

Tilburg University

Gezond maar vooral ook gezellig thuis

de Graaf, L.J.; Hendrikx, P.M.A.

Publication date:
2012

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
de Graaf, L. J., & Hendrikx, P. M. A. (2012). Gezond maar vooral ook gezellig thuis. Universiteit van Tilburg.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Gezond – maar vooral ook Gezellig – Thuis

Een evaluatie van het project *Gezond Thuis* in de gemeente Breda

Dr. Laurens de Graaf
Wiljan Hendriks, BA



TILBURGSE SCHOOL VOOR POLITIEK EN BESTUUR

Inhoud

Inhoud.....	2
1. Inleiding	4
1.1 Aanleiding	4
1.2 Probleemstelling	4
1.3 Grenzen van het onderzoek	5
1.4 Onderzoeksaanpak.....	6
1.5 Leeswijzer.....	7
2. Samenwerking in de zorg: een theoretische verkenning	8
2.1 New Public Management	8
2.2 Governance en netwerken.....	9
2.3 Samenwerking in de zorg	10
2.4 Gezond Thuis.....	11
2.5 Operationalisatie.....	13
2.5.1 Het partnerperspectief.....	13
2.5.2 Het gebruikersperspectief.....	15
3. Het consortium onder de loep	17
3.1 Het consortium Gezond Thuis Breda.....	17
3.2 Inhoud.....	19
3.3 Organisatie & Uitvoering.....	21
3.4 Gezond Thuis Breda: samen alleen	24
4. 'Gezond Thuis' in de beleving (en de huiskamer) van de cliënten	27
4.1 'Gezellig' Thuis	27
4.1.1 De cliënt in beeld	27
4.1.2 Gebruik & gebruiksvriendelijkheid	28
4.2 De cliënt in contact	29
4.3 Een jaar lang Gezond Thuis Breda.....	30
5. Conclusie & aanbevelingen	32
5.1 Analyse & conclusies	32
5.1.1 Doelstellingen	32
5.1.2 Partnerperspectief	33
5.1.3 Gebruikersperspectief.....	34
5.1.4 Knelpunten.....	35
5.2 De toekomst van Gezond Thuis Breda	36
Referenties.....	38

Bijlagen	41
Bijlage 1: Overzicht respondenten	42
Bijlage 2: Topiclijst Partners	43
Bijlage 3: Topiclijst Cliënten	45
Bijlage 4: Tussentijdse bevindingen (begin januari 2011)	47

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De provincie Noord Brabant vindt dat zorg voor Brabantse burgers slimmer kan en heeft in 2010 een programma opgezet met de naam Slimme Zorg. Het idee is dat zorg beter en efficiënter kan worden georganiseerd en tevens beter aansluit bij de behoeften van zorgbehoevenden. In diverse Brabantse gemeenten zijn er Slimme Zorg projecten opgezet, waaronder het Gezond Thuis project in Breda. Volgens de informatieve folder gaat het bij Gezond Thuis om het volgende: *‘Gezond thuis is een oplossing die ertoe bijdraagt dat u mee kunt blijven doen aan het maatschappelijk leven, thuis kunt blijven wonen, en u zich tegelijk verbonden weet met iedereen die voor u belangrijk is.’* (Careyn, 2011). Gezond Thuis richt zich dus op mensen met een (thuis)zorgindicatie en biedt – via ICT middelen – ondersteunende diensten aan met het doel dat cliënten (onderling) contact houden en langer gezond thuis blijven wonen. Het ICT hulpmiddel dat zij gebruiken heet het PAL4 systeem (later meer hierover). Het project kent vijf doelstellingen. De eerste is het behalen van een vooraf vastgesteld aantal aansluitingen, namelijk 250 senioren en 1000 mantelzorgers. De tweede doelstelling is het werven van klanten en dienstverleners. De derde doelstelling is het verfijnen en definiëren van diensten en klantbehoeften binnen de ‘community’. Het gaat hierbij vooral om het creëren van een sociale gemeenschap. Deze doelstelling focust op de welzijnscomponent. De vierde doelstelling is het verfijnen en definiëren van diensten en klantbehoeften binnen zorg en gezondheid en heeft dus een focus op de zorgcomponent van het PAL4 systeem. De laatste doelstelling is het vormgeven van de gemeentelijke randvoorwaarden binnen Breda. Diverse zorgaanbieders uit Breda werken - in een consortium – samen om deze doelstellingen te realiseren. De Provincie Noord Brabant heeft een subsidie verstrekt om dit samenwerkingsverband te stimuleren. Eén van de eisen aan de subsidie is om de samenwerking te evalueren en effecten in kaart te brengen. De Universiteit van Tilburg en in het bijzonder de Tilburgse School voor Politiek en Bestuur is gevraagd deze evaluatie uit te voeren. Dit rapport doet hiervan verslag.

1.2 Probleemstelling

Dit onderzoek heeft twee doelstellingen. De eerste doelstelling is gericht op de organisatie die samenwerken in het consortium Gezond Thuis. Het doel is dan ook om de samenwerking te evalueren door te kijken hoe het proces is verlopen en welke factoren bepalend zijn geweest voor het resultaat. De tweede doelstelling is gericht op de cliënten. We hebben geïnventariseerd wat cliënten van de toegevoegde waarde van de nieuwe technologische hulpmiddelen vinden en welk effect dit heeft (gehad) op hun dagelijks leven. De centrale vraag in dit onderzoek is afgeleid van bovengenoemde doelstellingen en richt zich eveneens op de samenwerkingspartners en de cliënten.

De centraal vraag luidt als volgt:

Op welke wijze werken zorgpartners goed samen in het Gezond Thuis project en welke effecten ervaren de cliënten van het Gezond Thuis project?

Deze tweeledige centrale vraag valt uiteen in drie concrete onderzoeksvragen:

1. *Aan welke criteria voldoet goede samenwerking rondom Gezond Thuis?*

Deze vraag wordt beantwoord op basis van een literatuurstudie in de actuele wetenschappelijke literatuur over samenwerking tussen zorginstellingen. Op basis van deze literatuurstudie worden evaluatiecriteria geformuleerd voor de eindevaluatie. In hoofdstuk 2 van dit rapport doen wij hier verslag van.

2. *Hoe is er samengewerkt?*

In deze tweede onderzoeksvraag wordt niet alleen *het proces* (waaronder de rollen) van samenwerking maar ook *de resultaten* van de samenwerking onderzocht. Ook wordt er niet alleen naar de samenwerking binnen dit project gekeken, maar ook hoe partners binnen deze samenwerking samenwerken met partijen van andere samenwerkingsverbanden rondom Gezond Thuis. Een vraag die bijvoorbeeld ook aan de orde komt is: *Wat vinden de samenwerkingspartners van de samenwerking?* Het is interessant om vanuit het perspectief van iedere samenwerkingspartner vast te stellen wat hij/zij van de samenwerking vindt. Daarnaast is het interessant om te achterhalen welke rol de (lokale) overheid in deze samenwerking heeft gespeeld. Een andere specifieke vraag die we onderzocht hebben is: *Welke factoren in de nabije omgeving zijn van invloed op de samenwerking, volgens de samenwerkingspartners?* We staan hierbij vooral stil bij ontwikkelingen (bij partners) in de omgeving van het samenwerkingsverband. Deze ontwikkelingen worden vanuit de perceptie van de samenwerkingspartners benaderd. Zoals gezegd richten we ons in deze evaluatie niet alleen op de samenwerkingspartners maar ook op de effecten bij cliënten. Een volgende concrete vraag die we beantwoorden is dan ook: *Wat zijn de effecten bij de cliënt?* In hoofdstuk 3 en 4 formuleren we een antwoord op onderzoeksvraag 2.

Tot slot worden er op basis van de evaluatie beknopte aanbevelingen geformuleerd welke de opdrachtgever zelf verder kan uitwerken. Het gaat dan onder andere om de vraag hoe samenwerking rondom het Gezond Thuis project in de nabije toekomst zou kunnen en moeten plaatsvinden.

3. *Wat betekent dit voor de toekomst van Gezond Thuis in de (nabije) toekomst?*

In hoofdstuk 5 presenteren we ons antwoord op deze derde en tevens laatste onderzoeksvraag.

1.3 Grenzen van het onderzoek

In dit onderzoek focussen we ons met name op het *proces* van het Gezond Thuis project in Breda en in veel mindere mate op de *inhoud*. Het gaat dus niet zozeer om de evaluatie van het systeem (inhoud), maar veel meer om de manier waarop er is samengewerkt (het proces). We hebben niet naar de inhoud gekeken, omdat onze expertise niet op de technische aspecten van het systeem liggen, maar veel meer op de governance vraagstukken van dit soort processen. De evaluatie van de inhoud zou tevens een andere methodologie vereisen. Om toch enige uitspraken over de inhoud te kunnen doen, hebben we wel naar de effecten van het systeem bij de cliënt gekeken.

1.4 Onderzoeksaanpak

Aan deze rapportage liggen meerdere onderzoeksfasen ten grondslag. In de eerste fase is een literatuurstudie uitgevoerd om in kaart te brengen hoe wij het Gezond Thuis project kunnen begrijpen in het licht van de ontwikkelingen binnen het zorgdomein zoals deze in de wetenschappelijke literatuur zijn beschreven. Uit deze literatuur hebben we proces- en resultaatkenmerken geformuleerd waar 'goede samenwerking' in de zorg aan voldoet. In paragraaf 2.5 werken we dit verder uit.

De tweede fase betreft een nulmeting bij de consortiumpartners en bij cliënten. Door middel van interviews is in kaart gebracht hoe de partners aankijken tegen de samenwerking op basis van de geformuleerde kenmerken van 'goede samenwerking' (medio november 2010). Het is belangrijk te vermelden dat op basis van deze interviews op 5 januari 2011 een terugkoppeling heeft plaatsgevonden naar de projectleider van het Gezond Thuis project (zie bijlage 4). Dit wordt verder toegelicht in hoofdstuk 3. Tevens hebben we acht interviews gehouden met negen cliënten die het PAL4 systeem gebruiken. We hebben geïnventariseerd hoe ze het systeem gebruiken en hun mening gevraagd over het consortium achter dit systeem. Zowel de partner- als de cliëntinterviews hadden het karakter van een semigestructureerd gesprek waarbij gebruik werd gemaakt van een vragenlijst die als topiclijst diende (zie bijlage). De cliënten zijn a-select geselecteerd uit een overzicht dat is aangeleverd door Careyn. Eén interview is face-to-face gehouden door bij de persoon in kwestie thuis langs te gaan om tevens te zien hoe een cliënt het systeem gebruikt. Twee interviews zijn via beeldbellen uitgevoerd. De overige vijf hebben allemaal telefonisch plaatsgevonden (alle medio maart 2011).

De derde fase van dit evaluatieonderzoek was erop gericht om een tweede meting uit te voeren bij partners en cliënten. Wederom is gesproken met alle vertegenwoordigers van de consortiumorganisaties. Eén interview heeft telefonisch plaatsgevonden. Daarnaast zijn nogmaals negen interviews uitgevoerd met tien cliënten met een PAL4 systeem. Drie van hen hadden deelgenomen aan de eerste meting. De reden voor een tweede interview was om meer zicht te krijgen op veranderingen van de effecten van het Gezond Thuis project in Breda bij de cliënten. Wederom waren alle interviews semigestructureerd en werd gebruik gemaakt van een vragen-/topiclijst. Deze kwamen in grote lijnen overeen met de topiclijsten die we bij de eerste meting hebben gehanteerd, maar hadden meer aandacht voor mogelijke veranderingen. Daarnaast is in november 2011 een vergadering van het consortium bijgewoond waarin de voortgang van het project werd besproken. Tevens hebben we een cliëntenbijeenkomst bijgewoond (medio januari 2012) om zicht te krijgen op wat cliënten elkaar hebben te vertellen over hun ervaringen met het systeem.

Buiten de fasen om zijn nog twee interviews gehouden om tussentijdse onduidelijkheden te verhelderen en om meer zicht te krijgen op de lokale beleidsomgeving van project. De interviews zijn verwerkt tot uitgebreide verslagen en iedere respondent is anonimiteit en vertrouwelijkheid beloofd. De informatie in dit rapport is dan ook niet terug te herleiden naar de specifieke personen.

1.5 Leeswijzer

Zoals hierboven aangegeven doen we in hoofdstuk 2 verslag van de literatuurstudie over goede samenwerking in het zorgdomein. Tevens presenteren we daarin een conceptueel model welke gebruikt is om deze evaluatie verder vorm en inhoud te geven. In hoofdstuk 3 staan we stil bij de samenwerkingspartners en beschrijven we wat ieder van hen van de samenwerking vindt. In hoofdstuk 4 staat de cliënt centraal. We beschrijven het effect van het Gezond Thuis project bij de cliënt. In het laatste hoofdstuk formuleren we onze conclusies en presenteren we enkele aanbevelingen voor de toekomst.

2. Samenwerking in de zorg: een theoretische verkenning

In dit hoofdstuk beantwoorden we onderzoeksvraag 1: *aan welke criteria voldoet goede samenwerking rondom Gezond Thuis?* We staan stil bij enkele grote ontwikkelingen die aan de basis liggen van samenwerking in de zorg. Dit mondt uit in een analysemodel welke we hebben gebruikt bij de verdere inrichting van deze evaluatie.

2.1 New Public Management

Wanneer we willen weten wat bepalend is geweest voor het zorgdomein zoals dat er vandaag de dag uitziet, dan zijn minstens twee recente ontwikkelingen van groot belang. Beide ontwikkelingen zijn veelbesproken binnen de bestuurskunde en hangen sterk met elkaar samen. Het gaat hier om 'New Public Management' (NPM) en de meer recente 'governance' ontwikkeling (zie paragraaf 2.2). De meningen lopen uiteen over hoe de NPM ontwikkeling precies in zijn werk is gegaan (Hood, 1991: 5-6). Over het algemeen wordt de visie onderschreven dat het een reactie was op de toenemende ineffectiviteit van de bureaucratisch georganiseerde overheid. De overtuiging dat er sprake was van te ver doorgevoerde centralisatie, risicomijding, een gebrek aan contextgevoeligheid en te veel bureaucratie won sterk aan kracht. Overheden en aanverwante organisaties werden steeds meer gezien als ineffectief en vooral inefficiënt. Zeker wanneer zij vergeleken werden met private organisaties die opereren in een marktomgeving en daardoor zeer flexibel bleken te zijn. Deze antibureaucratische tendens vormde de achtergrond voor de steeds sterker wordende roep voor een minder intensieve rol van de overheid in de maatschappij en de economie (Mulgan, 2003: 151-152; Farrell & Morris, 2003: 132). Dit zien we bijvoorbeeld sterk terug in het bekende werk *Reinventing Government* van Osborne en Gaebler waarin zij spreken over een revolutie waarbij de overheid radicaal anders georganiseerd moet worden. Zij beschrijven tien principes die essentieel zijn voor zogenaamde 'entrepreneurial public organizations'. Hierbij stellen zij zaken aan de orde zoals flexibiliteit, competitie, consument keuze en andere non-bureaucratische mechanismen. Dit alles heeft als doel de creativiteit en effectiviteit van de overheid te verhogen (Osborne & Gaebler, 1992: 2; 321).

Het thema van het NPM-denken dat in verschillende vormen opkwam in de gehele Westerse wereld was dat de publieke sector een voorbeeld moest nemen aan de private sector (Pollit & Bouckaert, 2004, chap. 4). Het managen van publieke organisaties werd niet langer als iets anders gezien dan het managen van private organisaties. Vrijwel alle discussies over NPM kennen zeven elementen die we als karakteristiek kunnen beschouwen voor NPM in het algemeen. Allereerst stelde het NPM-denken dat de mensen aan de top van een organisatie de vrijheid moeten hebben om de organisatie te besturen/managen. Zij moeten dus een duidelijke taakomschrijving en verantwoordelijkheden hebben. Ten tweede moesten duidelijke standaarden geformuleerd worden om de behaalde resultaten meetbaar te maken. Ten derde verschoof bij het NPM-denken de aandacht voor procedures naar resultaten, met andere woorden de 'output' kwam centraal te staan. Ten vierde kwam een sterke nadruk op het opsplitsen van grote logge organisaties in kleinere agentschappen zodat die zich beter konden focussen op hun specifieke taak. Ten vijfde werd competitie binnen de

publieke sector noodzakelijk geacht om de efficiëntie ervan te verhogen. Ten zesde werden management instrumenten uit de private sector geïntroduceerd zoals het gebruik van public relations principes en het (geldelijk) belonen van personeel. Tot slot werd het credo binnen het NPM-denken 'do more with less' wat betekende meer discipline, en meer spaarzaamheid (Hood, 1991: 4-5). Als gevolg van de NPM ontwikkeling kwamen waarden die betrekking hadden op economie en afstemming tussen vraag en aanbod centraal te staan. Denk hierbij aan efficiëntie, zakelijkheid, concurrentie, specialisatie en flexibiliteit.

Het kost weinig verbeeldingskracht om deze ontwikkeling terug te zien in het Nederlandse zorgdomein. Zo stelt Putters dat lange tijd 'de groeiende vraag naar en het beperkte aanbod van gezondheidszorg' niet goed op elkaar aansloten (2001: 3). Sinds de jaren zestig kende Nederland door het stevige overheidsingrijpen in de zorg – vanwege kostenbeheersingsmotieven – een aanbodgeruleerd systeem waarbij volume, prijzen, tarieven en bouwprocedures waren gereguleerd. Dit aanbodgeruleerde systeem kende evidente tekortkomingen in een wereld met een stijgende zorgbehoefte met zaken als de veelbesproken wachtlijsten tot gevolg. Onder invloed van het NPM-denken werden vooral in de jaren negentig marktwerking en ondernemerschap als oplossingen gezien. De vooronderstelling hierbij is dat dit zal leiden tot 'meer doelmatig en vraaggericht handelen, meer keuzemogelijkheden' en meer oog voor de behoeften van zorgvragers (Putters, 2001: 8-9; chap. 2).

2.2 Governance en netwerken

Governance is na (ast) NPM de tweede stroming in de bestuurskunde, waarvan we de essentie hier kort uiteenzetten. Governance is tegenwoordig een ontzettend populair begrip en komen we in allerlei ambtelijke en wetenschappelijke publicaties tegen op tal van domeinen. Zo ook binnen de bestuurskunde. Hoewel het niet gaat om een nieuwe begrip – al in 1471 gebruikte de Engelse advocaat Fortescue de term – is het vooral sinds de jaren negentig in zwang geraakt (De Graaf, 2007: 16-17). Volgens Kjaer zijn er in ieder geval vier ontwikkelingen binnen de Westerse wereld die het fundament vormen voor het governance begrip: de privatisering van overheidsdiensten, de toepassing van private managementprincipes in de publieke sector, decentralisatie van taken en bevoegdheden, en de toegenomen rol van de 'civil society' (Kjaer, 2004: 4). Zeker de eerste drie hangen nauw samen met de ontwikkeling van het NPM-denken zoals deze in de vorige paragraaf aan de orde is gekomen. Maar juist vanwege het feit dat deze ontwikkelingen zeer veelvormig zijn en ook vanwege de populariteit van het concept is het moeilijk te definiëren wat governance nu precies is. Immers, iedere discipline die het concept gebruikt voegt haar eigen nuances toe aan het governancebegrip (Kjaer, 2004: 1). Als we niet oppassen met het begrip wordt het al snel onbruikbaar, of in de woorden van Rhodes 'it would seem that governance has too many meanings to be useful' (Rhodes, 1997: 52).

Toch zijn er binnen de politiek-bestuurlijke wetenschap wel degelijk enkele definities waarover enige overeenstemming bestaat. Volgens De Graaf wordt de definitie van Rhodes regelmatig gebruikt in combinatie met publiek management en netwerken: 'governance refers to self-organizing, interorganizational networks characterized by interdependence, resource exchange, rules of the game and significant autonomy from the state' (Rhodes, 1997: 15 in De Graaf, 2007: 17). In het boek van Kjaer komen meerdere definities – waaronder de voorgaande van Rhodes – aan de orde en zij

stelt dat er bepaalde overeenkomsten uit te destilleren zijn (waarbij zij zich vooral baseert op de institutionele theorie): 'governance is about managing rules of the game in order to enhance the legitimacy of the public realm' (Kjaer, 2004: 15). Een belangrijke observatie die Kjaer doet is dat de focus vaak ligt op het belang en de rol van netwerken om gezamenlijke doelen te bereiken, maar dat tegelijkertijd hiërarchische structuren onmisbaar zijn. Deze laatste spelen vooral een rol wanneer gekeken wordt naar 'wie waarvoor verantwoordelijk is, hoe verantwoordingsmechanismen werken binnen governancestructuren, waar de (democratische) legitimiteit ligt en wie de (beslis)macht heeft' (De Graaf, 2007: 18).

In het zorgdomein zien we deze ontwikkeling goed terug. Het is overigens wel terecht om bij voorbaat op te merken dat het samenspel tussen de vele partijen die binnen het Nederlandse zorgsysteem actief zijn, niet volledig het gevolg is van de fragmentatie door NPM. Het blijkt namelijk dat het van oudsher kenmerkend is voor het Nederlandse zorgdomein dat de overheid sterk afhankelijk is van '(voornamelijk private) zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij de organisatie, uitvoering en financiering van haar grondwettelijk verankerde zorgtaken' (Putters, 2001: 3). Maar met de opkomst van het NPM is het spel tussen de verschillende spelers binnen het zorgdomein sterk geïntensiveerd. De overheid was immers niet langer de bepalende partij zoals in het aanbodgereguleerd systeem, maar zet nu in op netwerksturing. De dynamiek tussen de verschillende partijen onderling (zorgverzekeringen, zorgaanbieders en vooral zorgvragers: patiënten/cliënten) kreeg nadrukkelijk meer ruimte. Zeker in de beginperiode leverde dit lastige situaties op. Zo vroeg de overheid van de betrokken partijen enerzijds om binnen het bestaande aanbodgereguleerde systeem samen te werken, en anderzijds om conform de markt te concurreren (Putters, 2001: 366).

2.3 Samenwerking in de zorg

Meer recent zien we dat het beleid van Westerse landen meer en meer inzet op de vorming van partnerschappen binnen het brede netwerk van het zorgdomein. Uit de literatuur volgt dat het hier voornamelijk gaat om partnerschappen tussen de partijen uit de gezondheidszorg en uit de sociale of maatschappelijke zorg. Dit wordt vooral gedaan om tegemoet te kunnen komen aan de sterk stijgende zorgvraag als gevolg van de vergrijzing (Rummery, 2009: 1797). Wanneer we het hebben over een partnerschap, dan gaat het om gezamenlijke inzet (in de zin van kennis, bronnen, geld e.d.) om een gezamenlijk doel te bereiken. Hierbij delen de deelnemende partijen verantwoordelijkheid en hebben zij tegelijkertijd ook inspraak. Partners versterken elkaar en zien in dat het gezamenlijke doel het bereik van ieder individuele organisatie overstijgt (Poole, 1995).

Zoals uit de wetenschappelijke literatuur over partnerschapvorming naar voren komt, verlopen dergelijke samenwerkingen vaak verre van vlekkeloos. Het voert te ver om hier alle problemen aan de orde te stellen, maar enkele bekende problemen zijn de volgende. Allereerst blijkt dat er vaak weinig onderling vertrouwen is, en waar wantrouwen overheerst is samenwerking bij voorbaat onmogelijk (vgl. Van Twist & Klijn, 2007: 44). Daarnaast is er vaak sprake van gebrekkige communicatie tussen partners evenals een gebrekkig procesmanagement, terwijl het actief onderhouden van relaties en het constant overbruggen van verschillen juist zo belangrijk zijn (vgl. Boonstra, 2007: 327; en Koppenjan, 2005: 152). Tot slot kunnen we wijzen op institutionele en culturele verschillen: daar waar verschillende (publieke en private) partijen samenwerken, worden de verschillen tussen hen pas goed duidelijk en kunnen spanningen ontstaan (vgl. Klijn & Teisman,

2002: 70). Onder meer deze knelpunten spelen ook binnen zorgpartnerschappen een rol. Het is dus goed om actief te reflecteren op een dergelijke samenwerking. Maar hoe doe je dat?

Uit de literatuur volgt dat er meerdere 'partnerschapstools' zijn ontwikkeld om partnerschappen binnen de zorg te evalueren. Eén van die tools betreft het Australische VicHealth's Partnership Analysis Tool dat drie activiteiten biedt (Lewis, 2005). Allereerst moet nagegaan worden wat precies het doel is van een partnerschap. Ten tweede moet het gehele partnerschap in kaart worden gebracht. Tot slot biedt VicHealth een uitgebreide checklist om na te gaan wat de huidige status van een partnerschap is (VicHealth, 2010). Uit de literatuur komt naar voren dat dit analyse instrument van VicHealth veel gebruikt en goed gewaardeerd wordt. Het blijkt een robuust middel te zijn om beter zicht te krijgen op samenwerking in het zorgdomein. We hebben er dus voor gekozen om het VicHealth's Analysis Tool als basis te nemen in dit onderzoek. Om zicht te krijgen op goede samenwerking hebben we de evaluatiecriteria die daarin gebruikt worden geoperationaliseerd voor dit onderzoek.

Met name op basis van de checklist die de VicHealth's Analysis Tool in fase drie hanteren, kunnen we een driedeling maken in inhoud (waar gaat het partnerschap precies over?), organisatie (hoe is het partnerschap georganiseerd?), en uitvoering (hoe verloopt het partnerschap in het echt?). Vanuit wetenschappelijke ervaringen op het gebied van samenwerking in de zorg gaan we dus van het VicHealth's Analysis Tool uit als het gaat om goede samenwerking. De belangrijkste reden hiervoor is dus dat dit instrument vaak gebruikt – en daarmee bijgesteld – is, waardoor het robuust is. Daarnaast is deze benadering van samenwerking in de zorg evidence based. In paragraaf 2.5 komen we terug op de verdere operationalisatie. In de volgende paragraaf staan we eerst uitgebreider stil bij het Gezond Thuis project.

2.4 Gezond Thuis

Onder leiding van de zorgorganisatie Careyn is binnen de gemeente Breda een consortium gevormd van samenwerkende zorgpartners bestaande uit: Careyn Thuiszorg Breda, PAL4, Stichting WIJ, Stichting Steunpunt Informele Zorg Breda (STIB), Stichting Goed Geregeld, Stichting Elipz, Avans Hogeschool en Tilburg University. De samenwerking is gericht op het ondersteunen van mensen met een zorgvraag zodat zij zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Dit project heeft de naam 'Gezond Thuis' en valt onder de 'Slimme Zorg'-paraplu van de Provincie Noord-Brabant. Zoals op de website van de provincie te lezen valt, is de hedendaagse opvatting vaak dat wie ouder wordt op een gegeven moment zal verhuizen naar een bejaardentehuis of verzorgd wordt door één of meerdere mantelzorgers. Toch is dit een achterhaalde opvatting. De meeste mensen willen namelijk zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen (Provincie Noord-Brabant, 2011a). Zeker met het oog op de vergrijzing zien we al jarenlang dat de overheid op zoek is naar manieren om de zelfstandigheid van ouderen met een toenemende zorgvraag te borgen (e.g. Ministerie van VWS, 2005). De provincie ziet ICT als innovatief en veelbelovend middel om dit probleem mede te ondervangen. Zij biedt financiële ondersteuning aan projecten die onderzoek doen, of bestaande plannen, producten en diensten ontwikkelen en uitvoeren. Gezond Thuis is zo een dergelijk project.

Het project Gezond Thuis in Breda draait om het bieden van persoonlijke zorg op afstand waarbij het bevorderen van sociaal contact en welzijn centraal staan (Careyn, 2011a). Om dit te bereiken wordt

gebruik gemaakt van een aanraakscherm ('touch screen') met software dat bij cliënten van Careyn wordt geplaatst (ouderen en chronisch zieken met een ondersteuningsvraag). Het doel is een 'social community' te vormen waarbij senioren en chronisch zieken met een ondersteuningsvraag samen met mantelzorgers en professionals een netwerk vormen. Het gaat hierbij om het aansluiten van in ieder geval 250 ouderen en chronisch zieken en 1000 mantelzorgers. Vrijwel de voornaamste verdienste van het gebruikte computersysteem is volgens de Gezond Thuis website dat contact verloopt via 'beeldbellen'. Zoals het woord zelf al zegt gaat het om telefoneren maar dan uitgebreid met een webcamfunctie zodat visueel contact mogelijk is. Het systeem kan niet alleen gebruikt worden voor 'gezondheid & zorg', maar ook voor dienstverlening op het gebied van 'wijk & wonen' en 'winkelen & ontspanning'. Tevens kunnen aangesloten deelnemers ook met elkaar beeldbellen en zodoende contact met elkaar opnemen en onderhouden. In feite is het streven erop gericht de buitenwereld bij de cliënten binnen te halen.

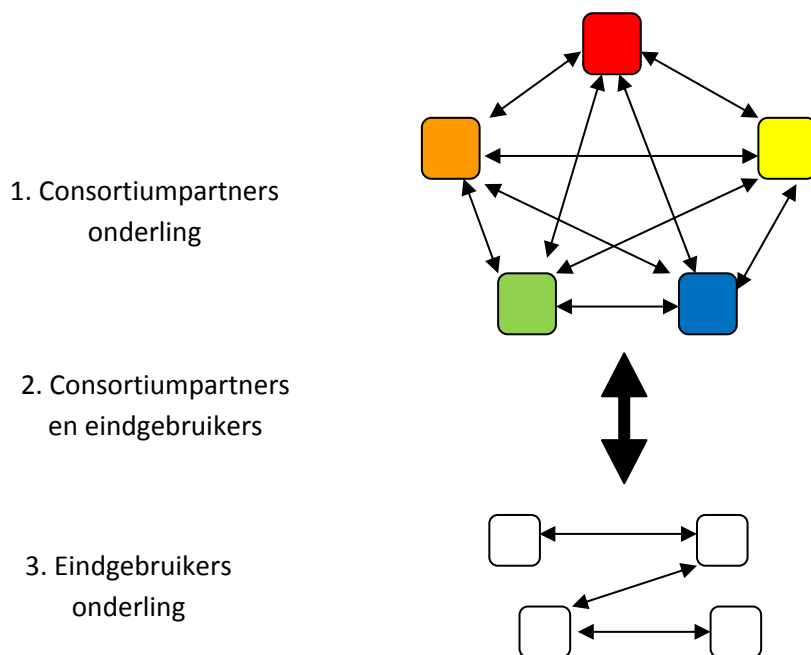
Het systeem waar gebruik van wordt gemaakt is het zogenaamde PAL4 (Personal Assistent for Life) systeem. Dit systeem is ontwikkeld door het zorginnovatiebedrijf Focus Cura Zorginnovatie BV samen met vier zorginstellingen (waaronder Careyn) (PAL4, 2011). Het besturingssysteem van het PAL4 systeem betreft een variant van Microsoft Windows XP waarbij de aanbieder selecteert welke onderdelen toegankelijk zijn voor de gebruiker. De bediening vindt plaats door middel van een touch screen. Optioneel kan een toetsenbord en een muis toegevoegd worden. Aan de bovenzijde van het scherm zit een webcam voor het beeldbellen. Op het scherm zijn grote knoppen te zien waarmee de gebruiker kan navigeren naar een viertal onderdelen: 'wijk & wonen' (e.g. het bezoeken van (buurt)websites), 'gezondheid & zorg' (e.g. het beeldbellen met verpleegkundigen), 'winkelen & ontspanning' (e.g. het spelen van spelletjes), en 'familie & deelnemers' (e.g. het in de toekomst kunnen beeldbellen met (klein)kinderen). Het is expliciet het streven van de betrokken partijen om het systeem zo gemakkelijk mogelijk bedienbaar te maken en altijd een helpdesk beschikbaar te hebben.

De senioren en chronisch zieken met een ondersteuningsvraag – veelal op basis van een AWBZ of Wmo indicatie – kunnen gebruik maken van het eerder besproken aanraakscherm met software. Het is de bedoeling dat de mantelzorgers daarentegen toegang krijgen via hun eigen PC. Wanneer we ons onder meer baseren op de website van de Provincie Noord-Brabant kunnen we een paar facetten van het Gezond Thuis systeem kort belichten. Het systeem biedt een amusementsfunctie: het kunnen spelen van spelletjes. Daarnaast is er iedere morgen een 'goedemorgenservice', waarbij er een kort moment van videocontact is tussen de cliënt en de zorgverlener. De zorg op afstand bestaat uit zaken als telebegeleiding voor chronisch zieken, preventieve programma's (e.g. leefstijlbegeleiding) en de mogelijkheid tot een videospreekuur. Tot slot staat op de website dat het streven erop is gericht om het PAL4 systeem binnen de gemeente Breda ook te kunnen koppelen aan andere systemen van andere aanbieders zodat gebruikers van verschillende systemen toch met elkaar contact kunnen leggen en onderhouden (Provincie Noord-Brabant, 2011b).

Het is van groot belang om twee zaken voor ogen te houden met betrekking tot deze evaluatie. Allereerst is het zo dat zowel Careyn als Focus Cura Zorginnovatie BV activiteiten hebben ver buiten de gemeentegrenzen van Breda. Zo kunnen ook cliënten van Careyn in Zuid-Holland het Gezond Thuis systeem aanvragen (Careyn, 2011c). Toch is het onze taak als Tilburg University ons specifiek te richten op het consortium dat in de gemeente Breda opereert. Ten tweede zullen wij niet het

stelsel evalueren, maar juist de samenwerking waardoor we niet verder in zullen gaan op de specifieke technische mogelijkheden/achtergronden.

Bij het project Gezond Thuis binnen de gemeente Breda kunnen we een drietal relaties onderscheiden. Allereerst zijn er natuurlijk de relaties tussen de verschillende consortiumpartners. In totaal zijn er 8 officiële partners welke hierna aan de orde zullen komen. Verder zijn er de cliënten die, ondermeer via het PAL4 systeem, onderling contact onderhouden. Uiteraard heeft binnen deze groep niet iedereen met iedereen contact. Tussen deze twee groepen van relaties zit nog een niveau, namelijk de relatie die de consortiumpartners hebben met de (individuele) eindgebruikers. Schematisch kunnen we dit met behulp van figuur 2.1 visualiseren.



Figuur 2.1 – Samenwerkingsrelaties van project Gezond Thuis in schema

2.5 Operationalisatie

Om inzicht te krijgen in het functioneren van het partnerschap willen we gebruik maken van twee perspectieven: we willen kijken naar het functioneren van het consortium door de ogen van de partners (het ‘partnerperspectief’) en door de ogen van de gebruikers (het ‘gebruikersperspectief’).

2.5.1 Het partnerperspectief

Wanneer we nogmaals kijken naar figuur 2.1 dan bevinden we ons bij het eerste perspectief op het niveau van de relaties tussen de consortiumpartners. We willen weten hoe het partnerschap functioneert in de ogen van alle betrokken organisaties. Zoals eerder aangestipt zijn er in de wetenschappelijke literatuur meerdere ‘partnerschapstools’ ontwikkeld om partnerschappen binnen de zorg te evalueren, waaronder het VicHealth’s Partnership Analysis Tool (Lewis, 2005). Deze tool kent drie analyseactiviteiten. Allereerst richt het zich op het doel van het partnerschap. Ten tweede moeten de relaties tussen de verschillende partners van het gehele partnerschap in kaart worden gebracht. Tot slot kan aan de hand van een uitgebreide checklist nagegaan worden wat de huidige status van een partnerschap is (VicHealth, 2010).

Voor deze evaluatie hebben wij het VicHealth instrument als basis genomen en toegesneden op de context van het Gezond Thuis consortium. We hebben de relevante elementen uitgelicht en in een voor ons handzaam format gegoten. Dit format betreft een semigestructureerde vragenlijst die wij hebben gebruikt bij de interviews met de partners (zie bijlage 2). Wat betreft de eerste activiteit van het VicHealth instrument – het doel van het consortium – is het ook in ons geval relevant om meer te weten te komen over de perceptie van het overkoepelende doel door de betrokken partners. Dit doen we door de vraag te stellen: ‘waar gaat het samenwerkingsverband volgens u over?’ Daarnaast willen we meer weten over het belang van de individuele organisaties zelf om te participeren in het consortium: de ‘deeldoelen’ (zie vragen 2 en 4, bijlage 2).

Wat betreft de tweede activiteit die VicHealth onderscheidt – het netwerk – willen we weten met welke partners de verschillende organisaties vooral samenwerken binnen het consortium en of hier in het verleden vaker mee samen is gewerkt (zie vraag 10, bijlage 2). Ook vragen we naar de afspraken die zijn gemaakt om de samenwerking binnen het netwerk vorm te geven (vraag 15, bijlage 2). Toch is het vooral de derde activiteit – de checklist – die ten grondslag ligt aan onze vragenlijst. De checklist kent een zevental categorieën:

- 1) ‘determining the need for the partnership’;
- 2) ‘choosing partners’;
- 3) ‘making sure partnerships work’;
- 4) ‘planning collaborative action’;
- 5) ‘implementing collaborative action’;
- 6) ‘minimizing the barriers to partnerships’; en
- 7) ‘reflecting on and continuing the partnership’.

Op basis van activiteiten één en twee en op basis van deze zeven categorieën, hebben we een drietal clusters van vragen opgesteld. Deze gaan over inhoud, organisatie en uitvoering. De eerste handelt over de vraag ‘waar gaat het partnerschap precies over?’. De tweede richt zich meer op de inrichting van het partnerschap: ‘hoe is het partnerschap georganiseerd?’. Tot slot de laatste gaat over de vraag ‘hoe verloopt het partnerschap in de praktijk?’.

Wat betreft de inhoud is het duidelijk dat activiteit één van het VicHealth instrument zich in deze categorie bevindt. Het is natuurlijk van groot belang dat de partners het met elkaar eens zijn over het nut en de noodzaak van een partnerschap. Bovenal is het van belang dat zij het gezamenlijke doel van de samenwerking vaststellen, waarbij consensus over en commitment aan dit doel essentieel zijn. Het is belangrijk dat dit doel ‘gedekt’ wordt door de partners: het moet zo zijn dat er geen partners ontbreken (omgekeerd moeten er ook niet teveel partners aan tafel zitten). Dit komt ook overeen met de eerste twee categorieën uit de checklist van VicHealth, te weten het bepalen van het nut en de noodzaak van een partnerschap en de selectie van betrokken organisaties. Naast de vragen die al aan de orde zijn gekomen, bevat deze categorie vragen als ‘ontbreken er partners en stakeholders?’ en ‘hebben volgens u alle partners het doel van het consortium duidelijk voor ogen?’ (zie bijlage 2).

De organisatie gaat over de inrichting van het partnerschap. Wil de samenwerking ook daadwerkelijk succesvol zijn, dan moeten partners daartoe allereerst wel toegerust zijn (‘kunnen zij wel participeren?’). Tevens moeten afspraken gemaakt worden over de verdeling van verantwoordelijkheden en taken. Ook moet helder zijn hoe de communicatie zal verlopen, hoe de

administratie precies in zijn werk zal gaan, wie het proces managet etc. We moeten dus zicht krijgen op hoe het partnerschap - beschouwd als netwerk - eruit zou moeten zien. In feite zien we dit terug in de derde, de vierde, de vijfde en de zesde categorie uit de VicHealth checklist. Het gaat hierbij immers om de voorzieningen die getroffen zijn om een partnerschap te laten functioneren; het plannen van gezamenlijke actie; afspraken over de implementatie van deze gezamenlijke actie; en de voorzorgsmaatregelen die zijn getroffen om mislukken te voorkomen. Denk hierbij aan vragen als 'is de organisatie voldoende toegerust om succesvol te kunnen participeren?', en 'Wie managet het proces?' (zie bijlage 2).

Tot nog toe vormen deze twee categorieën een 'papieren werkelijkheid'. Het gaat uiteindelijk om het daadwerkelijke verloop van de samenwerking; de uitvoering. Het gaat hierbij vooral om de beleving van de samenwerking door de verschillende partners. Voelen zij zich betrokken? Hebben zij het idee dat de andere partners zich helemaal inzetten? Het gaat voornamelijk over de vraag of strategie en uitvoering op één lijn zitten. Dit zien we terug deels in de vijfde en in de zevende categorie van het VicHealth instrument. Vragen die hierbij aan de orde komen zijn 'vertrouwt u de andere partners volledig?'; 'hoe verloopt de werkelijke samenwerking gezien vanuit uw organisatie (t.o.v. de verwachting)?' en 'is er ruimte voor flexibiliteit?' (zie bijlage 1).

Binnen de drie categorieën inhoud, organisatie en uitvoering is steeds een uitsplitsing gemaakt naar twee dimensies, te weten partnerniveau en consortium niveau. In wezen maakt dit dat er steeds eerst een focus is op de partnerorganisatie zelf, om vervolgens dieper in te gaan op het consortium in bredere zin.

2.5.2 Het gebruikersperspectief

Het voorgaande ging in op het partnerperspectief door te kijken naar het functioneren van het consortium door de ogen van de verschillende betrokken partijen. Maar een dergelijk perspectief voorkomt niet dat het partnerschap een lege huls is: het kan immers zo zijn dat de samenwerking goed verloopt, maar dat de doelen waarvoor het partnerschap is opgericht niet worden behaald. Uiteraard kunnen we in dat geval nog steeds niet spreken van een succesvol partnerschap. Vandaar dat het tweede perspectief belangrijk is. Verwijzend naar figuur 2.1 hebben we het hier veel meer over de relatie tussen de gebruikers en de consortiumpartners. Het partnerschap functioneert immers pas echt succesvol als ook de gebruikers waar het partnerschap zich op richt positief zijn over het systeem en de organisaties daarachter. Ook het derde niveau van relaties speelt bij het gebruikersperspectief een rol en is relevant voor deze evaluatie. De insteek van het PAL4 systeem is namelijk expliciet dat het ook een sterk socialiserende functie heeft. Met andere woorden, gebruikers kunnen het systeem gebruiken om contacten te leggen en te onderhouden met anderen. Het welslagen van het consortium wordt dus in hoge mate bepaald door de vraag of cliënten het systeem hier ook daadwerkelijk voor gebruiken. Maar naast het gebruik van deze socialiserende functie, vragen we ons meer in het algemeen af waar cliënten het systeem in de praktijk voor gebruiken.

Bijlage 3 bevat de semigestructureerde vragenlijst die de leidraad vormt voor de cliënteninterviews. Naast enkele 'persoonlijke gegevens en algemene informatie' die van de cliënt gevraagd wordt om een beeld te vormen van zijn of haar situatie, wordt uitdrukkelijk ingegaan op het daadwerkelijke 'gebruik van het systeem'. De vraag hierbij is de volgende: 'het systeem biedt meerdere

mogelijkheden (...) waaruit bestaat dan het gebruik voor u [wat betreft] zorg (professionals & mantelzorgers); ontspanning (spelletjes); contact met anderen; informatie over wijk(activiteiten)?' (zie bijlage 3). Ondanks dat deze evaluatie niet gericht is op het systeem *zelf*, wordt gevraagd naar de 'gebruiksvriendelijkheid van het systeem'. Dit is relevant om meer te weten te komen over de effecten bij de cliënt, wat onderdeel uitmaakt van deze evaluatie. Tevens vormen de vragen over gebruiksvriendelijkheid een brug naar de vragen over het contact met de achterliggende organisaties. Een voorbeeld hiervan is de volgende vraag: 'als er problemen zijn met wie neemt u dan contact op? En worden die dan goed opgelost?' (zie bijlage 3).

Verwant aan de gebruiksvriendelijkheid zijn negen vragen gewijd aan de 'mening over het systeem' van de gebruikers. Deze sectie vormt de kern om meer te weten te komen over de daadwerkelijke effecten van het systeem bij de cliënt. Het gaat hierbij om vragen als 'bent u blij/tevreden met het systeem?'. Ook zegt deze categorie meer over de relatie tussen de gebruiker en de consortiumpartners. Het gaat hier dan vooral om de vraag 'wat had u van tevoren verwacht van het systeem?' (zie bijlage 3). Indien verwachting en uiteindelijke beleving consequent totaal uiteenlopen, dan is dat uiteraard veelzeggend in negatieve zin. Daarnaast vragen wij de gebruikers om buiten hun individuele situatie te denken en zich voor te stellen of andere mensen eventueel baat bij dit systeem kunnen hebben. De assumptie die ten grondslag ligt aan deze vraag is dat het wellicht gemakkelijker is om te praten over 'de onbekende ander' dan over de eigen concrete beleving.

Tot slot zijn er enkele vragen gewijd aan de organisaties achter het systeem om uit te vinden of de gebruikers weten van wie het systeem nu eigenlijk is en met welke consortiumpartners de cliënt contact heeft. Tevens is er een directe vraag opgenomen die gaat over het functioneren van deze organisaties: 'wanneer we kijken naar het systeem, bent u dan tevreden over deze organisatie(s)?' (zie bijlage 3).

3. Het consortium onder de loep

In dit hoofdstuk staat het functioneren van het consortium rondom het project Gezond Thuis in Breda als zodanig centraal. We beantwoorden onderzoeksvraag 2: *Hoe is er samengewerkt?* We staan stil bij de percepties over de projectinhoud bij de verschillende partners, de organisatie van de samenwerking en de uitvoering van het project.

Tijdens de interviews is aandacht besteed aan steeds twee dimensies, namelijk het partnerniveau en het consortiumniveau. Op deze manier konden we achterhalen hoe iedere partner in de samenwerking stond en wat de verwachtingen voor de samenwerking in brede zin waren. We hebben in totaal tien interviews gehouden waarvan vier in de periode november en december 2010. Door middel van deze vier interviews hebben wij gesproken met zes personen vanuit de volgende organisaties: Avans, Ellipz, PAL4 (FocusCura), STiB, en WIJ. Eén extra interview met Careyn om meer duidelijkheid te krijgen over de uitvoering van het project heeft plaats gevonden in mei 2011. De laatste vijf interviews zijn gehouden in de periode oktober, november en december 2011. Deze maakten deel uit van de 'tweede meting' en vormden grotendeels een herhaling van de interviews van eind 2010. De gesproken organisaties zijn Careyn, Ellipz, PAL4 (FocusCura), STiB, en WIJ.

3.1 Het consortium Gezond Thuis Breda

Deze paragraaf geeft een korte beschrijving van de deelnemende partners en geeft daarbij aan welke rol de betreffende partner heeft in het consortium van Gezond Thuis Breda. De acht partners lopen we in alfabetische volgorde na.

De eerste partner is Avans Hogeschool, afdeling Gezondheidszorg Technologie die een bescheiden rol speelt binnen het consortium. Deze organisatie was bij aanvang geen officiële partner van het consortium, maar heeft zich enkele maanden later aangediend. Avans Hogeschool levert een bijdrage aan de operationalisatie van de 'content' van het PAL4 systeem in Breda. Zo hebben studenten Gezondheidszorg Technologie onderzoek gedaan naar de verwachtingen en eisen die gebruikers van het PAL4 systeem hebben. Dergelijke onderzoeken leveren informatie voor het vormgeven van zowel de 'zorg content', als de 'community content' (Bogers cs. 2011, Van Dijk, 2011).

De tweede partner is Careyn Breda. De zorgorganisatie Careyn noemt op haar website dat zij zichzelf ziet als een 'organisatie met een grote maatschappelijke verantwoordelijkheid waar het gaat om de zorgverlening in Nederland' (Careyn, 2011b). De missie van Careyn is 'continuïteit van zorg in Nederland'. Binnen het consortium is Careyn de leidende partner waarbij zij betrokken is bij alle activiteiten/werkgroepen van het consortium: de werving, de 'community content', de 'zorg content', onderzoek, en techniek.

De derde partner is stichting Elipz. Elipz is in 2007 opgezet en houdt zich bezig met innovatieprojecten in de zorg. Er werken drie personen bij Elipz, waarvan twee mensen met een achtergrond in de fysiotherapie en een sociaal ondernemer. De bijdrage van Elipz ligt in content ontwikkeling, en dan met name 'zorg content'. Meer specifiek gaat het hierbij ook om het informeren van huisartsen en

daar informatie vandaan halen. Tevens maakt Elipz deel uit van de werkgroep techniek. Eén van de contactpersonen vanuit Elipz is de inhoudelijke coach voor studenten van Avans.

De vierde partner is stichting Goed Geregeld. Via deze stichting werken instellingen op het gebied van wonen, zorg en welzijn samen. Huurders van de woningcorporaties Laurentius en Singelveste AlleeWonen en klanten/leden van WIJ, en abonnees van Careyn Keuzepakket kunnen gebruik maken van de diensten uit het Goed Geregeld servicepakket. Klanten kunnen bij Goed Geregeld gebruik maken van allerlei acties, kortingen en aanbiedingen op dienstverlening, maar ook op producten van bedrijven. Per 1 januari 2012 hebben de woningcorporaties zich teruggetrokken uit deze stichting en houdt Goed Geregeld op te bestaan. In het Gezond Thuis project is Goed Geregeld vooral betrokken geweest bij content community.

De vijfde partner is PAL4 (& Focus Cura Zorginnovatie BV). Het systeem is ontwikkeld door PAL4 (Personal Assistent for Life). Dit is in wezen het contentontwikkelplatform dat is opgezet door het zorginnovatiebedrijf Focus Cura Zorginnovatie BV in samenwerking met Careyn en nog enkele andere zorgorganisaties. Ongeveer 10 mensen zijn werkzaam bij dit contentontwikkelplatform. Het platform is vorm gegeven als aparte organisatie zonder winstoogmerk. Het doel van de organisatie is het versnellen van innovatie in de zorg. Inmiddels hebben zich meer dan 30 organisaties bij PAL4 aangesloten die allen hun eigen diensten kunnen leveren onder de 'techniek & content'-paraplu van PAL4, maar dit valt uiteraard buiten de reikwijdte van deze evaluatie (Focus Cura, 2011). Binnen het consortium is PAL4 de organisatie die zich in de eerste plaats bezighoudt met de techniek. Ook speelt zij een rol bij zowel de 'community content' als de 'zorg content' (.

De zesde partner is STiB. Deze afkorting staat voor Steunpunt informele zorg Breda. Het is een trefpunt voor mantelzorgers en vrijwilligers wat maakt dat de organisatie goed contact heeft met cliënten en vrijwilligers. STiB biedt hulp indien een mantelzorger informatieve, praktische en emotionele ondersteuning kan gebruiken (STiB, 2011). Binnen het consortium houdt STiB zich vooral bezig met de werving van cliënten. Ook heeft zij een rol wat betreft de 'community content'. Wegens persoonlijke omstandigheden heeft STiB zich halverwege het project noodgedwongen uit de samenwerking teruggetrokken. Vanaf november 2011 is deze persoon weer hersteld en weer aangehaakt.

De zevende partner is Tilburg University. Vanuit de Universiteit van Tilburg is de Tilburgse School voor Politiek en Bestuur (TSPB) betrokken als onafhankelijke partij de samenwerking rondom Gezond Thuis in Breda evalueert. Het motto van de universiteit is 'Understanding Society'. Voor de TSPB geldt dat dit motto is toegesneden op maatschappelijke en bestuurlijke vraagstukken. Binnen het consortium zijn zij aangemerkt als partner, maar eigenlijk zijn zij vooral buitenstaander aangezien zij onderzoek verrichten naar het functioneren van het consortium (het 'partnerperspectief') en de effecten van het Gezond Thuis project bij de mensen thuis (het 'gebruikerperspectief').

De achtste partner is WIJ. Stichting WIJ heette voorheen Stichting Ouderenwerk Breda (SOB). De nieuwe naam WIJ draagt de visie uit van 'samen'. De stichting is erop gericht om ouderen, chronisch zieken, en mensen met een beperking te helpen zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen (WIJ, 2011). WIJ is bij het consortium voornamelijk betrokken bij de werving van nieuwe cliënten. Tevens speelt zij een rol bij het leveren van input voor de vormgeving van de 'community content'.

De verschillende taken die de consortiumpartners hadden, waren ondergebracht in gelijknamige werkgroepen. De werkgroep werving was voornamelijk verantwoordelijk voor de aansluiting van cliënten zowel in kwalitatief als in kwantitatief opzicht. Dat wil zeggen dat in eerste instantie deze werkgroep gericht cliënten zou benaderen om hen in aanraking te brengen met het PAL4 systeem, en daarnaast ook minder persoonlijk grote aantalen cliënten trachtte te werven op basis van databases. De tweede werkgroep was verantwoordelijk voor de 'community content'. Het ging hierbij vooral om de inrichting en inhoud van de 'wijk en wonen' applicatie (één van de vier 'knoppen' op het systeem). De werkgroep 'zorg content' had tot doel de zorgapplicaties van het PAL4 systeem binnen Breda te operationaliseren, bijvoorbeeld door huisartsen te benaderen. De vierde werkgroep had als taken het inrichten en uitvoeren van het evaluatieonderzoek naar de samenwerking en naar de effecten bij de cliënt. Tot slot was er een werkgroep techniek die verantwoordelijk was voor het daadwerkelijk realiseren van aansluitingen bij cliënten en zorgverleners. Daarnaast was deze werkgroep verantwoordelijk voor het technisch beheer van het systeem en voor het vertalen van wensen vanuit andere werkgroepen in technische mogelijkheden.

Hierna zullen wij ingaan op de samenwerking aan de hand van de eerder genoemde elementen inhoud, organisatie en uitvoering. Vooraf is het gepast om op te merken dat wij in de komende paragrafen veelal spreken op het niveau van de verschillende organisaties. In werkelijkheid hebben we het over de organisaties zoals die in het Gezond Thuis Breda project vertegenwoordigd zijn door (meestal) één persoon per organisatie.

3.2 Inhoud

In alle interviews hebben we de vraag voorgelegd aan de respondenten waar volgens hen het samenwerkingsverband precies over ging. Het is opvallend dat alle respondenten dit een moeilijke vraag vonden, zowel bij aanvang van het onderzoek in 2010 als tijdens de laatste interviewronde in 2011. Vrijwel alle organisaties gaven bij de eerste meting een antwoord met de strekking 'dat weten wij ook nog niet precies'. In 2011 waren de respondenten minder twijfelachtig in hun antwoord. Verwijzend naar figuur 2.1 kunnen we zeggen dat de antwoorden zich op alle drie de samenwerkingsniveaus bevonden. Eén respondent noemde dat het lijkt alsof het samenwerkingsverband doel in zichzelf is geworden. Het is aangegaan om tot betere samenwerking en afstemming tussen de verschillende organisaties in het algemeen te komen (niveau 1). De meeste andere partners legden het zwaartepunt automatisch op het niveau van het PAL4 systeem, waarbij het gaat om welzijn en/of zorg. Welzijn bevindt zich vooral op het niveau van de cliënten onderling (niveau 3). Het PAL4 systeem heeft tot doel ouderen bekend te maken met moderne ICT en hun zelfredzaamheid te vergroten. Zorg daarentegen bevindt zich veel meer op het relatieniveau tussen cliënt en consortiumpartners, en dan met name Careyn (niveau 2). Het PAL4 systeem moet communicatie makkelijker maken en zorg minder arbeidsintensief. Eén respondent noemde uitsluitend welzijn, en één andere noemde uitsluitend zorg. De overige twee respondenten uit de laatste meting noemden zowel welzijn, als zorg, als betere samenwerking in het algemeen als doel van het samenwerkingsverband.

Aan de hand van de vraag 'wie is de cliënt?' wordt duidelijk dat partners hier uiteenlopende opvattingen over hadden. Feitelijk zien we dat Careyn gebonden was aan cliënten met een zorgindicatie (AWBZ). Sommige partners geven aan dat dit tijdens het proces breder is geworden en

dat ook cliënten op basis van de WMO in aanmerking zijn gekomen voor een PAL4 systeem. Wederom speelde hier de zorg versus welzijn discussie. We zien namelijk dat sommige partners vasthielden aan de AWBZ eis, terwijl anderen er juist al vanuit gingen dat dit gewijzigd zou worden en dat een bredere doelgroep in aanmerking zou komen voor het systeem. Dus niet alleen mensen met een expliciete zorgvraag, maar juist ook mensen die door gebruik te maken van het systeem hun zelfredzaamheid kunnen vergroten en vervolgens minder snel een zorgvraag zullen hebben. In dit laatste geval werd veel meer ingezet op een preventieve werking van het systeem. Uit de interviews kunnen we opmaken dat deze discussie een centrale rol heeft gespeeld tijdens het gehele proces waarbij realiteit ('wie kunnen wij aansluiten gezien de financiële mogelijkheden die wij hebben?') en verwachting ('wie willen wij aansluiten?') door elkaar liepen.

Wanneer we inzoomen op de motivatie tot deelname aan het consortium van de verschillende partners, dan zien we dat er al bij aanvang van het project een groot geloof was in 'zorgdomotica'. Het gaat hierbij om ICT toepassingen die technologie en zorgdienstverlening combineren, en die daarbij gericht zijn op het verbeteren van de woon- en leefkwaliteit van mensen thuis. Careyn ziet hierin een noodzaak omdat er in de toekomst ongetwijfeld capaciteitstekorten zullen optreden als gevolg van de stijgende zorgvraag maar afnemende middelen. PAL4 is de leverancier van de content en van het PAL4 systeem. De motivatie van de andere consortiumpartners lag iets anders. Veel partners waren al min of meer bezig met zorgdomotica en zagen het Gezond Thuis Breda project als een mooie kans om meer vertrouwd te raken met de mogelijkheden ervan voor hun eigen doelgroep hiervan.

Om meer inzicht te krijgen in het functioneren van het samenwerkingsverband als geheel is het niet alleen van belang om te focussen op de verschillende partnerorganisaties zelf. Het is ook belangrijk om 'uit te zoomen' en het samenwerkingsverband in het geheel in oenschouw te nemen. In reactie op de vraag of er partners bij het project Gezond Thuis Breda ontbreken ontstond een zeer wisselend beeld. Enkele respondenten gaven aan niet eens goed te weten wie er nu eigenlijk allemaal om tafel zitten in de huidige samenstelling van het consortium, laat staan dat er nog meer partijen betrokken hadden moeten worden. Als er al partijen genoemd werden die van aanvullende betekenis voor Gezond Thuis Breda hadden kunnen zijn, dan bleek er bij de respondenten weinig overeenstemming over welke dat dan precies waren. Onder andere Zorgbelang, Breda Actief, en de huisartsen zijn genoemd als potentiële consortiumpartners. De enige partij die meerdere malen door meerdere respondenten is genoemd is de gemeente Breda die volgens de respondenten een rol had kunnen vervullen. Tegelijkertijd konden de respondenten niet goed noemen of er ook partijen overbodig waren binnen het Gezond Thuis Breda consortium. Sommigen hadden niet goed voor ogen wie er nu eigenlijk allemaal deel uit maakten van het samenwerkingsverband omdat zij alleen in één of twee werkgroepen actief waren. Vooral Elipz werd een aantal maal genoemd als partij die wel betrokken was, maar waarvan de rol en bijdrage ook tijdens de tweede meting nog niet helder was voor sommige andere partijen.

Een zelfde soort beeld ontstaat met betrekking tot de ideeën die respondenten hebben over de doelen en belangen van de andere partners. Tijdens de eerste meting was duidelijk te merken dat de partners nog erg zoekende waren naar wat 'de ander' precies te zoeken had binnen het samenwerkingsverband. Tijdens de tweede meting beaamden vrijwel alle partners dat het nog steeds allemaal vrij versnipperd was. Over het algemeen was de indruk dat de verschillende partijen

te selectief waren in de doelen die zij voor ogen hadden. In simpele zin had iedereen wel een bepaald beeld bij de voordelen die het PAL4 systeem kon bieden aan ouderen. Zoals besproken echter, verschilden de partners in hun antwoord op de vraag of het PAL4 systeem vooral een welzijnsfunctie of een zorgfunctie zou moeten vervullen. Daarnaast (en als gevolg daarvan) was er te weinig consensus over de doelgroep. In de ogen van onze respondenten hadden de anderen dan ook lang niet altijd het juiste doel duidelijk voor ogen. Voor zover de respondenten zicht hadden op elkaars belangen en posities, was er wel sprake van enig begrip hiervoor. Een concreet voorbeeld is WIJ die zichzelf profileert als organisatie voor *alle* ouderen en chronisch zieken opdat zij langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Zij hebben zich dan ook tijdens het project ingezet om het systeem beschikbaar te maken (in wat voor vorm dan ook) voor al hun leden die dit zouden willen.

Tijdens het project is er volgens twee respondenten niet echt veel veranderd in de omgeving van het consortium. Eén respondent vond dat de samenwerkende organisaties die aan tafel zitten *zelf* zijn veranderd gedurende het jaar. Toch is het niet automatisch zo dat hier daadwerkelijk sprake is van een ‘verandering’ waarbij de partners hun motieven hadden gewijzigd. Zoals we hebben gezien hadden de meeste partners aan het begin van de samenwerking nog niet echt een goed beeld van de samenwerking. Naarmate de partners in de loop van 2011 meer grip op het project kregen, werd ook hun opvatting over het project in zijn totaliteit sterker. Het is dan ook meer correct hier te spreken over een ontwikkeling in plaats van over een wijziging. De overige twee respondenten hebben ons gewezen op het bestaan van twee concurrerende producten naast het PAL4 systeem. De verschillende systemen zitten elkaar in het vaarwater. Bij beide respondenten merkten we een frustratie ten opzichte van deze beide concurrerende systemen. Enerzijds omdat in tijden van bezuinigingen in de zorg er veel geld gestoken wordt in de ontwikkeling van deze drie systemen in één stad, en anderzijds omdat de drie systemen niet op elkaar aangesloten kunnen worden. We kunnen hier overigens bij opmerken dat uit de interviews volgt dat PAL4 het enige systeem is dat aangesloten kan worden op Skype en Facetime wat internationaal de standaarden zijn.

3.3 Organisatie & Uitvoering

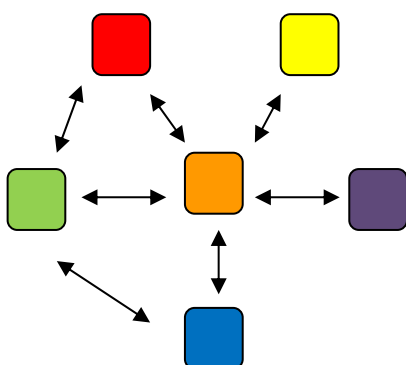
Met organisatie doelen we op de inrichting van de samenwerking. Het gaat hierbij om de toerusting van de verschillende partners, en om de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. In wezen betreft het hier de ‘papieren werkelijkheid’ die vervolgens geëffectueerd dient te worden in de praktijk. Deze laatste stap betreft de uitvoering. Tijdens de eerste meting bleek al snel dat er van daadwerkelijke uitvoering nog geen sprake was aangezien het project nog niet zo lang daarvoor van start was gegaan. Tijdens de tweede meting daarentegen bleek het erg lastig om organisatie van uitvoering te scheiden. De respondenten focusten zich automatisch op de uitvoering. Wat er afgesproken was (‘wie doet wanneer wat?’) – de organisatie – leek er eigenlijk minder toe te doen. Vandaar dat we in deze paragraaf gelijktijdig stil staan bij zowel de organisatie als de uitvoering.

Alle respondenten hebben aangegeven dat hun eigen organisatie voldoende toegerust was om daadwerkelijk te kunnen participeren. Toch zijn er wel wat mitsen en maren. Het PAL4 systeem was beschikbaar voor mensen met een indicatiestelling. Careyn bleek de enige organisatie binnen het consortium die er zicht op had wie van hun klanten/leden daadwerkelijk een dergelijke indicatiestelling hadden. Belangrijker nog is dat niet alle partners een helder idee hadden van hun taken en verantwoordelijkheden binnen het consortium. Al in de eerste interviewronde kwam naar

voren dat het grootste deel van de respondenten het allemaal nog vrij vaag over vond komen en dat het hele proces sterk zoekende was. In de tweede interviewronde was dit beeld grotendeels ongewijzigd en wisten de partners nog steeds niet precies welke acties zij moesten ondernemen. Vanuit de eigen organisatie bezien noemden meerdere respondenten dat de samenwerking *stroef* verliep. Er waren veel vragen, maar deze vragen aan de andere partners – en met name aan Careyn – maar voor hun gevoel kregen ze niet voldoende antwoorden om ook daadwerkelijk aan de slag te kunnen. De voortgang was dan ook traag en moeizaam. Het beeld dat overheerst is dat er veel werd gesproken en weinig concreet gedaan.

Uit de paragraaf 3.2 volgt dat de verschillende consortiumpartners niet duidelijk voor ogen hadden wat de bijdrage van de andere partners precies inhield. Niet alleen waren niet alle respondenten op de hoogte van ‘wie er ook alweer allemaal aan het samenwerkingsverband deelnamen’, ook kregen zij tijdens het proces slecht hoogte van elkaar. Dit laatste bleek niet alleen te gelden voor de inhoud van het project, maar ook voor de organisatie en de uitvoering: het was de respondenten niet duidelijk wat de verantwoordelijkheid van de andere partijen was, en welke acties zij hadden moeten ondernemen en of zij deze daadwerkelijk ondernamen. Slechts één respondent gaf aan dat het er op papier als volgt uit zag: er was een stuurgroep en verschillende werkgroepen. Deze werkgroepen moesten hun vorderingen terugkoppelen naar de stuurgroep. Daar werd direct aan toegevoegd dat dit in werkelijkheid haperde. Eén van de respondenten gebruikte een eilandengroep als metafoer om de samenwerking vanuit een overzichtsperspectief te beoordelen: ieder eiland deed iets, en er was wel een poging om het allemaal bij elkaar te brengen, maar de contacten waren onvolledig en gebrekkig en het bleef dan ook bij een poging.

Een belangrijke factor hierbij is dat de meeste partnerorganisaties vooral met Careyn contact hadden en niet of weinig onderling. Refererend aan figuur 2.1 kunnen we het eerste niveau van relaties opnieuw stilistisch vormgeven middels figuur 3.1. Careyn vormde als het ware de spin in het web, en de andere organisaties hadden geen of slechts gedeeltelijk zicht op ‘het geheel’. Officieel was Careyn ook de projectleider, dus dit is niet verwonderlijk. Maar de sleutelrol van Careyn impliceerde voor de andere partijen een erg sterke afhankelijkheidsrelatie: voor informatie over het project in het algemeen, en voor informatie over de voortgang en acties van andere partijen waren de partners in hoge mate afhankelijk van Careyn.



Figuur 3.1 – Het consortium Gezond Thuis Breda: Careyn als centrale actor¹

¹ Een figuur als deze geeft een beperkte weergave van de werkelijkheid. Het figuur typeert de overall relaties in het consortium. Over de bilaterale relaties kunnen we geen uitspraken doen. Het is tevens moeilijk om een dynamisch proces zoals Gezond Thuis Breda in één figuur te vangen. Dat zou overigens alleen voor een bepaald

Wat opvalt, is dat het project Gezond Thuis Breda altijd erg afhankelijk is geweest van individuen. Bij de eerste meting gaven de partners aan voldoende gedekt te worden door hun eigen organisaties. In de praktijk bleek de deelname van de meeste organisaties vrijwel volledig af te hangen van de contactpersonen zelf. Dit werd bijvoorbeeld zichtbaar bij STiB: wegens persoonlijke omstandigheden kon de contactpersoon niet langer participeren binnen het consortium, waardoor STiB zich voor een langere tijd terug moest trekken. Daarnaast bleek dat de contactpersonen niet altijd de vertegenwoordigers van hun organisaties waren, maar ook echt hun 'achterban' mee moesten trekken. Vooral in het geval van Careyn bleek dit bijzonder moeilijk. Dit hoorden wij niet alleen van Careyn zelf, maar van vrijwel alle andere consortiumpartners. Binnen Careyn is sprake van een sterke zorgcultuur waarin persoonlijk contact een centrale plaats inneemt. Doen en denken in termen van 'zorg op afstand via computertechnologie' vergt een enorme (cultuur)omslag. De wijkverpleegkundige verleend niet meer alleen maar de fysieke zorg waartoe zij/hij is opgeleid en waarvoor zij/hij heeft gekozen, maar moet via een beeldscherm haar/zijn cliënten contacteren. Binnen Careyn heeft deze omslag tijdens het project Gezond Thuis Breda niet of slechts gedeeltelijk plaatsgevonden.

Zonder uitzondering hebben alle betrokken organisaties benadrukt dat op persoonlijk vlak de sfeer erg prettig was. Toch was in de loop van het proces het vertrouwen van de helft van de respondenten geschaad. Er was vanuit iedere individuele consortiumpartner wel inspanning, maar er was collectief geen of slechts onder de maat resultaat. Dit leidde tot enige teleurstelling bij de verschillende partners: er gebeurde simpelweg te weinig en dat frustreerde vrijwel alle respondenten. Geen enkele respondent had een gedetailleerde planning van het project en sommige respondenten gaven aan dat afspraken niet na werden gekomen. In het algemeen werd de communicatie als zeer gebrekkig ervaren. Enkele voorbeelden. Tijdens het project bleek meerdere malen dat er processen werden ontworpen die vervolgens al bleken te bestaan (zie kader 'de accountmanager'). Informatie waar naar gevraagd was zou gedeeld worden, maar dit gebeurde niet altijd. Tevens bleek dat er wel budget en capaciteit was om cliënten aan te sluiten en om zorgverleners te laten beeldbellen met cliënten, maar dat dit vervolgens toch niet of in zeer beperkte mate gebeurde.

Op de vraag of er voorzieningen zijn getroffen om de resultaten zichtbaar te maken, gaven de respondenten verschillende antwoorden. Alle partners verwezen hiervoor naar Careyn en gaven aan dat er wel degelijk iets op dit gebied was gebeurd. Wat dat 'iets' precies was, werd uit de interviews niet duidelijk. Enkele keren werden de voortgangsrapportages genoemd die ieder kwartaal zijn geschreven, maar binnen het samenwerkingsverband had niet iedereen die ontvangen. Er was in ieder geval geen formele voorziening waarmee de voortgang kon worden gemonitord. Drie respondenten gaven aan dat de voorzieningen voldoende waren en hechtten er niet veel waarde aan om dit verder te formaliseren. Twee respondenten gaven daarentegen aan dat er juist wel degelijk veel meer behoefte was aan dergelijke voorzieningen om resultaten zichtbaar te maken. Niet in de laatste plaats omdat het resultaat sterk achterbleef bij de ambitie (42 in plaats van 250 aangesloten cliënten met een zorgindicatie en 0 in plaats van 1000 aangesloten mantelzorgers tegen het einde van de subsidieperiode in november 2011).

moment gelden. Een uitvoerige netwerkanalyse zou dit kunnen weergeven. Maar het uitvoeren van zo'n netwerkanalyse valt buiten de opdracht.

Met betrekking tot de flexibiliteit van het project is het beeld minder eenduidig. Sommige respondenten gaven aan dat er wel degelijk genoeg flexibiliteit was aangezien nieuwe ideeën gemakkelijk op de agenda konden worden gezet. Anderen benadrukten juist het gebrek aan flexibiliteit doordat tijdens het project steeds aan de orde kwam dat het PAL4 systeem niet iets was waar zij invloed op uit konden oefenen. We zien hier dus twee niveaus: alles was bespreekbaar en in dat opzicht was er wel degelijk sprake van een grote flexibiliteit. Tegelijkertijd viel er relatief weinig te veranderen aan het PAL4 systeem en was er op het 'actieniveau' dus veel minder flexibiliteit.

De Accountmanager

Misschien wel de meest zichtbare gebeurtenis binnen het consortium die de opeenstapeling van onduidelijkheden, onuitgesproken verwachtingen en verschillende perspectieven duidelijk maakt is de aanstelling van een accountmanager. Om de cliënten te werven en het product 'dichterbij de klant' te brengen, zou WIJ een accountmanager aanstellen. In het voorjaar van 2011 is dit ook daadwerkelijk gebeurd. De accountmanager was dan wel in dienst van WIJ, ze was afhankelijk van Careyn voor informatie en had tevens contact met PAL4. Een drietal respondenten ging in op deze casus wat resulteerde in een drietal verschillende lezingen van dezelfde gebeurtenis.

Vanuit het eerste perspectief werd vooral gewezen op de persoon zelf: de accountmanager bleek niet zelfsturend genoeg. Daarnaast werd genoemd dat de aansturing van deze persoon ook tekort schoot. Vanuit het tweede perspectief werd enerzijds ook gewezen op de persoonlijke competenties van de accountmanager, maar werd anderzijds tevens benadrukt dat de taken van de accountmanager nog lang niet voldoende waren uitgekristalliseerd. De verschillende betrokken consortiumpartners hadden verschillende verwachtingen over de exacte functie van de accountmanager waardoor deze min of meer klem kwam te zitten tussen verschillende organisaties. Vanuit het derde perspectief werd gewezen op de gebrekkige informatievoorziening: meerdere malen bleken taken waar de accountmanager zich mee bezig hield overbodig. Zo bleken bijvoorbeeld procedures (o.a. voor de aanvraag van een PAL4 systeem door toekomstige cliënten) al te bestaan.

De schuldvraag stellen wij hier niet aan de orde, maar het moge duidelijk zijn dat het veelzeggend is voor de samenwerking binnen het consortium dat van dezelfde gebeurtenis drie verschillende lezingen bestaan. Deze hele casus geeft blijk van veel verwarring en miscommunicatie tussen de verschillende partnerorganisaties. Veel processen waren nog niet ontworpen bij aanvang van het samenwerkingsverband. Als gevolg hiervan kon de nadruk tijdens het project niet zozeer liggen op het behalen van de doelen, maar draaide het meer om 'inventing yourself'.

Figuur 3.2 – Kader 'De Accountmanager'

3.4 Gezond Thuis Breda: samen alleen

Deze paragraaf heeft als titel 'samen alleen'. Hiermee maken we de spanning zichtbaar die tijdens het Gezond Thuis project een rol heeft gespeeld: enerzijds hebben de partners serieus samengewerkt, maar anderzijds zien we dat er voortdurend in grote mate sprake was van een hardnekkige individualiteit. De samenwerking bleek zeer complex maar waar kwam dit door? De voorgaande twee paragrafen overziend kunnen we stellen dat wat betreft de inhoud van de

samenwerking – ‘waar gaat het over?’ – de partnerorganisaties zowel aan het begin, als aan het einde van het project Gezond Thuis Breda niet op één lijn zaten. Hoewel alle partners het eens waren over het belang van zorgdomotica, dachten zij verschillend over de specifiekere invulling van het project. Zo verschilden zij in hun antwoord op de vraag of zorg of welzijn centraal moest staan binnen het Gezond Thuis project. Tevens waren niet alle partners het eens over de doelgroep en wilden sommigen dat meer mensen in aanmerking zouden kunnen komen voor een PAL4 systeem.

Daarnaast was er bij de verschillende partnerorganisaties ook geen of gebrekkig zicht op de inhoudelijke bijdrage van de verschillende andere organisaties binnen het consortium. Sommige partners – vooral bij aanvang – wisten niet eens wie er eigenlijk allemaal deel uitmaakten van het samenwerkingsverband. Voor zover dit wel het geval was, hadden de respondenten niet altijd het gevoel dat de andere partners de juiste doelen voor ogen hadden. Daar waar de verschillende partnerorganisaties bij aanvang van het project slechts een vaag idee hadden van wat het project en het PAL4 systeem an sich precies inhielden, hebben we wel gemerkt dat zij tijdens het project een veel duidelijkere opvatting over het systeem hebben gekregen.

Wat betreft de organisatie en de uitvoering blijkt dat een onderscheid tussen beide in de praktijk moeilijk te maken was: aan het begin van het project ging het vooral over de organisatie want er was immers nog geen uitvoering. Tegen het einde van het project daarentegen overvleugelde de uitvoering de voorgenomen organisatie van de samenwerking. Zeker nu we paragraaf 3.3 goed in ogeschouw nemen is dit niet verwonderlijk. Officieel was er een stuurgroep en waren er werkgroepen die aan deze stuurgroep moesten rapporteren. Maar vrijwel geen enkele respondent refereerde aan deze constructie. Al bij aanvang schoot deze structuur tekort, niet in de laatste plaats omdat de verschillende partnerorganisaties onvoldoende op de hoogte waren van deze structuur. Op individueel vlak vond iedere respondent zijn of haar organisatie voldoende toegerust om te participeren. Zodra het ‘de ander’ aanging, hadden de partnerorganisaties soms echter grote twijfels en kregen ze slecht hoogte van elkaar. Daarbij hadden ze geen zicht op elkaars acties en vorderingen.

In de praktijk zien we dat de het samenwerkingsverband zo was ingericht dat deze zich ertoe leende om zich rond projectleider Careyn te organiseren. Toch hadden de respondenten allemaal het gevoel dat Careyn intern niet voldoende achter het project stond. Concreet werden een aantal keer de wijkverpleegsters genoemd die – als sleutelfiguren vanwege het directe klantcontact – nog niet voldoende bereid waren met het systeem te werken. Uiteraard gaat het hier om een cultuuromslag, wat per definitie een bijzonder moeilijk en tijdrovend proces is. Daarnaast werd de communicatie die vrijwel altijd via Careyn verliep in veel gevallen niet als toereikend ervaren. Careyn had ook geen gemakkelijke positie, aangezien zij meerdere rollen tegelijk speelde. Zij was onder andere projectleider/-manager, eigenaar, gelijkwaardige partner, expert, gesprekspartner naar organisaties buiten het consortium etc. Dit was verwarrend, niet alleen voor de andere consortiumleden maar ook voor Careyn zelf. De overige partners hadden slecht zicht op de rol- en verantwoordelijkheidsverdeling waardoor zij hun blik wendden naar Careyn als ‘spelverdeler’. Hoewel men te spreken was over het enthousiasme en de toewijding van de projectleider, hadden de partnerorganisaties het gevoel wel vooruit te *willen*, maar niet vooruit te *kunnen* waardoor geen of weinig eigen initiatief werd genomen.

Al met al kunnen we concluderen dat het Gezond Thuis Breda project erg complex was. Bij de consortiumpartners was te weinig overeenstemming over de inhoud van het project. In abstracte zin was iedereen het er met elkaar over eens dat zorgdomotica belangrijk zijn voor de toekomst. Maar zodra het specifieker werd (bijvoorbeeld 'welzijn en/of zorg?', 'wie is de doelgroep?') liepen de ideeën uiteen. Wat betreft de organisatie van de samenwerking kunnen we zeggen dat deze niet toereikend was aangezien niet alle partijen de verantwoordelijkheden en taken van henzelf en van de anderen voor ogen hadden. Zeker in het licht van het gebrek aan overeenstemming over de inhoud is dit natuurlijk ook niet verwonderlijk: als men het al niet geheel eens is over het 'wat?' dan komt het 'hoe?' amper aan de orde. En dit geldt vervolgens ook voor de uitvoering. Het was voor de partnerorganisaties niet helder wanneer wat moest gebeuren en een dergelijke situatie leidt natuurlijk niet bepaald tot gecoördineerde actie. De uitvoering is dan ook achtergebleven bij de verwachting.

4. 'Gezond Thuis' in de beleving (en de huiskamer) van de cliënten

Het functioneren van het consortium als zodanig is slechts één kant van de 'Gezond Thuis-medaille'. De andere kant betreft de effecten van het Gezond Thuis project bij de cliënten in Breda. De vraag die we in dit hoofdstuk beantwoorden is: *wat is het effect bij de cliënt?* Dit hoofdstuk maakt een onderscheid in twee niveaus om deze effecten in beeld te krijgen. Het eerste niveau betreffen de concrete gebruikseffecten van het PAL4 systeem. We hebben het dan over vragen als 'hoe intensief is het gebruik?', 'waarvoor wordt het gebruikt?', 'hoe tevreden zijn cliënten over het PAL4 systeem?', 'heeft het iets toegevoegd?' enzovoorts. Het tweede niveau betreft de relatie tussen de cliënten en de consortiumpartners. Het gaat hierbij om het tweede type relatie zoals is weergegeven in figuur 2.1. Om de effecten op beide niveaus in kaart te brengen zijn binnen een jaar (medio maart 2011 & medio november 2011) in totaal zeventien interviews gehouden met in totaal negentien respondenten.

4.1 'Gezellig' Thuis

4.1.1 De cliënt in beeld

Als we kort de feitelijke informatie op een rijtje zetten, dan ontstaat het volgende beeld. In februari 2011 waren 32 cliënten van Careyn aangesloten via een PAL4 systeem. In november 2011 waren dit er 42. Van de negen mensen die in maart zijn benaderd in het kader van de evaluatie waren er twee negatief en zeven positief. In november hebben we drie van de positieve cliënten nogmaals gesproken om meer inzicht te krijgen in mogelijke veranderingen. Daarnaast hebben we nog zeven andere cliënten gesproken. Drie daarvan waren negatief tegenover vier positief. Negatief wil zeggen dat zij niet tevreden waren over het PAL4 systeem en het op korte termijn zouden retourneren. Positief daarentegen wil zeggen dat cliënten liever niet meer zonder het systeem zouden willen (of in enkele gevallen zouden kunnen).

Als we kijken naar de cliënten zelf dan zien we dat hun leeftijd sterk varieerde (tussen ongeveer zestig en negentig jaar). Alle respondenten gaven aan in zekere mate ondersteuning nodig te hebben. Dit is uiteraard logisch aangezien het hebben van een AWBZ-indicatie een vereiste is om in aanmerking te komen voor het PAL4 systeem.² Verder zien we dat de meeste cliënten via Careyn in contact zijn gekomen met PAL4. Sommigen hadden over het systeem gehoord via andere ouderen, of zij hadden bij Careyn geïnformeerd naar aanleiding van een advertentie in een huis-aan-huisblad. Toch blijkt het sterk van toeval afhankelijk dat de meeste cliënten met het systeem in contact zijn gekomen aangezien er sprake is van een lage naamsbekendheid. Tot slot is het opvallend dat verreweg de meeste respondenten aangaven zeer zelfstandig te zijn. Dat wil zeggen dat hun sociale omgeving ((klein)kinderen, vrienden, burens e.d.) geen ondersteuning biedt bij het PAL4 systeem.

² Hoewel het buiten deze evaluatie valt, is deze eis in werkelijkheid minder eenduidig dan dat hij op papier lijkt te zijn. Het kan namelijk zo zijn dat een persoon via het Persoon Gebonden Budget zorg inkoop en dan op een bepaalde manier onder de AWBZ valt. Het kan ook zijn dat mensen met thuisbegeleiding onder de AWBZ vallen. Dit is de enige groep die uitgezonderd kan worden. Omdat Gezond Thuis Breda nog in de pilot fase was, kon Careyn in de 'moeilijke' gevallen individueel bepalen of iemand toegang had tot een PAL4 systeem.

4.1.2 Gebruik & gebruiksvriendelijkheid

De respondenten die positief waren over het PAL4 systeem verschilden in hun gebruik ervan. Qua tijdsduur liep het gebruik uiteen van enkele uren tot minder dan een uur per dag. Gemiddeld genomen maakten onze respondenten verspreid over de dag ongeveer een uur actief gebruik van het systeem. Allen gaven zij aan het systeem vooral, of alleen maar, te gebruiken voor 'ontspanning'/'entertainment'. De spelmogelijkheden van het systeem bleken erg populair: van bingo op woensdagmiddag, tot patience wanneer men moeite had om in slaap te komen. Daarnaast werd de PAL4 gebruikt om de actualiteit bij te houden, zowel het landelijke nieuws, als de activiteiten in de wijk. Enkelen gebruikten het PAL4 systeem ook voor actieve en/of passieve zorg. Actief wil zeggen dat zij bijvoorbeeld aangaven via het systeem contact te hebben met Careyn, of gebruik te maken van de wekdienst. Passief daarentegen betekent dat respondenten aangaven het systeem te zien als 'vangnet'. Vrijwel allemaal hadden ze het idee door de PAL4 (of door een ander ICT-middel zoals een eigen laptop) langer zelfstandig te kunnen blijven wonen.

De applicatie om contact te leggen met andere mensen werd minimaal gebruikt. Uiteraard is een bepalende factor hierbij dat er relatief weinig mensen in Breda zijn aangesloten. Met andere woorden, er zijn nu eenmaal weinig 'bekenden' om te bellen. Slechts enkele respondenten gaven aan dat ze met mensen die ze vooraf niet kenden wel eens hebben gesproken via het beeldbellen. Het idee overheerst dat het ongemakkelijk en niet helemaal gepast is om zomaar met 'vreemden' te bellen. Opvallend is verder het belang van fysiek contact: PAL4 gebruikers leren elkaar kennen via de PAL4 cliëntbijeenkomsten en houden soms ook na afloop contact met elkaar (zie ook paragraaf 4.2). Helaas blijkt niet iedere gebruiker op de hoogte van het bestaan van deze bijeenkomsten, die het afgelopen jaar overigens ook niet heel consequent zijn georganiseerd. Maar als ze werden georganiseerd, dan waren de aanwezig geweest respondenten er unaniem positief over. Toch is het van belang te benadrukken dat de focus van vrijwel alle respondenten lag op de entertainmentapplicaties van het systeem. Vanuit het consortium werd dit ook gesignaleerd. In de loop van 2011 is er – mede op basis door studenten van Avans – ervoor gekozen om de entertainment toepassing meer te ontwikkelen van 'fun gaming' naar 'serious gaming'. Een voorbeeld van 'serious gaming' is het idee dat een oudere via zijn/haar PAL 4 systeem beeldcontact krijgt met een basisschoolklas via hun digitale schoolbord. De leerlingen gaan dan met de oudere in gesprek en zij/hij vertelt vervolgens verhalen over bijvoorbeeld haar/zijn ervaringen in de Tweede Wereldoorlog. Deze invulling van het entertainment element staat nog in de beginfase, maar wordt door meerdere cliënten die we hierover gesproken hebben als relevant en kansrijk ervaren. Ouderen kunnen zo hun verhaal kwijt, welke meteen een educatieve functie heeft.

We hebben de respondenten ook gevraagd wat zij als voornaamste doel zien van het PAL4 systeem. Vrijwel zonder uitzondering geven zij aan dat het systeem bedoeld is om ouderen 'iets om handen te geven'; om hen uit hun sociale isolement te halen. Eenzaamheid blijkt een thema dat sterk leeft onder ouderen, en het PAL4 systeem wordt beschouwd als welkome afleiding. Veel respondenten benadrukken – zelfs wanneer zij zelf negatief waren – dat het PAL4 systeem erg nuttig kan zijn in het voorzien in een zorgbehoefte. Velen geven aan er wellicht zelf in de toekomst ook gebruik van te zullen maken, maar meer nog spreken zij in termen van 'de ander' wanneer het gaat over zorgmogelijkheden via het PAL4 systeem.

Gebruikers vonden het systeem over het algemeen niet moeilijk, maar dit hangt uiteraard sterk af van de persoon in kwestie. Sommigen leren snel, durven alles uit te proberen en zijn er simpelweg heel handig mee. Dit geldt zeker voor de mensen die vaker met een reguliere computer hebben gewerkt. Enkelen zijn echter zeer terughoudend en hebben veel moeite om de werking van het systeem te begrijpen. De mensen die tevreden zijn over het systeem, zijn eigenlijk meteen ook *heel* tevreden. Toch zijn er ook kritische geluiden te horen. Onder andere de volgende klachten hebben wij gehoord: de wijkinformatie blijkt niet altijd actueel, er kan niet worden gebeld via beeldbellen met (klein)kinderen, bijlagen van e-mails kunnen niet worden geopend, printers kunnen niet worden aangesloten, foto's kunnen niet gemakkelijk worden bekeken, facebooken is moeilijk/niet mogelijk, en de beloofde technische ontwikkelingen blijven achter/uit. Desalniettemin hebben respondenten doorgaans wel het gevoel extra vaardigheden te hebben geleerd door het PAL4 systeem. Zeker degenen zonder computerervaring zien het als iets van deze tijd waar zij nu aan meedoen.

Alle respondenten die positief waren, hebben aangegeven niet meer zonder te willen. Ze zijn er aangewend geraakt en hebben het opgenomen in hun dagbesteding. Enkele mensen hebben zelfs aangegeven dat ze niet meer zonder het systeem *kunnen*. Het gaat hierbij uiteraard vooral om de mensen die het gebruiken voor zorg. Wanneer we vervolgens kijken naar mogelijke kosten die in de toekomst verbonden zijn aan het systeem, zien we een wisselend beeld. Sommige respondenten zijn erg tevreden over de PAL4 en hebben er maandelijks zeker een bedrag voor over, variërend van vijf tot twintig euro. Anderen geven aan dit niet te kunnen betalen omdat ze nu al moeite hebben om maandelijks rond te komen. Wel is duidelijk dat wanneer cliënten moeten betalen voor de PAL4, dit een aanzienlijke drempel op zal werpen om überhaupt het systeem uit te proberen.

4.2 De cliënt in contact

Naast Careyn en PAL4 wist geen van de respondenten te noemen dat er ook andere organisaties bij het Gezond Thuis project in Breda betrokken zijn. Ze gaven in vrijwel alle gevallen aan alleen contact te hebben met Careyn en PAL4. Van beide organisaties hadden alle respondenten zeer goed voor ogen wie zij zijn, en waarvoor ze welke organisatie moeten benaderen. De gesproken cliënten waren over het algemeen ook zeer tevreden over deze organisaties. We willen de gebrekkige bekendheid van het consortium als zodanig overigens niet negatief uitleggen. Het zal namelijk bijzonder verwarrend zijn wanneer veelal oudere mensen door meerdere organisaties tegelijk worden benaderd. Specifiek over PAL4 werd verder aangegeven dat de aansluiting van het systeem in vrijwel alle gevallen voorspoedig was verlopen. Wanneer er technische problemen/vragen waren dan was de ervaring dat deze doorgaans binnen hooguit enkele dagen werden opgelost/beantwoord.

Hoewel de cliënten dus niet op de hoogte waren van het bestaan van het samenwerkingsverband rondom Gezond Thuis, kunnen we wel degelijk enkele punten van kritiek op het consortium afleiden uit de interviews met hen. De voornaamste betreft de communicatie. De respondenten bleken vrijwel geen enkel zicht te hebben op het project Gezond Thuis in Breda en de voortgang ervan terwijl hier soms nadrukkelijk behoefte aan was. Daar komt bij dat enkele respondenten niet op de hoogte waren van het bestaan van de cliëntbijeenkomsten die – zij het onregelmatig – werden georganiseerd. Aanvankelijk werd deze bijeenkomst door PAL4 georganiseerd. In de laatste maanden van het project hebben Careyn, maar vooral WIJ dit overgenomen. De respondenten die naar deze bijeenkomsten zijn geweest waren hier erg positief over. Ze vonden het leuk om andere PAL4

gebruikers te leren kennen en beschouwden de bijeenkomsten als gezellig en zeer leerzaam. Dit laatste niet in de laatste plaats doordat ze de mogelijkheid werd geboden om direct hun vragen te kunnen stellen. Ook zagen we dat de aanwezige ouderen elkaar gingen uitleggen hoe bepaalde functies of spelletjes nu precies werkten op de PAL4. Voor de ouderen die wilden, werd er informatie verschaft over het aanmaken en beheren van een facebookaccount om ook via facebook contact met de sociale omgeving te hebben en te houden. Diverse ouderen maken hier inmiddels gebruik van. Het gezamenlijk eten van een gebakje maakt de gezelligheid compleet. Op basis van de interviews en de aanwezigheid tijdens en cliëntbijeenkomst stellen we vast dat de behoefte aan fysiek contact blijft, ook al weten sommige cliënten elkaar via PAL4 te vinden.

Een ander belangrijk punt is dat de technische ontwikkeling van het systeem achter blijft bij de ambitie. Zo spraken wij iemand die het systeem in huis had gehaald om te beeldbellen met (klein)kinderen. Bij aanvang was deze persoon correct verteld dat dit vooralsnog niet mogelijk was, maar op termijn wel degelijk mogelijk zou zijn. Helaas had de respondent geen idee wat 'op termijn' precies zou betekenen en vond er geen communicatie plaats over de voortgang op dit gebied. Tevens zien we dat sommige respondenten hoge verwachtingen hadden van de alarmfunctie van het systeem waarmee in geval van nood direct hulp kan worden gezocht. Helaas bleek dit in de praktijk niet zo te werken.

4.3 Een jaar lang Gezond Thuis Breda

De voortgang van het project in Breda zou een weerslag kunnen hebben op de effecten bij de cliënten. Uit de interviews met de drie personen die zowel in maart als in november 2011 zijn benaderd in het kader van deze evaluatie volgt dat er voor hen geen veranderingen hebben plaatsgevonden in het tussenliggende halve jaar. Ook bij de andere interviews uit november zijn wij niets tegengekomen dat duidt op een verandering in de effecten bij de cliënten thuis. Beide interviewrondes leverde grotendeels dezelfde informatie op. Het enige dat we concreet tegen zijn gekomen is dat er bij de tweede meting een iets negatiever sentiment was: verhoudingsgewijs waren minder mensen tevreden over het PAL4 systeem. Hoewel het te ver gaat om hier grote conclusies aan te verbinden aangezien de steekproef relatief klein was, is het wel een punt om even bij stil te staan. Vrijwel alle personen die negatief waren, hebben het systeem geretourneerd. Eén persoon heeft aangegeven niet tevreden te zijn, maar het wel – ongebruikt – in huis te hebben.

Vanuit het gebruikersperspectief kunnen we samenvattend stellen dat het Gezond Thuis project zeker effect heeft (gehad) bij de cliënten die een PAL4 systeem in huis hebben. Het positieve geluid overheerste zondermeer: ongeveer twee derde van onze respondenten was erg tevreden over de mogelijkheden van het systeem. Een derde van de gesproken cliënten daarentegen was een stuk negatiever en vond het systeem niet geschikt voor henzelf. De mensen die de PAL4 gebruikten, deden dat ongeveer een uur per dag. Sommigen gebruikten het vooral 's ochtends, anderen juist 's middags. Wat betreft de functies kunnen we concluderen dat het systeem in de ogen van de cliënten vooral een sociale functie heeft. Het gaat dus niet zozeer om 'gezond thuis', maar meer om 'gezellig thuis'. Dit zien we ook terug in het gebruik. Vrijwel alle respondenten gebruikten het voor ontspanningsdoeleinden. Contacten werden niet echt onderhouden via het beeldbellen. Dit hangt ongetwijfeld samen met het feit dat er in de loop van 2011 helaas weinig nieuwe aansluitingen bij

zijn gekomen waardoor er in november 2011 in totaal slechts 42 cliënten met een PAL4 systeem waren. De gestelde doelstelling van 250 aansluitingen is daarmee (nog) lang niet gehaald.

Hoewel veel respondenten goede mogelijkheden zagen om mede door het PAL4 systeem langer zelfstandig te kunnen blijven wonen, wordt het vooralsnog weinig gebruikt voor zorg. Het gaat hen vooral om het idee dat ze er op terug kunnen vallen. Het geeft een extra zekerheid. Dit geldt zeker voor de ouderen die heel vaardig zijn met het systeem. De cliënten die wat meer moeite hebben met de PAL4 zijn terughoudender. Wat we sterk merkten is dat het 'computervaardigheidsniveau' van de respondenten sterk verschilde. Zeker wanneer zij bekend waren met een gewone pc, viel het PAL4 systeem hen vaak tegen vanwege de beperkte mogelijkheden. Toch overheerste onder respondenten tevredenheid wat betreft het systeem in het algemeen. Ook waren zij tevreden over de organisaties achter het systeem (Pal4 en Careyn). Een belangrijk punt van kritiek is echter wel dat voornamelijk de communicatie over het project naar de cliënten toe beter kan.

5. Conclusie & aanbevelingen

In deze evaluatie hebben we de volgende vraag centraal gesteld: *Op welke wijze werken zorgpartners goed samen in het Gezond Thuis project en welke effecten ervaren de cliënten van het Gezond Thuis project?* Zoals in de inleiding opgemerkt focussen we ons met name op het *proces* van het Gezond Thuis project in Breda en in veel mindere mate op de *inhoud*. Het gaat dus niet zozeer om de evaluatie van het systeem (inhoud), maar veel meer om de manier waarop er is samengewerkt (het proces). In dit afsluitende hoofdstuk komen wij tot een eindoordeel en formuleren we enkele aanbevelingen voor de toekomst.

5.1 Analyse & conclusies

Om een antwoord te formuleren op de centrale vraag hanteren we een partnerperspectief als ook een gebruikersperspectief.

5.1.1 Doelstellingen

Het project Gezond Thuis Breda kende een vijftal doelstellingen. De eerste was het behalen van een vooraf gesteld aantal aansluitingen, namelijk 250 senioren en 1000 mantelzorgers. Deze eerste doelstelling is niet gehaald. In november 2011 waren 42 cliënten van Careyn aangesloten en geen mantelzorgers. De tweede doelstelling was het werven van klanten en dienstverleners. Wat betreft de dienstverleners werd aan het begin van het project duidelijk dat het hier voornamelijk ging om de huisartsen. Deze waren in november 2011 nog niet betrokken, en er waren ook geen concrete plannen dat dit op termijn zou veranderen. Wat de werving van klanten betreft is er kort na de tweede interviewronde in november 2011 een folder is verstuurd naar 13.000 potentiële klanten. Ook zijn er enkele demo-opstellingen geplaatst in verschillende inloopcentra in Breda en heeft men door het jaar meerdere PAL4-bijeenkomsten belegd.

De derde en vierde doelstelling hebben betrekking op de inhoud van het PAL4 systeem, waar wij slechts in beperkte mate zicht op hebben. Toch zijn op het gebied van deze twee doelstellingen de meeste vorderingen gemaakt. De derde doelstelling was het verfijnen en definiëren van diensten en klantbehoeften binnen de 'community'. Het ging hierbij vooral om het creëren van een sociale gemeenschap. Deze doelstelling focuste op de welzijnscomponent. De vierde doelstelling was het verfijnen en definiëren van diensten en klantbehoeften binnen zorg en gezondheid en had dus een focus op de zorgcomponent van het PAL4 systeem. Zonder in detail te kunnen treden vanwege de grenzen van deze evaluatie (en onze expertise) volgt uit ons onderzoek dat er in 2011 problemen en behoeften van klanten aangaande het PAL4 systeem in kaart zijn gebracht. Tevens zijn er plannen opgesteld om meer betrokkenheid van een fysiotherapeut en een ziekenhuis te krijgen.

De laatste doelstelling is het vormgeven van de gemeentelijke randvoorwaarden binnen Breda. Tijdens beide interviewronden zijn wij deze randvoorwaarden niet vaak tegengekomen, met uitzondering van één eis, namelijk dat er afstemming plaats zal moeten vinden tussen het PAL4 systeem en de twee concurrerende systemen (van Surplus en Thebe) binnen de gemeente. Uit de interviews met de consortiumpartners volgt dat er op dit gebied niet veel voortgang is gemaakt, maar uit de voortgangsrapportage van oktober (Jongen, oktober 2011) en uit het interview met de

contactpersoon van de gemeente Breda blijkt dat op dit gebied wel stappen zijn gezet. Zo heeft Careyn samen met Surplus een actieplan opgesteld om tot meer overeenstemming te komen beginnend bij de verschillende werkwijzen van de drie betreffende organisaties. Toch zijn de doelstellingen niet naar verwachting gehaald.

In dit evaluatierapport is stilgestaan bij zowel het partnerperspectief als het gebruikersperspectief om te achterhalen waarom het consortium niet volledig effectief is gebleken.

5.1.2 Partnerperspectief

Het consortium rondom het project Gezond Thuis Breda bestond uit acht deelnemers. In beide interviewronden met de partners hebben we samen met de individuele partnerorganisaties zowel gereflecteerd op hun bijdrage aan het consortium, als op het consortium als geheel. In hoofdstuk 3 is verslag gedaan van de bevindingen. In werkelijkheid bleek het bereiken van een goede samenwerking tussen de verschillende partijen veel complexer dan aanvankelijk gedacht. Wanneer we het analysekader ‘inhoud, organisatie en uitvoering’ aanhouden en ons voorstellen als drie elkaar opeenvolgende stappen dan kunnen we concluderen dat het reeds in de eerste fase niet goed is gegaan. Bij aanvang van het project konden niet alle partijen duidelijk vertellen waar het nu eigenlijk precies over ging. Het werd allemaal ervaren als ‘nogal vaag’. Tegen het einde van het project bleek dat sommige partijen meer een ‘welzijnsrol’ weggelegd zagen voor het PAL4 systeem, terwijl anderen hamerden op de zorgfunctie die het systeem zou kunnen en moeten vervullen. In het verlengde van deze discussie was er geen overeenstemming over de doelgroep van het PAL4 systeem. In dat opzicht waren de partners ‘samen alleen’. Ze werkten wel degelijk samen en waren het daarbij eens over de abstracte ambitie dat zorgdomotica een belangrijke rol kunnen (en moeten) vervullen in de nabije toekomst. Tegelijkertijd waren zij in die zin alleen dat zij individueel een invulling gaven aan de inhoud van de samenwerking, wat werd versterkt doordat de partijen veelal geen zicht hadden op de rol en bijdrage van andere consortiumpartners.

Met deze laatste opmerking hebben we het over de organisatie van de samenwerking. Officieel was er een stuurgroep en waren er een vijftal werkgroepen. In onze interviews werd amper naar deze structuur verwezen. De verschillende consortiumpartners maakten in verschillende samenstelling deel uit van één of enkele werkgroepen. Toch bleek deze structuur niet goed te werken omdat de taken – en vooral de mogelijkheden – van de werkgroepen niet voldoende helder waren voor de verschillende respondenten. Juist omdat Careyn meerdere rollen tegelijkertijd vervulde, deel uitmaakte van alle verschillende werkgroepen en tot slot ook officieel projectleider was ontstond als snel de situatie waarin het consortium zich rond Careyn organiseerde. Careyn werd daarmee ‘de spin in het web’. Tegelijkertijd keken enkele andere partijen met argusogen naar Careyn omdat de interne organisatie van Careyn nog niet geheel achter het PAL4 systeem stond. Het werken via een computersysteem bij een thuiszorgorganisatie vergt niet alleen vaardigheid van het personeel, het behelst een hele cultuuromslag. Uit onze interviews kunnen we afleiden dat deze ten tijde van het Gezond Thuis Breda project bij Careyn nog niet gemaakt was. Door de onduidelijkheid over de inhoud van de samenwerking en over de organisatie – dat wil zeggen over de rol- en taakverdeling en over de positie van Careyn – hadden de partnerorganisaties het gevoel wel vooruit te *willen*, maar niet vooruit te *kunnen* waardoor ook geen of weinig eigen initiatief werd genomen.

Het resultaat van het voorgaande is dat van de uitvoering niet terecht is gekomen wat vooraf geambieerd werd. Zoals ook in paragraaf 5.1.1 aan de orde is gekomen zijn de vorderingen op alle vijf de doelstellingen achtergebleven bij de verwachting, waarbij voor het aantal aansluitingen (de meest 'harde' eis) uiteraard erg in het oog springt. Toch is daarmee niet de gehele samenwerking mislukt, zoals blijkt uit hoofdstuk 4 en de volgende subparagraaf.

5.1.3 Gebruikersperspectief

In het vierde hoofdstuk zagen we dat het Gezond Thuis project in Breda zeker effecten heeft bereikt bij de cliënten thuis. Het merendeel van hen is tevreden over het systeem en heeft het opgenomen in hun dagelijkse routine. Wat het gebruik van de mogelijkheden betreft zien we dat het cliënten vooral gaat om entertainment. Voor zorg wordt het systeem vrijwel (nog) niet gebruikt door de meeste respondenten. Het is dus vooral 'gezellig thuis' in plaats van 'gezond thuis'. Er zijn er echter veel die aangeven het erg fijn te vinden te weten dat het systeem er is. De paar respondenten die het systeem wel gebruiken voor zorg, geven aan er ook van afhankelijk te zijn. Dat wil zeggen, zonder het PAL4 systeem kunnen zij niet zelfstandig blijven wonen. Wat betreft het consortium achter het Gezond Thuis project in Breda geven de cliënten aan dat ze alleen contact hebben met Careyn en PAL4. Over beide organisaties zijn zij tevreden, alleen de communicatie over (het verloop van) het project naar de cliënten toe kan beter.

Er zijn twee discussiepunten die tijdens de analyse naar voren kwamen en die wij hier aan willen halen. Allereerst de kosten. Mede als gevolg van de provinciale subsidie was het PAL4 systeem voor de cliënten gratis. Op korte termijn verandert dit waarschijnlijk. Wij willen benadrukken dat dit evaluatieonderzoek *geen* verkenning is geweest naar de mogelijke eigen bijdrage van cliënten. In onze topiclijst hadden we echter wel een kort item hierover opgenomen. Het beeld is wisselend. Sommige mensen hechten veel waarde aan hun PAL4 en hebben een maandelijkse bijdrage ervoor over. Anderen gaven aan dit niet te kunnen betalen. Unaniem volgde uit onze interviews dat het wel een grotere drempelwerking tot gevolg zal hebben. Hierdoor zullen cliënten minder snel geneigd zijn het systeem te proberen.

Ten tweede hebben wij sterk de indruk dat het PAL4 systeem in Breda voornamelijk gebruikt wordt voor ontspanning terwijl het systeem wel degelijk ook een expliciete zorgtaak heeft. Wij onderkennen het positieve verband tussen welzijn en gezondheid zoals we die ook terugzien in de wetenschappelijke literatuur (zie bijvoorbeeld Rummery, 2009). Met andere woorden, wanneer mensen gelukkig en tevreden zijn, zullen zij minder snel gezondheidsproblemen hebben. Toch willen wij uitdrukkelijk vraagtekens plaatsen bij de balans tussen het gebruik van beide mogelijkheden. In onze optiek heeft het systeem vooral een zorgfunctie. Er zou dan ook veel sterker gekeken moeten worden per cliënt hoe het systeem een rol kan vervullen voor zijn of haar zorgbehoefte. Het argument dat wij hebben gehoord om sterk in te zetten op de entertainmentmogelijkheden van het systeem is dat middels de spelletjes ouderen vaardig worden met het systeem. Dit is zeker een steekhoudende gedachte, maar is vooral gericht op de korte termijn. Er mag niet voorbij worden gegaan aan de tendens die al tijdens onze interviews merkbaar was, namelijk dat veel (en steeds meer) cliënten om kunnen gaan met een reguliere pc. Zeker nu PAL4 werkt aan de mogelijkheid om het netwerk/systeem ook via een gewone computer beschikbaar te maken, rijst de vraag hoe zinvol het is om veel tijd en energie te steken in het ontwikkelen van entertainmentmogelijkheden. De

ontwikkeling richting 'serious gaming' is veel van onze respondenten in ieder geval een stap in de goede richting.

5.1.4 Knelpunten

In januari 2011 zijn enkele tussentijdse bevindingen teruggekoppeld naar de projectleider (zie bijlage 4). Op basis hiervan en op basis van ons verdere onderzoek kunnen we ook nu een kort overzicht geven van de meest voorname knelpunten die tijdens de samenwerking een negatieve rol hebben gespeeld. Wederom splitsen wij ze uit naar inhoud, organisatie en uitvoering.

Inhoud

- *Gebrek aan inhoudelijke overeenstemming*: hoewel de consortiumpartners op abstract niveau het eens waren over de potentiële bijdrage van zorgdomotica, verschilden zij teveel in hun opvatting over waar het PAL4 systeem een bijdrage aan moest leveren, te weten zorg of welzijn. En in het geval van het laatste, bleef het unanieme antwoord op de vraag waar de aandacht voor welzijn ophoudt onbeantwoord. In feite hebben we het hier over de focus van het project zoals deze ook al was opgenomen in de terugkoppeling in januari 2011: het doel was niet duidelijk.
- *Verskil in technische kennis*: bij de verschillende consortiumpartners merkten wij ook grote verschillen in technische kennis. Niet iedere consortiumpartner wist voldoende van/over computertaal en programmeren om de technische mogelijkheden en beperkingen direct te voorzien. In dit rapport hebben wij hier weinig aandacht aan besteed omdat het buiten de reikwijdte van het onderzoek lag (het is ook niet onze expertise), maar in de marge heeft het wel degelijk de samenwerking tussen de verschillende partners beïnvloed.

Organisatie

- *Duidelijkheid over organisatie in werkgroepen*: veel consortiumpartners hadden geen goed zicht op de organisatie van het consortium. De verantwoordelijkheden en de rollen van de verschillende werkgroepen waren onvoldoende vastgelegd. Dit is in lijn met de opmerking over de openheid in de terugkoppeling van januari 2011.
- *Focus tijdens vergaderingen*: al in januari 2011 noemden wij dat de bijeenkomsten door de verschillende consortiumpartners als te fragmentarisch werden ervaren. In de loop van 2011 is dit niet veranderd. Eén respondent verwoorde het door te stellen dat de agenda iedere vergadering bijna exact hetzelfde is, of in ieder geval als zodanig wordt ervaren.
- *Gevoel van vrijblijvendheid*: dit aandachtspunt maakte ook al onderdeel uit van de terugkoppeling uit januari 2011. In de tweede meting kwam het nogmaals veelvuldig aan de orde. Partners hadden niet het gevoel dat alle andere partners even geëngageerd waren. Er was veel in- en uitloop van partners bij bijeenkomsten.
- *Rol Careyn*: Careyn vervulde in het hele proces meerdere rollengelijktijdig, wat niet alleen zeer verwarrend was voor de verschillende organisaties maar ook voor Careyn zelf.

Uitvoering

- *Voortgangbewaking bij partners*: er waren geen voorzieningen getroffen om de vorderingen van de verschillende organisaties inzichtelijk te maken. Tegelijkertijd was hier wel degelijk behoefte aan, omdat veel partijen aangaven geen zicht te hebben op de acties en bijdrage van sommige andere organisaties.

- *Voortgangbewaking bij project:* met enige regelmaat werd er een voortgangsrapportage opgesteld. Deze werd door de verschillende respondenten zelden aangehaald. Sommigen wisten niet goed waar ze deze rapportage zouden kunnen vinden, en besteedden er geen aandacht aan. Tegelijkertijd was er wel degelijk een grote behoefte merkbaar om de afspraken, tussentijdse resultaten, voorgenomen acties (met deadlines) en langetermijnplanning inzichtelijk te hebben.

5.2 De toekomst van Gezond Thuis Breda

Wij zouden de aanbeveling willen doen om bewuster doelgroep en middelen op elkaar af te stemmen. Tijdens onze interviews hebben we enkele cliënten gesproken die een groot sociaal netwerk hadden, die erg vaardig met – en tevreden over – het PAL4 systeem waren, die zeer zelfstandig waren, en die zich enigszins frustreerden over de gebrekkige naamsbekendheid van het systeem. Deze mensen vormen een belangrijke groep die min of meer een voortrekkersrol (bijvoorbeeld als ‘ambassadeur’ of als ‘early adopter’) zouden kunnen vervullen binnen het Gezond Thuis project in Breda. Zoek dergelijke mensen op, onderhoud goed contact met hen en vraag hen ook naar mogelijke andere mensen die behoefte zouden kunnen hebben aan het PAL4 systeem. Kijk daarna of het mogelijk is om het PAL4 systeem bij deze mensen te installeren. De capaciteit – hoewel bescheiden – wordt aangereikt, benut deze ook.

Het projectmanagement van Gezond Thuis willen we adviseren om alert te blijven op de 5 aandachtspunten die begin 2011 zijn meegegeven (zie bijlage 4). We zien zeker verbeterpunten, met name in de onderlinge sfeer tussen partners. Ook zien we dat de projectleiding wat duidelijker is geworden in het communiceren van doelstellingen. Niettemin zijn we van mening dat de vijf aandachtspunten op hoofdlijn blijven gelden (zie ook 5.1.4 over knelpunten). Voor de samenwerking kan dit alles betekenen dat verwachtingen nog concreter op elkaar worden afgestemd. Een groepsreflectie binnen het consortium of een expliciteringsproces zou hierbij kunnen helpen. Ook kan het handig zijn om te werken met een inzichtelijke projectplanning, waardoor er wellicht resultaatgerichter gewerkt zou kunnen worden.

Aan het einde van deze evaluatie is het van belang de laatste onderzoeksvraag te beantwoorden: *Wat betekent dit voor de toekomst van Gezond Thuis in de (nabije) toekomst?* We hebben deze vraag bediscussieerd en hebben – als ware het een gedachte oefening – drie scenario’s bedacht. Een scenario is gebaseerd op de gedachte dat de toekomst niet te voorspellen is. Op de toekomst kun je je echter wel voorbereiden door over mogelijke ontwikkelingen na te denken. De drie scenario’s zijn ontwikkeld op basis van de analyse in deze evaluatie en zijn vooral prikkelend bedoeld. Als onderzoekers geven we hierin niet onze voorkeur aan. Ons advies is dat het consortium zelf hierover met elkaar in gesprek gaat, eventueel gefaciliteerd door de onderzoekers.

1. *Stoppen.* Dit (meest pessimistische) scenario gaat ervan uit dat de samenwerking tussen de partners wordt stopgezet. Hiermee komt een einde aan het Gezond Thuis Project – althans in deze vorm - in Breda. Dit scenario is vooral gebaseerd op de achterblijvende resultaten met betrekking tot het aantal aansluitingen.
2. *Doormodderen.* Dit scenario sluit het meest aan bij de huidige situatie. Hoewel veel doelstellingen nog niet (geheel of geheel niet) zijn gerealiseerd zou het consortium op basis

van dit rapport ervoor kunnen kiezen om nog een keer de schouders eronder te zetten en door te gaan op de ingeslagen weg.

3. *Anders doorgaan: alternatief 1. Losser samenwerkingsverband (flexibiler):* dit tweede scenario positioneert twee organisaties uit het consortium in het midden van het samenwerkingsverband. Careyn en WIJ gaan fungeren als spinnen in het web. Zij zijn de linking pin richting de andere consortiumpartners. Careyn en WIJ nemen gezamenlijk de projectleiding in handen en motiveren de andere consortiumpartners om mee te denken over het ontwikkelen van Gezond Thuis apps. Hiermee zal het gebruik van het PAL 4 systeem als zodanig op termijn worden opgeschort en wordt er in gezet op modernere toepassingen van het achterliggende idee van PAL 4.
4. *Anders doorgaan: alternatief 2. Externe projectmanager (extern van organisaties):* we hebben geconstateerd dat er inhoudelijk veel know how is bij de deelnemende consortiumpartners. Dit vierde scenario richt zich met name op de organisatie en uitvoering. Er wordt een externe projectleider aangetrokken die werkt in dienst van het consortium. Hij of zij neemt de punten uit bijlage 4 ter harte, faciliteert de inhoudelijke discussie met de partners, zet een heldere projectorganisatie op poten en managet de uitvoering.

Welk scenario ook gekozen wordt; het consortium moet zich realiseren dat er een morele plicht is geschapen richting de cliënten. Het consortium heeft een (innovatieve) maatschappelijke ontwikkeling in gang gezet, waar een verantwoordelijkheid aan kleeft. Het consortium kan dit alles niet zomaar terug willen draaien. Het gaat immers om een kwetsbare groep. Als het project volgens het consortium zelf echt geen toekomst kan hebben, dan zou ons advies zijn om het niet (te) abrupt te laten stoppen, maar langzaam af te bouwen. Een idee kan zijn om bijvoorbeeld een overbruggingsperiode van een jaar te hanteren, zodat cliënten hierin mee kunnen groeien.

Referenties

Beurden, M. van. (2011). *Verbindingen in Veelvoud. Onderzoek naar de invloed van netwerkkarakteristieken van het netwerk Slimme Zorg op het proces van verspreiding van zorginnovaties*. Thesis master Public Information Management. Erasmus Universiteit Rotterdam, Tias Nimbas Business School Tilburg, Het Expertise Centrum Den Haag.

Bogers, T., J. Piters, R. van Rooij, J. van de Ven. (2011). *Adviesrapport Gezond Thuis Breda. Onderzoek naar een nieuwe applicatie voor PAL4*. Uitgevoerd in opdracht van Careyn door Avans studenten.

Boonstra, J. (red.). (2007). *Ondernemen in allianties en netwerken. Een multidisciplinair perspectief*. Deventer: Kluwer.

Careyn. (2011a). *Welkom bij Gezond Thuis!* In januari 2011 ontleend aan <http://www.careyn.nl/index.php/gezond-thuis.html>

Careyn. (2011b). *Over Careyn*. In juli 2011 ontleend aan <http://www.careyn.nl/index.php/over-careyn.html>

Careyn. (2011c). *Kosten & aanvragen*. In augustus 2011 ontleend aan <http://www.careyn.nl/index.php/gezond-thuis/aanvragengezondthuis.html>

Dijk, F. van, R. Hamming, P. Janssens, D. Mulder, M. de Wit. (2011). *Adviesrapport project thuiszorg. Onderzoek naar verbeteringen aan het PAL4 systeem*. Uitgevoerd in opdracht van Careyn door Avans studenten.

Farrell, C. & Morris, J. (2003). The 'Neo-Bureaucratic' State: Professionals, Managers and Professional Managers in School, General Practices and Social Work. *Organization*, 10(1), 129-156.

Focus Cura. (2011). *Zorg op afstand*. In september 2011 ontleend aan <http://www.focuscura.nl/website/zorg-op-afstand.html>

Graaf, L.J. (2007). *Gedragen Beleid; Een bestuurskundig onderzoek naar interactief beleid en draagvlak in de stad Utrecht*. Delft: Eburon.

Hood, C. (1991). A Public Management For All Seasons? *Public Administration*, 19(1), 3-19.

Jongen, R. (oktober 2011). Voortgangsrapportage Gezond Thuis Breda. Investeringsproject Slimme Zorg Provincie Brabant. *Breda: Careyn*.

Kjær, A.M. (2004). *Governance*. Cambridge: Polity Press.

Klijn, E.H. & Teisman, G.R. (2002). Barrières voor de totstandkoming van publieke en private samenwerking en de mogelijkheden deze te overwinnen: een institutionele optiek. In Van Ham, H.C.

& Koppenjan, J.F.M. (red.). *Publiek-private samenwerking bij transportinfrastructuur; Wenkend of wijkend perspectief?* (pp. 47-76). Utrecht: Uitgeverij Lemma.

Koppenjan, J.F.M. (2005). The formation of public-private partnerships: lessons from nine transport infrastructure projects in the Netherlands. *Public Administration*. 83(1), 135-157.

Lewis, J.M. (2005). A network approach for researching partnerships in health. *Australia and New Zealand Health Policy*, 2(11).

Ministerie van VWS. (2005). *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Mulgan, R. (2003). *Holding power to account. Accountability in modern democracies*. Hampshire/New York: Palgrave Mc Millan.

Osborne, D. & Gaebler, T.A. (1992). *Reinventing government; how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Reading, MA: Addison-Wesley.

PAL4. (2011). *Wie zijn wij?* In juli 2011 ontleend aan <http://www.pal4.nl/website/overons>

Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2004). *Public Management Reform; A Comparative Analysis* [second edition]. Oxford: Oxford University Press.

Poole, D.L. (1995). Partnerships Buffer and Strengthen. *Health & Social Work*. 20(1).

Provincie Noord-Brabant. (2011a). In augustus 2011 ontleend aan <http://www.brabant.nl/dossiers/dossiers-op-thema/zorg-en-welzijn/slimme-zorg.aspx>

Provincie Noord-Brabant. (2011b). In augustus 2011 ontleend aan <http://www.brabant.nl/dossiers/dossiers-op-thema/zorg-en-welzijn/slimme-zorg/projecten/gezondthuis-in-breda.aspx>

Putters, K. (2001). *Geboeid ondernemen; Een studie naar het management in de Nederlandse ziekenhuiszorg*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Rhodes, R.A.W. (1997). *Understanding Governance. Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. Buckingham: Open University Press.

Rummery, K. (2009). Healthy partnerships, healthy citizens? An international review of partnerships in health and social care and patient/user outcomes. *Social Science and Medicine*, 69(2009), 1797-1804.

STiB. (2011). *STiB, trefpunt voor mantelzorgers en vrijwilligers*. In juli 2011 ontleend aan <http://www.stib-breda.nl/>

Van Twist, M.J.W. & Klijn, E.H. (2007). Alliantievorming en het management van verwachtingen; Samenwerken als kwestie van dubbeldenken en dubbeldoen. *Management & Organisatie*. 2007(5), 34-48.

VicHealth. (2010). *The Partnerships Analysis Tool. For Partners in Health Promotion*. In oktober 2010 ontleend aan <http://www.vichealth.vic.gov.au/~media/About%20Us/Attachments/VHP%20part%20toollow%20res.ashx>

WIJ. (2011). *Missie en Strategie op 1 A4*. <http://wij.begintbijjou.nl/page/missie-en-strategie-op-1-a4>

Bijlagen

In deze evaluatie hebben we gebruik gemaakt van semi gestructureerde interviews, zowel met de partners van het consortium als met cliënten. In deze manier van interviewen wordt een lijst met onderwerpen besproken met de respondent. Het is vooraf niet duidelijk in welke volgorde deze onderwerpen besproken worden, maar het is wel de bedoeling alle onderwerpen aan de orde te stellen. Hoewel de topics in de gebruikte topiclijsten zijn uitgewerkt in concrete interviewvragen, zijn ze niet altijd letterlijk in deze vraagvorm gesteld. Door op deze manier ruimte te bieden aan het verloop van ieder gesprek, hebben we het partnerperspectief en het cliëntperspectief op het gezond thuis project zoveel mogelijk trachten te achterhalen. In bijlage 1 is een lijst opgenomen met daarin de namen van de respondenten die wij voor dit onderzoek hebben benaderd en gesproken. In bijlage twee en drie zijn de vragenlijsten/topiclijsten opgenomen van zowel de partnerinterviews als de cliëntinterviews. In bijlage 4 staan de belangrijkste punten welke begin 2011 teruggegeven zijn aan de projectleider van het Gezond Thuis project.

Bijlage 1: Overzicht respondenten

Clënten (leeftijd)	Datum Interview	Duur Interview	Soort interview
<i>1e meting</i>			
Mevr. Lambregts (72)	2-mrt-11	Nvt	Telefonisch
Dhr. Hoosemans (76)	2-mrt-11	Nvt	Telefonisch
Mevr. Blom (87)	9-mrt-11	Nvt	Beeldbellen
Mevr. Blatter (77)	9-mrt-11	Nvt	Beeldbellen
Mevr. Boelhouters (60)	16-mrt-11	Nvt	Face-to-face
Mevr. De Wildt (79)	17-mrt-11	Nvt	Telefonisch
Dhr. Scheele (66)	19-apr-11	Nvt	Telefonisch
Dhr. en mevr. Luijken (-)	apr-11	Nvt	Telefonisch
<i>2e meting</i>			
Mevr. De Wildt (2e interview)	21-okt-11	Nvt	Telefonisch
Mevr. Musters-Smans (82)	3-nov-11	Nvt	Telefonisch
Dhr. Diepstraten (61)	8-nov-11	Nvt	Telefonisch
Dhr. Hoosemans (2e interview)	8-nov-11	Nvt	Telefonisch
Dhr. en mevr. Van der Pal (-)	11-nov-11	Nvt	Telefonisch
Dhr. Van Peer (79)	14-nov-11	Nvt	Telefonisch
Dhr. Van der Kleijn (64)	14-nov-11	Nvt	Telefonisch
Mevr. Verpalen (57)	15-nov-11	Nvt	Telefonisch
Mevr. Blatter (2e interview)	21-nov-11	Nvt	Telefonisch
Contactpersoon (consortiumorganisatie)			
<i>1e meting</i>			
Anneloes Mulder (PAL4 (FocusCura))	29-nov-10	54 minuten	Face-to-face
Gerty Vorselmans (WIJ)	29-nov-10	1 uur 7 minuten	Face-to-face
Hans de Welp, Eric de Vries (Elipz (en Avans))	2-dec-10	1 uur	Face-to-face
Netty van Alphen (STiB)	2-dec-10	45 minuten	Face-to-face
<i>2e meting</i>			
Eric de Vries (Elipz (en Avans))	13-okt-11	1 uur 20 minuten	Face-to-face
Roger Jongen (Careyn)	13-okt-11	1 uur	Face-to-face
Gerty Vorselmans (WIJ)	19-okt-11	1 uur 21 minuten	Face-to-face
Netty van Alphen (STiB)	8-nov-11	45 minuten	Telefonisch
Anneloes Mulder (PAL4 (FocusCura))	7-dec-11	1 uur 9 minuten	Telefonisch
<i>Overige interviews</i>			
Petra van Wieringen (Careyn)	30-mei-11	38 minuten	Face-to-face
Juan Seleky (Gemeente Breda)	8-nov-11	1 uur	Face-to-face

Bijlage 2: Topiclijst Partners

Introductie

Interview maakt deel uit van de evaluatie van het project Gezond Thuis, wat een onderdeel is van Slimme Zorg. Benadruk het belang van evaluatie, ook voor de respondent en zijn/haar organisatie zelf. Toestemming vragen voor gebruik opname: deze blijven vertrouwelijk en de input wordt geanonimiseerd verwerkt.

Persoonlijke informatie:

> Wat voor studie- en werkachtergrond heeft u?

> Wat is precies uw functie binnen de organisatie? Wat houdt deze in?

Etc.

Inhoud

Partnerorganisatie

1. Wat doet de organisatie en hoe ziet deze eruit? (taakstelling, 'doelgroep', grootte, structuur, etc.)
 - a. Hoe zou u de organisatiecultuur omschrijven?
2. Waar gaat het samenwerkingsverband volgens u over?
3. Wie is de cliënt?
4. Waarom is de organisatie toegetreden tot het consortium? (motivatie & belang)
 - a. Wie heeft daartoe besloten?
 - b. Wordt de toetreding binnen de gehele organisatie gedragen/gesteund?
5. Spelen er ontwikkelingen bij de organisatie die de samenwerking zouden kunnen beïnvloeden?

Consortium

6. Ontbreken er partners & stakeholders?
 - a. Zo ja, wie en waarom?
 - b. Zo nee, zijn er wellicht partners & stakeholders die overbodig zijn? Waarom?
7. Hebben volgens u alle partners het doel van het consortium duidelijk voor ogen?
8. Heeft u zicht op de motivaties en belangen van de partners? Zo ja, hoe zijn die?
9. Hoe ziet de omgeving van het samenwerkingsverband eruit?
 - c. Bijvoorbeeld ontwikkelingen bij partners, gemeente, leveranciers, financierders
 - d. Welke andere factoren spelen een rol?

Organisatie

Partnerorganisatie

10. Met welke partners werkt uw organisatie vooral samen?
 - a. Heeft u hiermee eerder samengewerkt?
11. Hoe sterk is de relatie met de andere partners?
12. Is de organisatie voldoende toegerust om succesvol te kunnen participeren?
13. Hoe moet de participatie van de organisatie idealiter verlopen? (hoe gaat de organisatie invulling geven aan haar rol?)

14. Welke taken, verantwoordelijkheden en risico's voorziet u voor de organisatie binnen het consortium?

Consortium

15. Zijn er heldere afspraken gemaakt over de samenwerking?
- Is het doel duidelijk?
 - Zijn de taken, verantwoordelijkheden, risico's, verwachtingen etc. goed verdeeld en begrepen door alle partners?
16. Hoe ziet de formele administratie-, communicatie- en besluitvormingsstructuur eruit?
17. Is er ook informele communicatie? Hoe verloopt deze?
18. Wie managet/managen het proces? En is dit toereikend gezien vanuit u en uw organisatie?
19. Zijn er voorzieningen getroffen om de output van het partnerschap te meten/zichtbaar te maken?

Uitvoering

Partnerorganisatie

20. Hoe verloopt de werkelijke samenwerking gezien vanuit de organisatie? (t.o.v. de verwachting)
- Wat vindt u van de samenwerking?
 - Wordt de organisatie voldoende betrokken?
21. Zitten strategie en uitvoering op één lijn? (stroken lange termijn visie en visie van mensen 'op de vloer' met elkaar)
22. Vertrouwt u de andere partners volledig?

Consortium

23. Hoe verloopt de samenwerking gezien vanuit een 'helikopter-view'?
- Motieven en belangen bij partners
 - Hoe hou je het op de agenda
 - Houden partners zich aan hun verplichtingen
24. Hoe wordt omgegaan met institutionele en culturele verschillen?
25. Zijn de partners voldoende bereid om zaken als ideeën, bronnen, invloed en macht met elkaar te delen om het doel te bereiken?
26. Is er ruimte voor flexibiliteit? (kunnen alternatieve perspectieven uitdrukking vinden?)
27. Verlopen de formele en informele communicatie met en tussen de partners volgens u naar behoren?

Tot slot

28. Welke verwachtingen hebt u over de effecten van de samenwerking bij de cliënten?
29. Hoe ziet de toekomst van het consortium eruit?
30. Zijn er nog dingen onderbelicht gebleven in dit interview? Of hebt u aanvullende informatie?

Bedanken voor de medewerking en aangeven hoe dit onderzoek verder zal verlopen.

Bijlage 3: Topiclijst Cliënten

Introductie

Ons voorstellen: naam, wat we doen, waar we vandaan komen.

Waarom dit gesprek: Interview maakt deel uit van de evaluatie in opdracht van de provincie van het project Gezond Thuis, wat een onderdeel is van Slimme Zorg. Benadruk het belang van evaluatie, ook voor de respondent zelf.

Toestemming vragen voor gebruik opname: deze blijven vertrouwelijk en de input wordt geanonimiseerd verwerkt.

Persoonlijke gegevens & algemene informatie

1. Zouden wij uw leeftijd mogen weten?
2. Wat is nu uw woonsituatie?
3. Wat was u beroep in uw werkzame leven?
4. Waarom bent u het systeem gaan gebruiken?
 - a. Heeft u het Pal4systeem vanwege:
 - i. verpleging/verzorging
 - ii. Begeleiding
 - iii. zorg voor iemand anders (mantelzorg)?
5. Hoelang gebruikt u het systeem al?
6. Hoe bent u bij het systeem terecht gekomen?
7. Sociale omgeving:
 - a. Hoe ziet deze eruit?
 - b. Ondersteunen zij het gebruik?
 - c. Hebben zij zelf het systeem?

Gebruik & gebruiksvriendelijkheid

1. Als we kijken naar uw week, wanneer gebruikt u het systeem? (iedere dag hetzelfde, of bepaalde dagen meer dan andere?)
 - a. Hoe intensief is dit gebruik? (schatting van het aantal uren per dag/week per mogelijkheid)
2. Het systeem biedt meerdere mogelijkheden, als we die één voor één afgaan. Waaruit bestaat dan het gebruik voor u? M.a.w. wat doet u ermee?
 - a. Zorg (professionals & mantelzorgers)
 - b. Ontspanning (spelletjes)
 - c. Contact met anderen
 - d. Informatie over wijk(activiteiten)
 - e. Overig
3. Heeft het systeem iets...
 - a. ... vervangen? (bijv. fysiek contact met anderen, minder vaak buiten de deur etc.)
 - b. ...toegevoegd?
 - i. Nieuwe contacten gelegd
 - ii. Fysieke contacten gelegd buiten systeem om
 - iii. Nieuwe vaardigheden geleerd

4. Begrijpt u goed hoe het systeem werkt? (wordt het systeem gezien als middel of als doel/obstakel?)
5. Vindt u het handig in het gebruik? (Maakt u wel eens fouten?)
6. Voorlichting over systeem:
 - a. Wat hield deze in?
 - b. Hoe was deze?
7. Installatie:
 - a. Wanneer?
 - b. Door wie?
 - c. Hoe verliep deze?
8. Als er problemen zijn met wie neemt u dan contact op? En worden die dan goed opgelost?

Mening over het systeem

1. Zou u kunnen omschrijven wat u denkt dat het doel is van het systeem? (is het extra service, of een bezuinigingspoging)
2. Bent u blij/tevreden met het systeem? Waarom wel/niet?
3. Wat vindt u het leukst en wat het minst leuk aan het systeem?
4. Wat had u van te voren verwacht van het systeem?
5. Is die verwachting uitgekomen?
6. Verwacht u dat u door het systeem langer zelfstandig kunt blijven wonen? / Is het systeem misbaar?
7. Mist u iets aan het systeem?
8. Los van uzelf, denkt u dat andere mensen er echt baat bij hebben/kunnen hebben?
9. Wat vindt u van de kosten? Is dat een drempel?

Over consortium & afronding

1. Van wie is volgens u het systeem?
2. In het project werken meerdere organisaties samen. Met welke organisaties heeft u contact? (waarschijnlijk Careyn, WIJ)
3. Weet u goed wie deze organisaties zijn?
4. Wanneer we kijken naar het systeem, bent u dan tevreden over deze organisatie(s)?
5. Als we nu vooruit kijken: denkt u dat het systeem over twee jaar nog gebruikt wordt? Waarom?
6. Zou het systeem ook via internet kunnen?
7. Zijn er nog dingen onderbelicht gebleven in dit interview? Of hebt u aanvullende informatie?

Bedanken voor de medewerking en nogmaals aangeven wat we met de gegevens zullen doen.

Bijlage 4: Tussentijdse bevindingen (begin januari 2011)

Zoals in de inleiding van dit rapport aangegeven hebben we begin 2011 tussentijdse observaties op basis van de eerste meting teruggekoppeld aan de projectleiding van het Gezond Thuis Project. Als onderzoekers realiseren we ons dat we hiermee het proces dat wij evalueren beïnvloeden. In interactie – onderzoek (zoals wij deze evaluatie beschouwen) komt het veelvuldig voor dat de onderzoeker met het veld in interactie treedt met als doel de (proces)praktijk te verbeteren. In totaal zijn er vijf belangrijke aandachtspunten teruggegeven aan de projectleiding, welke in algemene zin genoemd zijn door de andere consortiumpartners.

De aandachtspunten die wij begin januari 2011 geformuleerd hebben, zijn:

1. Vrijblijvendheid/gevoel van urgentie?

'Het was een vreemdsoortige start.' Partijen zijn lang niet altijd aanwezig. Er is in- en uitloop van partners bij bijeenkomsten.

2. Focus van het project en focus tijdens bijeenkomsten

'Ik heb behoefte aan duidelijkheid van het doel.' De projectleiders weten het ook niet precies [wat de bedoeling is; soms ben je projectleider soms ben je deelnemer in een werkgroep]. 'Careyn benadert de projecten (de vergaderingen) teveel vanuit de vragen: "wat is de status en hoe gaat het met de afstemming in werkgroepen?", maar heeft het te weinig over het gezamenlijke doel. Het gaat nu te fragmentarisch. Het proces is sterk zoekend. Je moet feitelijk weten wat er precies speelt. Er is nog weinig gedaan. We zijn nog niet toegekomen aan de praktijk.'

3. Openheid:

'Ik vind dat iedere partner een bijdrage moet leveren en duidelijk moet zien wie met welk belang aan tafel zit.' Over Elipz bestaat bij diverse deelnemers onduidelijkheid over hun rol/bijdrage.

4. Projectmanagement;

'Af en toe dutten we in en erna worden we weer wakker. De projectleider zou meer mogen aanjagen. Tevens zou hij informatie meer mogen delen; en overzicht geven: duidelijkere structuur bieden.' Advies van een deelnemer: meer werken met een agenda; juist ook in de werkgroepen.

4a. Structuur en verantwoordelijkheden: Er is een onduidelijke verantwoordelijkheidsdeling.

4b. Resultaat: 'Gaan we het resultaat wel halen?' Advies: meer tussentijdse stand van zaken opmaken; monitoren en delen met deelnemers?

4c. Zorgcultuur: Discussies tijdens vergaderingen zijn niet altijd relevant (wel interessant (zie ook punt 2)). Advies: bijeenkomsten strakker leiden.

5. Voor- en nadelen van de subsidie:

Tip van een deelnemer: subsidie gebruiken als stok achter de deur: partners concreter op resultaten aanspreken/afrekenen. Anderen zeggen: er wordt gestuurd op subsidie en niet op behoefte. Wat gebeurt er als de subsidie op is?

Naast deze (kritische) aandachtspunten waren partners positief over de faciliteiten die door Careyn werd geboden. Partners kregen toegang tot het gebouw en konden zaaltjes gebruiken. Daarnaast vonden de partners dat er een goede sfeer heerst tussen de partners. Als derde positieve punt werd genoemd dat het nu tijd was om door te pakken. Er zit energie bij de partners.