet voor opgeleid. Bewoner A: En terecht. Bewoner B: Maar een lijntje naar hulp vanuit de huisarts zou wel prettig zijn. Anoeshka: De gedachten van dit interview, is dat door ons, de beleidsmakers iets vinden en daar een wetenschappelijk of financieel idee achter hebben om bepaalde beslissingen te nemen. Er wordt eigenlijk alleen maar op beleidsmatig niveau naar faciliteiten gekeken. Hoe kan het zo goedkoop mogelijk en hoe kunnen we zoveel mogelijk bezuinigen. Eigenlijk denk ik aan het omgedraaide, hoe kunnen we het zo goed mogelijk doen om zoveel mogelijk mensen te helpen en te bereiken en wat is daar voor nodig, dat wordt vaak vergeten. Bewoner B: Het is een bepaalde cirkel die altijd weer terugkeert waar een nieuwe generatie weer andere ideeën heeft waar vaak ook best goede ideeën tussen zitten, maar in de praktijk blijkt alles toch anders te lopen dan in theorie. Bewoner A: Wat ik heel erg belangrijk vind in dit interview is dat je probeert te peilen hoe de cliënt nu met dit vraagstuk om gaat en hoe reageert de cliënt op alle veranderingen die op dit moment spelen met het gezondheidscentrum. Hoe moet dat verder? Want kan dat nog verder afgebouwd worden op financiële gronden, of moeten we nu even stop zeggen en eerst de boel even op zijn plek laten komen. Echter heb ik wel mijn vraagtekens of wat er gebeurt met dit interview. Als jij straks bent afgestudeerd dan beland deze informatie ergens bij de politiek in een la en wordt er vervolgens niet meer naar om gekeken. Anoeshka: Er zijn ook nog eens 200 gemeenten in Nederland die allemaal een ander beleid hanteren, wat natuurlijk ook niet erg efficiënt is. Elke gemeente heeft zijn eigen beleidsmakers in dienst die allemaal wat bedenken, iets nieuw willen en dit weer op een nieuwe manier gaan hanteren.