



Richtinggevende conclusies

Fokus op de Toekomst

Bijlagenbundel bij het kernrapport (Bijlage A t/m J)



Opgesteld door het veranderteam Fokus op de Toekomst
Augustus 2026



Over deze bijlagenbundel

Deze bundel hoort bij het kernrapport 'Richtinggevende conclusies Fokus op de Toekomst'. Waar het kernrapport de conclusies, richtingen en dilemma's per thema bevat, biedt deze bundel de onderliggende input: de signalen, voorbeelden en observaties uit de kampvuorgesprekken, de online bijeenkomsten en de mailbox, per thema geordend.

Alle namen, functies op individueel niveau en andere herleidbare gegevens zijn geanonimiseerd of vervangen door een rolaanduiding.

Verhouding tot de dilemma's in het kernrapport

Zowel het kernrapport als deze bijlagenbundel benoemen dilemma's. Dat is geen herhaling: de dilemma's in het kernrapport zijn een selectie van de belangrijkste spanningen per thema. Deze bijlagenbundel bevat een extra set aan dilemma's en spanningen zoals dat uit de gesprekken naar voren kwam, inclusief signalen en nuances die niet als hoofdlijn in het kernrapport zijn opgenomen, maar wel relevant zijn voor wie een thema verder uitwerkt.

A	Verantwoording en anonimiseringsaanpak
B	Thema 1 — Identiteit & grenzen van eigen regie
C	Thema 2 — Cliënten vinden, binden en behouden
D	Thema 3 — Medewerkers vinden, binden en behouden
E	Thema 4 — Zichtbaarheid & samenwerking met de buitenwereld
F	Thema 5 — Dialoog, communicatie & bejegening
G	Thema 6 — Sturing, rolduidelijkheid & uitvoeringskracht
H	Kompas-bijeenkomst — 22 mei 2026: rode draad, tijdlijn en SWOT-analyse
I	7S-toets
J	BVSE-model eigen regie



BIJLAGE A

Verantwoording en anonimiseringsaanpak

Deze bundel is samengesteld uit de volledige, oorspronkelijke verslagen van de kampvuurgesprekken en online bijeenkomsten (juni 2026), de kompas-bijeenkomst van 22 mei 2026, de voorbereidende sessies met experts, managers en teamleiders, en de mailbox die gedurende het hele traject open stond voor medewerkers en cliënten.

Anonimisering

Namen van cliënten, medewerkers en andere individueel herleidbare personen zijn overal vervangen door een rolaanduiding (bijvoorbeeld 'een cliënt', 'een ADL-medewerker', 'een teamleider'). Waar mogelijk is zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke bewoordingen gebleven, omdat de taal waarin mensen hun ervaringen hebben gedeeld zelf ook betekenisvol is.

Selectie en ordening

De signalen in deze bundel zijn geordend naar de zes thema's uit het kernrapport. Overlappende of vrijwel identieke signalen uit verschillende bijeenkomsten zijn samengevoegd. Deze bundel is een selectie die de rode draden (zes thema's) onderbouwt, geen woordelijke transcriptie van elke bijeenkomst. Het uitgebreide verslag van elke regiobijeenkomst staat op <https://fokus.nl/op-de-toekomst/verslagen-regiobijeenkomsten>.



BIJLAGE B

Thema 1

Identiteit & grenzen van eigen regie

QUOTE

“De ADL-medewerker is niet meer dan mijn handen en voeten” — een gebruikte omschrijving van het concept, die door meerdere cliënten en het veranderteam zelf als (te) ongelijkwaardig wordt ervaren.

Relatie met kernrapport

Deze signalen onderbouwen de kernrichting in het rapport: van impliciete naar expliciete grenzen aan eigen regie, en de keuze die dit vraagt over hoe ver Fokus meegroeit met complexere zorgvragen.

Toenemende zorgzwaarte: wat gaat er mis?

- Cliënten met dementie, autisme of psychiatrische problematiek kunnen soms geen aanwijzingen meer geven; dit maakt eigen regie op basis van aanwijzing niet meer uitvoerbaar.
- Meldingen van onredelijke verzoeken en agressie richting medewerkers bij cliënten met complexere problematiek.
- Bij zwaarlijvigheid of noodzaak tot verpleegtechnische handelingen kan de ADL-er de cliënt niet meer veilig ondersteunen; dit raakt zowel de veiligheid van de cliënt als die van de medewerker.
- Een teamleider gaf aan dat criteria bij instroom soms te ruim werden genomen 'omdat de woning gevuld moest worden' — met overbelasting van het team als gevolg.
- Depressie bij cliënten kan een zware mentale druk op de ADL-medewerker leggen, wat diens sociale veiligheid in het gedrang brengt.
- Eenzaamheid bij cliënten vraagt soms meer tijd per zorgmoment dan voorzien is, wat ten koste kan gaan van de zorg aan andere cliënten op hetzelfde project.

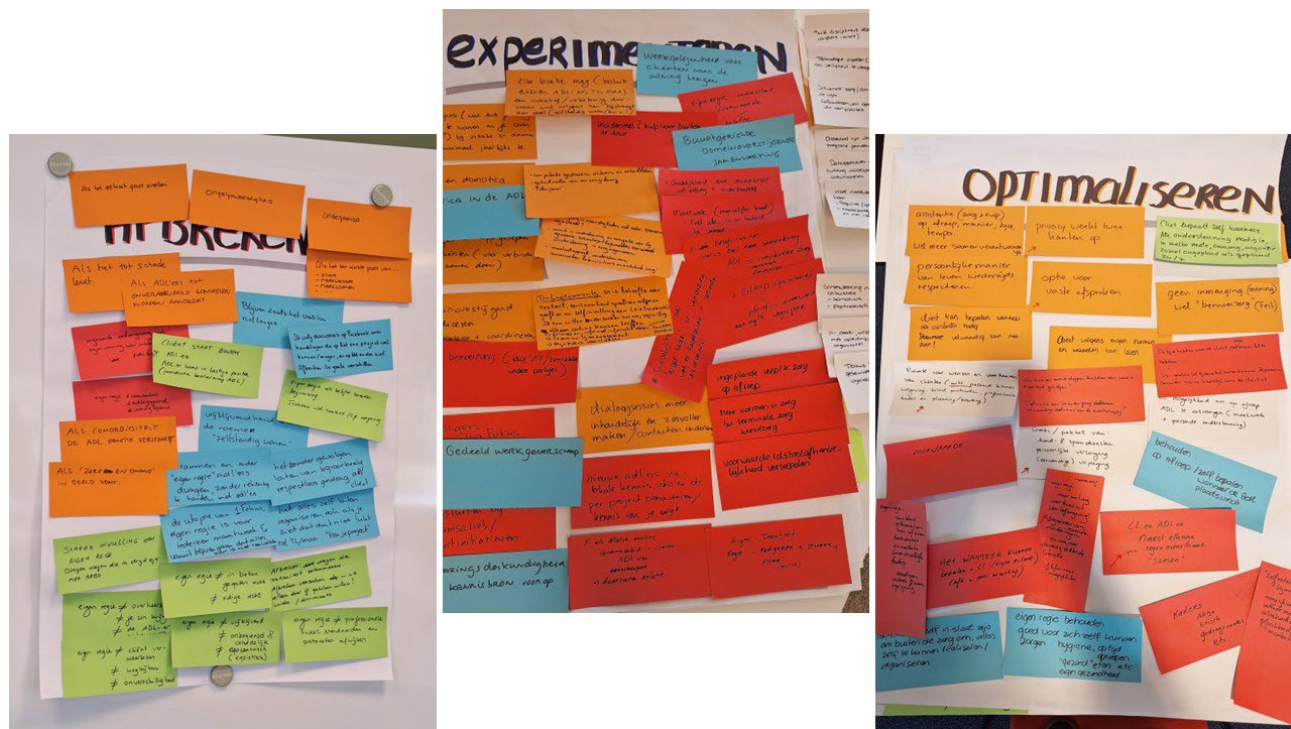
Signalering zonder overname van regie

Een terugkerend vraagstuk binnen het Fokusconcept is wat er gebeurt wanneer een cliënt tijdelijk of blijvend minder goed in staat is om eigen regie te voeren. In het kernrapport wordt benadrukt dat eigen regie het uitgangspunt blijft, maar dat dit niet betekent dat medewerkers geen verantwoordelijkheid hebben om signalen op te merken en bespreekbaar te maken. De positiepaper van de Cliëntenraad biedt hiervoor aanknopingspunten: het versterken van de signalerende rol van ADL-assistenten, zonder dat dit leidt tot het overnemen van regie of het verschuiven naar een traditionele zorgrol.

Het onderscheid is vooral van belang in situaties waarin zorgen ontstaan over veiligheid, welzijn of toenemende zorgzwaarte. De rol van Fokus ligt dan in het tijdig signaleren, het gesprek aangaan en waar nodig passende ondersteuning of andere betrokken professionals inschakelen. Daarmee blijft



de cliënt zoveel mogelijk in regie, terwijl tegelijkertijd ruimte ontstaat om risico's en veranderingen niet onbesproken te laten.



Ook het veranderteam heeft uitgebreid naar het concept van eigen regie gekeken. De conclusies staan in bijlage J.

Dilemma's bij dit thema

Sturen of gelijkwaardig samen vormgeven?

Het Fokusconcept legt sterk de nadruk op individuele regie ('de cliënt bepaalt'), én op gelijkwaardig samen vormgeven ('de kracht van samen'). Beide zijn waar, maar botsen soms: bij geplande zorg (die ingaat tegen 'op aanwijzing van de cliënt'), bij voorkeur voor bepaalde medewerkers, en vooral bij de vraag wat er gebeurt als een cliënt de eigen regie (tijdelijk) niet meer kan voeren. Wie grijpt dan in, en op basis waarvan? In de praktijk lossen ADL-assistenten dit soms op door simpelweg uit te voeren wat gevraagd wordt — maar dat kan botsen met gelijkwaardigheid en samen-verantwoordelijkheid. Andersom is een zekere sturing soms nodig: bij twijfel over veiligheid of arbeidsomstandigheden kan een medewerker niet zomaar alles uitvoeren wat gevraagd wordt. Waar eindigt een aanwijzing en waar begint gezamenlijke verantwoordelijkheid? Dat is per situatie een afweging, geen vaste regel. Een positiepaper van de Cliëntenraad Fokus (juli 2026) biedt aanknopingspunten: professionalisering van signalering, zonder dat dit verschuift naar het overnemen van regie.

Wanneer is 'meer zorg' nog passend?

Wanneer is 'meer zorg' nog passend binnen het ADL-concept, en wanneer niet meer (en wat gebeurt er dan)? Dit dilemma kent twee onopgeloste onderdelen. Ten eerste tijdige signalering: hoe wordt toenemende zorgzwaarte vroeg genoeg opgemerkt, in plaats van pas wanneer de situatie al vastloopt? Ten tweede mandatering: wie heeft de bevoegdheid om te bepalen dat een cliënt richting een



zwaardere ondersteuningsvraag (ADL+) verschuift, en volgens welke criteria? Voor geen van beide bestaat nu een eenduidig antwoord of stappenplan. Verschillende regiobijeenkomsten pleiten voor een periodiek multidisciplinair overleg (MDO) om dit per casus te beoordelen, met behoud van de regie bij de cliënt — maar ook dat instrument is nog niet verder uitgewerkt.

Scholing zonder zorginstelling te worden

Hoe verhoudt scholing in complexere zorg (bijvoorbeeld GGZ-basiskennis, dementie, VIG-niveau) zich tot het uitgangspunt dat Fokus geen traditionele zorginstelling wil worden? Diverse regiobijeenkomsten pleitten voor meer differentiatie in functies; even zoveel deelnemers waarschuwden dat te veel verpleegkundige expertise intern het concept juist zou uithollen.

Een cliënt gaf tijdens de regiobijeenkomsten expliciet aan terughoudend te willen zijn met het uitbreiden van taken en samenwerkingsvormen, uit zorg dat dit ten koste gaat van de eenvoud en overzichtelijkheid van het Fokusconcept.

Hoe noemen we onszelf?

Hoe noemen we onszelf? De schets advies en de aanscherping stellen deze vraag met nadruk: 'zorgorganisatie' dekt de lading onvoldoende, maar een alternatief is nog niet gevonden. Dit is meer dan een woordkeuze — de naam waarmee Fokus zichzelf aanduidt, bepaalt mede hoe cliënten, medewerkers en externe partijen de grenzen van het concept begrijpen. De positiepaper van de Cliëntenraad Fokus reikt hier een aanknopingspunt aan met het onderscheid tussen 'assisteren' en 'zorgen' als kernidentiteit — zonder dat dit overigens al een pasklaar antwoord op de naamvraag geeft.

Domotica versus urenafname

Een dilemma dat raakt aan de grens tussen eigen regie en zorgindicatie: cliënten die zelf investeren in hulpmiddelen, domotica of andere oplossingen om zelfstandiger te blijven, lopen het risico dat hun geïndiceerde ADL-uren daardoor worden verminderd. Andersom wordt soms druk uitgeoefend om hulpmiddelen te gebruiken die voor de medewerker sneller werken, maar voor de cliënt nadelig zijn voor het behoud van eigen mobiliteit en spierkracht. Dit speelde expliciet bij een cliënt die na een operatie haar transfers zelf wilde blijven doen: eigen regie zou hier moeten betekenen dat de keuze van de cliënt over de eigen zelfredzaamheid wordt gerespecteerd, ook als dat meer tijd kost en dat eigen investeringen in zelfredzaamheid niet worden 'afgestraft' met minder uren.

Eerst de basis op orde

Een cliënt schreef een kritische reactie op de terugkoppeling van een bijeenkomst: de toon van het verslag was volgens haar te positief en deed onvoldoende recht aan de frustratie en het wantrouwen dat ook is geuit. Haar kernpunt: meer externe samenwerking en verpleegkundige inzet vergroten het risico dat Fokus opschuift richting een traditionele zorgorganisatie; veel genoemde problemen (personeelsverloop, wisselende medewerkers, gebrekkige communicatie) zijn uitvoeringsproblemen, geen conceptproblemen, en verdienen eerst aandacht vóór taakuitbreiding wordt overwogen.



BIJLAGE C

Thema 2

Cliënten vinden, binden en behouden

Relatie met kernrapport

Dit thema bevestigt de noodzaak van scherpere keuzes rond doelgroep, instroom en passendheid van het Fokusconcept.

Instroom: signalen uit de regiobijeenkomsten

- Fokus weet de potentiële cliënten onvoldoende te vinden. Lopende initiatieven om te werven, worden niet efficiënt genoeg ingezet.
- Voor de werving van cliënten werd het idee van een accountmanager of relatiebeheerder per regio genoemd, die structureel relaties opbouwt met verwijzers en samenwerkingspartners (zie ook bijlage E).
- Het instroomproces wordt door recente cliënten als klantenvriendelijk ervaren: soms twaalf weken wachttijd voor een eerste screening, onduidelijkheid over wie je moet bellen, en complexe aanvraagformaliteiten.
- Sinds de vroegere adviseursrol (intake en matching tussen cliënt en concept) is verdwenen, is er minder sturing op instroom en is de doelgroep wat vervaagd (Rode draad, 22 mei).
- Doordat cliënten zich op steeds hogere leeftijd melden, werd geopperd om bij de intake al rekening te houden met de verwachte periode dat iemand nog bij Fokus zou kunnen wonen.
- De focus is de afgelopen jaren verschoven van het vinden van een passende cliënt naar het vullen van woningen — en de wachtlijsten zijn verdwenen.

VOORBEELD

Tijdens een van de kampvuorgesprekken opperde een groep deelnemers een concreet idee om leegstand aan te pakken: leegstaande Fokuswoningen tijdelijk inrichten als vakantiewoning voor cliënten van andere projecten. Zo blijft een woning die nog niet structureel bewoond is toch nuttig ingezet, in plaats van enkel te wachten op een nieuwe vaste bewoner. Het voorbeeld laat zien dat cliënten zelf al meedenken over praktische oplossingen voor het instroomvraagstuk, verder dan alleen het signaleren van het probleem.

Behoud en herbeoordeling

- Op een van de regiobijeenkomsten werd geconcludeerd dat de jaarlijkse evaluatiegesprekken (CGM-gesprekken) expliciete aandacht zouden moeten geven aan de vraag of Fokus nog passend is voor de cliënt — een aandachtspunt juist omdat dit nu niet structureel gebeurt.
- Financieringsschotten (botsende indicaties tussen bijvoorbeeld Wmo, Wlz en het ADL-budget) werden tijdens een regiobijeenkomst als structureel knelpunt benoemd bij overgangen tussen zorgvormen.



- De minimale afname van vijf uur ondersteuning per week wordt door meerdere regiobijeenkomsten en het veranderteam als belangrijke ondergrens genoemd, zowel voor de identiteit van het concept als voor de financiële houdbaarheid. Concreet voorstel: deze ondergrens ook vertalen naar een financiële consequentie, zodat bij minder afname dan vijf uren wel deze vijf uren worden betaald.

Coördinatie tussen zorgvormen als knelpunt

Cliënten worden in de praktijk vaak geacht zelf een coördinatorrol te vervullen tussen al hun zorgvormen (Wmo, Fokus, zorgverzekeringswet/thuiszorg/wijkverpleging, huisarts, apotheek). Deze organisaties hebben soms tegenstrijdige belangen, terwijl van cliënten die al veel energie nodig hebben voor hun dagelijks functioneren, deze coördinerende rol niet altijd kan worden verwacht.

VOORBEELD

Een cliënt beschrijft hoe de WMO een douchestoel toekende die niet in hoogte verstelbaar was, waardoor ADL-assistentie bij het douchen niet meer mogelijk was. Op navraag reageerde de WMO dat zij er zijn voor de cliënt, niet voor de ADL-assistent.

Onbenutte samenwerkingspartners bij instroom en behoud

Stichting MEE werd door meerdere deelnemers genoemd als organisatie die cliënten en kandidaten kan ondersteunen bij het aanvragen van hulpmiddelen en het navigeren door het zorgstelsel — een aanvulling op de coördinatieproblematiek hierboven, die bij Fokus nog onvoldoende bekend of structureel ingezet wordt.

Ook plaatselijke klusdiensten en vrijwilligersorganisaties (klusbussen) kunnen waardevol zijn voor cliënten zonder familie in de buurt; er bestaan al een dergelijke samenwerkingen, maar niet in een georganiseerde, Fokusbrede vorm.

Dilemma's bij dit thema

Begeleiden bij instroom: ontzorgen of regie overnemen?

Moet Fokus een begeleidende rol spelen bij instroom van nieuwe cliënten? Vóór: cliënten die plotseling een beperking krijgen, raken overweldigd door de hoeveelheid informatie en zouden gebaat zijn bij optionele begeleiding. Tegen: eigen regie is het fundament van Fokus; als Fokus deze regie overneemt, ondermijnt dat het kernprincipe, en er bestaan al onafhankelijke cliëntondersteuners die deze rol kunnen vervullen. Nuance uit de gesprekken: het gaat niet om het overnemen van levenskeuzes, maar om praktische wijziging in processen en woningaanpassingen.

CIZ-criteria: doelgroep verbreden of grens bewaken?

Meerdere regiobijeenkomsten bespraken de striktheid van de CIZ-indicatie: cliënten die niet volledig rolstoelafhankelijk zijn, mogen nu niet naar Fokus. Vergrijzing en het overheidsbeleid gericht op langer thuis wonen vergroten de potentiële doelgroep als deze eis wordt versoepeld, maar de vijf-uursnorm moet dan strikter gehandhaafd blijven om te voorkomen dat Fokus een 'afvoerputje' wordt voor zorg die elders niet belegd kan worden en dat cliënten bij Fokus komen vanwege de woning en niet de zorg.



Op tijd het gesprek over passendheid

Hoe wordt eerlijk en tijdig het gesprek gevoerd over passendheid bij toenemende zorgzwaarte, zonder dat dit als dreiging met uitstroom aanvoelt? Cliënten willen niet overvallen worden. Dit vanaf nu beter oppakken vanuit Fokus neemt niet weg dat er dan nog steeds een groep cliënten is waarvoor geldt dat dit 'station' al is gepasseerd. Zij zijn ontevreden en willen weg, of hebben de dienstverlenings-overeenkomst met Fokus opgezegd, maar wonen nog steeds in een Fokuswoning. Daar heeft Fokus nu nog niet voldoende antwoord op, of handvatten voor.



BIJLAGE D

Thema 3

Medewerkers vinden, binden en behouden

Relatie met kernrapport

Deze signalen onderbouwen waarom het kernrapport werving niet langer als enige antwoord ziet, en behoud en ontwikkeling van medewerkers vooropstelt.

Waarom medewerkers vertrekken, en wat hen zou binden

- Salarisongelijkheid tussen nieuw en langer zittend personeel: nieuwkomers en zzp'ers verdienen soms meer dan ervaren vaste medewerkers.
- Onaantrekkelijke roosters met veel korte diensten; concurrentie van beter betalende zorgorganisaties.
- Medewerkers die eerder een VIG-opleiding volgden, mogen die kennis bij Fokus niet inzetten — een gemis aan doorgroeimogelijkheden.
- Onbetrouwbare uitzendkrachten (afmelden vlak voor dienst, geen consequenties) ondermijnen het vertrouwen van cliënten, terwijl deze flexibele schil op korte termijn wel nodig is voor bezetting.
- Overbelasting van populaire of ervaren ADL'ers door claimgedrag van cliënten — een scheve verdeling die onvoldoende wordt gesignaleerd en besproken.

VOORBEELD

Fokus beschikte vroeger over een systeem waarin cliënten jaarlijks anoniem feedback konden geven op ADL-assistenten. Dit systeem is afgeschaft, maar wordt op meerdere regiobijeenkomsten nu gemist als instrument voor wederzijds leren en waardering.

Op vrijwel elke bijeenkomst kwam het belang van een 'zorghart' terug: medewerkers die zorgen voor een ander als drijfveer hebben, verantwoordelijkheid nemen, collegiaal en proactief zijn, grenzen stellen waar nodig, zich aan afspraken houden en eerlijk zijn. Vanuit de mailbox is gemeld dat medewerkers met een 'belabberde werkhouding' (lange wachttijden laten ontstaan, cliënten vermijden, roddelen, te laat komen) nauwelijks worden aangesproken door de teamleider, wat collega's met wél een zorghart uitput.

Een medewerker met 25+ dienstjaren maakt zich zorgen dat nieuw personeel financieel en qua aandacht wordt bevoordeeld ten opzichte van lang zittend personeel — een signaal dat om een zorgvuldige, evenwichtige aanpak van beloning en waardering vraagt.



VERHAAL

Verzuim is een onderwerp dat vanuit het veranderteam zelf is ingebracht: het verzuimcijfer is hoog en vormt een groot probleem. Een concrete casus die intern is gedeeld: iemand meldt zich al twee keer ziek tijdens de proeftijd, wordt desondanks aangenomen, en valt vervolgens ook in vaste dienst regelmatig uit.

Scholing, bekwaamheid en veilige bezetting

Diverse regiobijeenkomsten pleitten voor differentiatie tussen ADL-scholing, EVA en ADL+ (complexere, met name psychosociale zorg). Tegelijk is scholingscapaciteit nu beperkt: op sommige locaties mag maar één medewerker per keer mee met een opleiding. Ook is training in assertiviteit en weerbaarheid tegenover grensoverschrijdend gedrag, en goede opvang na incidenten, minstens zo vaak genoemd als vakinhoudelijke scholing. Scholing is overigens niet alleen een vraagstuk voor medewerkers: zie bijlage F (thema 5, 'Wederzijds leren') voor het signaal dat ook cliënten baat kunnen hebben bij scholing, bijvoorbeeld in het geven van duidelijke aanwijzingen.

VOORBEELD

Een tegengeluid bij functiedifferentiatie: een medewerker op oudere leeftijd geeft aan geen behoefte meer te hebben aan scholing of taakuitbreiding richting complexere (EVA-)handelingen. Dit maakt zichtbaar dat het veranderteam bij verbreding van taken ook moet nadenken over wat er gebeurt met medewerkers die dat niet kunnen of willen — zij blijven evenzeer nodig voor de kern van ADL-assistentie.

Op meerdere locaties staat soms nog maar één medewerker om alle cliënten te bedienen, terwijl sommige cliënten twee medewerkers vereisen voor hun verzorging. Dit leidt niet alleen tot lange wachttijden (soms wel twee uur lang 's ochtends), maar ook tot onveilige situaties: bij een calamiteit moet een medewerker kiezen naar welke cliënt hij of zij eerst gaat. Concreet werd geopperd hiervoor een minimumnorm voor veilige bezetting per dienst vast te leggen.

VOORBEELD

Een cliënt met beademingszorg geeft aan dat medewerkers eerst een opleiding moeten volgen voordat zij bij haar mogen komen, maar dat zij daarna vaak snel weer vertrekken vanwege betere betaling elders — waardoor de investering in scholing zich niet uitbetaalt in stabiele zorg.

Naast de personeelsomvang wordt ook de kwaliteit van ingezet personeel genoemd als knelpunt: cliënten melden dat soms uitzendkrachten worden ingezet zonder affiniteit met zorg of met mensen met een beperking, en dat basistaken (zoals het aantrekken van steunkousen) niet altijd correct worden uitgevoerd — soms zelfs door coaches die de betreffende vaardigheid zelf niet beheersen. Concreet voorstel hierbij: zorgaffiniteit als harde, toetsbare eis opnemen bij de werving van invallers en uitzendkrachten.



Werving, selectie en teamontwikkeling

Op een van de regiobijeenkomsten werd gepleit voor betere selectie van nieuwe medewerkers, zodat zij passen bij zowel het team als de cliënt.

Een ander voorstel dat hierbij aansluit: op scholen voorlichting geven over het beroep en het bestaan van Fokus — om jongeren vroeg bewust te maken van deze loopbaanmogelijkheid, ook bijvoorbeeld voor een tussenjaar. Ook meer strategische, vooruitkijkende personeelsplanning werd genoemd als tegenhanger van het nu vaak ad-hoc invullen van openstaande diensten.

VOORBEELD

Op één locatie zijn in twee jaar tijd vijftien medewerkers vertrokken — een concreet cijfer dat het belang van betere selectie en begeleiding onderstreept.

Genoemd werd ook het belang van wederzijds begrenzen (managers, teamleiders én collega's die elkaar aanspreken wanneer gedrag te ver gaat), investering in scholing over specifieke ziektebeelden zoals niet-aangeboren hersenletsel, en het erkennen van successen: teams die onderbezet doordraaien verdienen waardering, niet alleen de aanmoediging om harder te werken.

Dilemma bij dit thema

Eerlijke verdeling van teamtaken

De verdeling van teamtaken is volgens een teamleider niet altijd eerlijk en hangt sterk af van toeval: wie zich opwerpt, en hoeveel personeel er op dat moment is. Dit vraagt om een bewustere, minder toevallige verdeling (maak gebruik van het talent van ADL-medewerkers) — zonder de flexibiliteit te verliezen die in de praktijk ook nodig is.



BIJLAGE E

Thema 4

Zichtbaarheid & samenwerking met de buitenwereld

Relatie met kernrapport

Deze signalen laten zien waarom het kernrapport aanbeveelt dat Fokus zichtbaarder en actiever wordt gepositioneerd, en vragen om een keuze over welke samenwerkingen noodzakelijk zijn.

Zichtbaarheid en naamsbekendheid

- Diverse regiobijeenkomsten noemen onafhankelijk van elkaar dat huisartsen, ziekenhuizen, revalidatiecentra en gemeenten niet weten wat Fokus is of doet.
- Op een van de regiobijeenkomsten werd voorgesteld om elke cliënt folders mee te geven om te verspreiden in het eigen netwerk (huisarts, fysiotherapeut, ziekenhuis).
- Op een van de regiobijeenkomsten werd gewezen op instellingen voor niet-aangeboren hersenletsel (zoals de Sint Maartenskliniek) als kansrijke, onderbenutte verwijzers, en op het risico dat Fokus een 'afvalput' wordt voor zorg die andere partijen liever niet meer oppakken.

VOORBEELD

Verpleegkundig coaches van Fokus hebben geen toegang tot het ziekenhuisdossier van hun eigen cliënten, waardoor zij niet tijdig worden betrokken bij ontslagplanning. Cliënten worden daardoor soms zonder adequate voorbereiding naar huis ontslagen, ook nadat een coach van Fokus had geadviseerd dat dit niet verantwoord was.

Naast folders en gastlessen werden concreet ook sociale media genoemd als onderbenut kanaal voor profilering (Hulp.nl, Facebook, TikTok), en het idee om cliënten een kaartje met contactgegevens mee te geven dat zij eenvoudig kunnen doorgeven bij een ziekenhuisbezoek of ander contactmoment.

VOORBEELD

Een Wlz-indicatie is in theorie een alternatief voor cliënten die niet meer thuis kunnen wonen, maar blijkt in de praktijk moeilijk te verkrijgen — wat de doorstroommogelijkheden vanuit Fokus beperkt.



Kennis van het lokale aanbod

Op minstens vier regiobijeenkomsten onafhankelijk van elkaar genoemd: het ontbreekt aan een actuele zorgkaart of sociale kaart per locatie of gemeente. Teamleiders en ADL'ers weten niet altijd naar welke externe organisaties zij kunnen doorverwijzen bij vragen buiten het ADL-domein.

Ook voor nieuwe bewoners werd een sociale kaart genoemd: bij instroom informeren over voorzieningen, activiteiten en de sociale omgeving in de buurt — dit draagt bij aan participatie en welzijn, zonder de zorglast te verhogen.

Ook de WMO biedt meer dan bij cliënten en medewerkers bekend is: dagbesteding, financiële ondersteuning en woningaanpassingen. In sommige gemeenten bestaan subsidieposten van circa 20.000 euro voor woningaanpassingen. WMO-consulenten zijn gespecialiseerd in het in kaart brengen van behoeften via keukentafelgesprekken, en ook de onafhankelijke cliëntondersteuner — een gratis voorziening in elke gemeente — is weinig bekend maar potentieel waardevol.

Samenwerkingsrelaties en nieuwe rollen

Een ADL-medewerker bepleit in de mailbox uitgebreid om Fokus te positioneren als kennispartner en expertisecentrum voor zelfstandig wonen met een fysieke beperking, in plaats van uitsluitend uitvoerder van assistentie: advies aan gemeenten, ondersteuning bij Wmo-aanvragen, en een vaste rol bij hulpmiddelenaanvragen. Onderliggend probleem: Fokus wordt nu vaak pas achteraf geconfronteerd met besluiten van leveranciers en hulpverleners, terwijl er juist veel praktijkkennis in huis is die (kostbare) missers zou kunnen voorkomen.

- Huisartsen, als logische schakel in de afstemming rondom cliënten.
- WMO, gemeente en woningcorporaties — structureel contact is nu niet formeel belegd
- Onderwijsinstellingen (ROC's, hogescholen): stageplekken en gastlessen, ook als wervingskanaal voor nieuwe medewerkers.
- Revalidatiecentra en revalidatieartsen, voor doorverwijzing en het verminderen van leegstand.
- Vrijwilligers en maatjesprojecten, met behoud van de grens dat mantelzorg geen structurele oplossing mag zijn.

VOORBEELD

Vanuit de mailbox is een concreet voorstel gedaan om bij eenvoudige wondzorg samen te werken met de wijkverpleging: een thuiszorgmedewerker instrueert de ADL'er, onder een uitvoeringsverzoek voor risicovolle handelingen, zodat de cliënt de eigen regie behoudt. De verpleegkundig coaches van Fokus reageerden genuanceerd: sommige handelingen (zoals zwachtelen) zijn te specifiek en risicovol om aan ADL'ers over te dragen; eenvoudige, genezende wonden zijn wel denkbaar onder supervisie van de wijkverpleging.

- Een deelnemer stelde voor om de samenwerkingsvraag ook om te draaien: op momenten dat ADL-medewerkers minder bezet zijn, zouden zij breder inzetbaar kunnen zijn voor ouderen of zorgbehoevenden in de directe omgeving van een project — Fokus als aanbieder richting de wijk, niet uitsluitend als ontvanger van doorverwijzingen.



- Ook samenwerking met zorgopleidingen (mbo) kwam herhaaldelijk terug: stageplekken, het aantrekken van uitvallers uit verpleegkundige opleidingen, en begeleiding van ADL-medewerkers naar een niveau-3 kwalificatie — wat zowel instroom als deskundigheid vergroot.
- Een cliënt pleit uitgebreid en met overtuiging voor contact met Buurtzorg als organisatie om van te leren: bekroond als beste werkgever in de zorg, hoge cliëntwaardering, financieel gezond, en dat alles met een minimale managementlaag. De suggestie: Fokus zou het gesprek kunnen aangaan, desnoods alleen om mee te denken en te adviseren.
- Een ADL-medewerker oppert onafhankelijk daarvan samenwerking met buurtzorg, thuiszorg en mantelzorgers in de buurt. Ook tijdens een online bijeenkomst werd samenwerking met buurtzorg, thuiszorg, wijkverpleging en aanleuners genoemd als denkrichting.
- Ook zorgreservisten — een landelijk beschikbare mogelijkheid — werden genoemd, al bleek deze optie binnen Fokus nog onbekend.
- Bij complexe casuïstiek waarin meerdere organisaties betrokken zijn (huisarts, verpleegkundige, transfercoach, WMO), kan het multidisciplinair overleg (MDO) — dat in bijlage B wordt genoemd als instrument om zorgzwaarte per cliënt te beoordelen — ook dienen om gezamenlijk te bepalen wat Fokus kan blijven bieden en wat elders beter belegd is.
- Een terugkerend principe uit de kampvuurgesprekken verdient hier vermelding: 'niet over ons, maar met ons' — ook waar het gaat over de vraag wanneer en met wie Fokus extern samenwerkt. Cliënten willen inspraak in wie hen ondersteunt, ook wanneer dat een externe partij is.

Dilemma's bij dit thema

Hoe ver reikt de samenwerking?

Hoe ver reikt de rol van Fokus in samenwerking met andere partijen, zonder de kern (ADL-assistentie) te verwateren of een traditionele zorginstelling te worden? Cliënten en medewerkers zijn hierin verdeeld: sommigen bepleiten uitbreiding van het eigen zorgaanbod (bijvoorbeeld met VIG-niveau of huishoudelijke hulp) om financieel sterker te worden, anderen willen juist dat Fokus 'bij zijn leest blijft' en verpleegkundige zorg bij gespecialiseerde partijen laat. Dit raakt direct aan de vraag hoe Fokus voorkomt dat het de partij wordt die overblijft wanneer andere partijen zich terugtrekken — tijdens meerdere bijeenkomsten werd gewaarschuwd dat huisartsen en ziekenhuizen er vaak vanuit gaan dat Fokus 'het wel regelt', zonder dat daar afspraken over zijn gemaakt. Ook de rol van het informele netwerk van cliënten is onderdeel van dit vraagstuk: een breed gedeeld en stevig standpunt is dat mantelzorg geen structurele oplossing mag zijn als het Fokus niet lukt — cliënten kiezen bewust voor Fokus om hun naasten juist te ontlasten — terwijl er in de praktijk wel meer draagvlak is voor het inzetten van vrijwilligers voor lichte hand- en spandiensten.

Bewust onzichtbaar, maar geïsoleerd

De historische keuze voor onzichtbaarheid — bewust op de achtergrond blijven — wordt op meerdere regiobijeenkomsten expliciet benoemd als dilemma: de intentie is goed en mooi, maar het heeft Fokus in een isolement gebracht. In zorggevoelige wijken is het bovendien onwenselijk dat niet bekend is welke locaties Fokuswoningen zijn.



Grens tussen hand- en spandiensten en zorg

Een cliënt waarschuwt nadrukkelijk tegen te ver doorschietende externe samenwerking: het inzetten van buurtbewoners, vrijwilligers of familie voor persoonlijke zorg zou neerkomen op het afschuiven van Fokus' eigen verantwoordelijkheid, en botst met de toezegging dat Fokus zelf 24/7 verantwoordelijk blijft voor veilige, verantwoorde ADL-assistentie. Ook wijst zij op privacyrisico's wanneer mensen uit de directe woonomgeving worden ingezet. Deze grens — praktische hand- en spandiensten wel, persoonlijke zorg niet — wordt in meerdere bijeenkomsten bevestigd.

Wie is verantwoordelijk bij meerdere zorgpartijen?

Wie is verantwoordelijk wanneer er iets misgaat bij een cliënt die door meerdere organisaties tegelijk wordt ondersteund? Dit juridische vraagstuk is in meerdere regiobijeenkomsten opgeworpen en is nog niet beantwoord.

Vrijwilligers via UWV: waar ligt de grens?

Op een van de regiobijeenkomsten werd gesuggereerd om via het UWV mensen met afstand tot de arbeidsmarkt te laten re-integreren als vrijwilliger bij Fokus, voor lichte, niet-medische taken zoals huishoudelijke ondersteuning en hand- en spandiensten. Dit roept meteen de vraag op waar de grens ligt tussen waardevolle aanvullende inzet en het risico dat professionele zorgtaken alsnog bij informele krachten terechtkomen — een grens die volgens meerdere deelnemers hard bewaakt moet blijven.



BIJLAGE F

Thema 5

Dialogo, communicatie & bejegening

QUOTE

“Waar niet gecommuniceerd wordt, ontstaan altijd problemen.” — veelgehoord tijdens de regiobijeenkomsten.

Relatie met kernrapport

Deze signalen onderbouwen de kernrichting van reactieve naar structurele, proactieve dialoog.

Communicatie tussen medewerker en cliënt

- Cliënten melden verder dat zij bij het vertrek of de komst van een medewerker vaak geen enkele informatie ontvangen.
- Communicatie van management naar medewerkers verdient volgens meerdere deelnemers meer zorg en respect: mails met typefouten of vluchtig opgestelde berichten geven het gevoel dat medewerkers niet serieus worden genomen.
- Cliënten geven via de mailbox aan dat besluiten soms 'over hun hoofden heen' worden genomen, en dat onverwachte wijzigingen in personeel of regels onveiligheid en wantrouwen veroorzaken.

Genoemde tip: heldere communicatielijnen, en interne teamzaken die via de teamleider lopen in plaats van rechtstreeks bij cliënten terechtkomen.

Wachttijden als communicatie- én capaciteitsvraagstuk

Uit de mailbox: lange wachttijden komen terugkerend voor, soms drie kwartier tot een uur, ook voor toiletgang; onderbroken en onvolledige assistenties (bijvoorbeeld wel geholpen bij toiletgang maar niet bij eten) leiden tot extra belasting. Genoemde oplossingsrichtingen vanuit cliënten: werken op afspraak in plaats van uitsluitend op afroep voor voorspelbare momenten, een groter team per shift, en een betere spreiding van ervaren en nieuwe medewerkers per dienst.

Vanuit de mailbox is voorgesteld om korte hulpvragen (zoals drinken inschenken) via een apart, sneller circuit te laten lopen, los van lange verzorgingsmomenten — zodat een korte vraag niet steeds achter een langdurige assistentie hoeft te wachten.



VERHAAL

“Als ik al lang moet wachten en dan ook nog niet kan eten, dan weer opnieuw oppiep en moet wachten, heb ik pas om 15.00 uur lunch.” — cliënt, via de mailbox.

VOORBEELD

Een cliënt beschrijft een al meer dan twee jaar lopend, tot nu toe onopgelost conflict: één cliënt met een zeer zware zorgvraag trekt zoveel capaciteit dat andere cliënten op hetzelfde project structureel moeten wachten.

Wederzijds leren: niet alleen medewerkers, ook cliënten

Een tegengeluid dat op meerdere bijeenkomsten terugkwam: het geven van duidelijke aanwijzingen is een vaardigheid op zich, niet vanzelfsprekend aanwezig bij elke cliënt, en vroeger een expliciete toelatingseis bij Fokus. Eigen regie hebben en heldere aanwijzingen kunnen geven zijn twee verschillende dingen.

Een vergelijkbaar signaal: niet alleen medewerkers, maar ook cliënten kunnen baat hebben bij scholing, namelijk in het geven van duidelijke aanwijzingen.

VOORBEELD

Een ADL-assistent bracht in dat het ook voor cliënten waardevol zou zijn om te ervaren hoe het is om aan iemands bed te staan en een onduidelijke aanwijzing te ontvangen.

Belevingsdagen waren voorheen een geslaagde manier van verbinding maken en wederzijds begrip creëren tussen cliënt en medewerker, er kwamen vanuit de regiobijeenkomsten enthousiaste geluiden om dit weer op te pakken. Cliënten kunnen mogelijk ook een rol spelen in trainingen.

Er werd ook gewaarschuwd voor het omgekeerde risico: als de kring van ADL-assistenten iemands enige wereld wordt, wordt eigen regie op die manier juist een benauwde omgeving in plaats van een bevrijdende. Eigen regie is een middel om een zelfstandig leven te kunnen leiden, geen doel op zich.

Dilemma's bij dit thema

Voorkeur voor een vrouwelijke assistent

Cliënten geven soms aan liever geen mannelijke ADL-assistent te willen; sommige medewerkers ervaren dit als kwetsend en het leidt tot een ongelijke werkverdeling. Tegelijk speelt voor cliënten met een trauma-achtergrond een reëel en invoelbaar gevoel van onveiligheid bij een onbekende mannelijke medewerker mee. Dit maakt het onderwerp niet zwart-wit.

Op afroep of (deels) gepland?

Moet Fokus overstappen op (deels) geplande zorg in plaats van uitsluitend 24/7 op afroep?



Tijdsafspraken maken zou de wachttijdproblematiek kunnen verlichten (dit gebeurt al op veel locaties), maar staat op gespannen voet met het uitgangspunt dat ADL-assistentie altijd op afroep beschikbaar is. Personeelstekorten maken geplande zorg in de praktijk soms onvermijdelijk. Daarom stellen sommigen cliënten zelf al voor om deels op afspraak te gaan werken (mits in overleg en niet als vaststaand gegeven). Anderzijds vrezen cliënten ook voor verlies van vrijheid en eigen regie.

Wederzijds professioneel gedrag

De wisselwerking tussen medewerkers en cliënten vraagt professioneel gedrag van beide kanten: een slechte dag van de één mag niet worden afgewenteld op de ander. Dit ligt gevoelig, omdat het risico bestaat dat het te snel als verwijt bij één partij wordt neergelegd, terwijl het in de praktijk om een wederzijdse verantwoordelijkheid gaat.

Rooster delen: transparantie of privacy?

Een cliënt beschrijft hoe het delen van roosterinformatie met cliënten op haar project is verboden, uit zorg voor misbruik door enkelen, terwijl er ook behoefte is aan transparantie en rekening kunnen houden met drukte. Een ADL-medewerker bevestigt dat het wel of niet delen van het rooster ook tussen medewerkers onderling voor spanning zorgt. Een algeheel verbod doet geen recht aan individueel maatwerk; een gesprek hierover zou gericht zijn.



BIJLAGE G

Thema 6

Sturing, rolduidelijkheid & uitvoeringskracht

VERHAAL

Een praktijkvoorbeeld dat via de mailbox is gedeeld: op een project maakte de manager het grote verschil. Nadat de ene manager was vertrokken en de andere gekomen, waren binnen één gesprek en na één week al een aantal langlopende knelpunten opgelost — de nieuwsbrief die drie jaar niet was verstuurd kwam terug, en cliënten voelden zich voor het eerst in lange tijd weer gehoord.

Relatie met kernrapport

Deze signalen onderbouwen waarom het kernrapport een verschuiving van persoonsafhankelijke naar systeemafhankelijke sturing aanbeveelt, en de keuze die dit vraagt over welke bevoegdheden decentraal komen te liggen.

Signalen over sturing

- Managementwisselingen leiden regelmatig tot verlies van kennis over cliënten en tot herhaling van eerdere discussies (meerdere regiobijeenkomsten).
- Vanuit een managersperspectief (mailbox): doordat besluitvorming is gecentraliseerd, blijven signalen uit de dagelijkse praktijk nóg langer buiten beeld; sturingsindicatoren zoals productiviteit en verzuim laten vooral zien wát er is gebeurd, niet waarom.
- Diezelfde manager onderscheidt twee voorwaarden voor succesvolle verandering: bevlogenheid en een gezonde werkomgeving. Bevlogenheid zonder een gezonde werkomgeving leidt tot frustratie en vertrek; een gezonde werkomgeving zonder bevlogenheid leidt tot meewerken zonder energie. Beide zijn nodig, en volgens deze inbreng ontbreekt het Fokus nu vooral aan zicht op de werkomgeving-kant.
- Op een van de regiobijeenkomsten werd gepleit voor korte lijnen en duidelijke overlegstructuren op projectniveau, en voor heldere kaders over wanneer een medewerker 'nee' mag zeggen.
- De term 'teamleider' is door meerdere cliënten bekritiseerd, omdat die een scheiding tussen 'het team' en cliënten lijkt te suggereren, terwijl teamleiders er ook voor cliënten zijn.
- Een ADL-medewerker met managementervaring bepleit in de mailbox om minder te sturen op productiviteits- en efficiëntiecijfers — die passen slecht bij een concept waarin assistentie per definitie maatwerk is — en meer op cliënttevredenheid, de mate waarin cliënten regie ervaren, het aantal jaren dat cliënten zelfstandig kunnen blijven wonen, medewerkerstevredenheid en verzuim. Belangrijker dan productiviteit per project is volgens deze inbreng de vraag of een project, binnen de gestelde voorwaarden, de 24/7 assistentie daadwerkelijk kan garanderen.



VOORBEELD

Concreet voorbeeld van bestuurlijke instabiliteit: op één locatie volgden binnen een half jaar drie verschillende teamleiders elkaar op. De melder koppelt dit expliciet aan onrust en verlies van teamstabiliteit — een scherpe illustratie van waarom kennisborging bij wisselingen van teamleider of manager nodig is.

AANBEVELING

Vanuit de mailbox is voorgesteld om structureel te gaan werken volgens de Lean-methodiek. Deze methode is gericht op waarde leveren voor cliënten, medewerkers en de organisatie en het wegnemen van verspillingen in het proces, zoals het terugbrengen van wachttijden en het verbeteren van de samenwerking. Concrete middelen die hiervoor ingezet kunnen worden zijn een dagstart, korte teamoverleggen over knelpunten en het continu verbeteren via KAIZEN per locatie. Op alle Fokusprojecten zijn bovendien verbeterborden opgehangen die hiervoor gebruikt kunnen worden. De mogelijkheden die deze borden bieden worden momenteel nog onvoldoende benut. Er is een landelijk netwerk van zorgorganisaties die volgens Lean werken (LiDZ), waar Fokus structureel bij zou kunnen aansluiten om van andere organisaties te leren. Lean is een concreet instrument dat ingezet kan worden voor meer uitvoeringskracht.

Met het inbedden van de Lean-methodiek kan gebruik gemaakt worden van de expertise van enkele reeds geschoolde medewerkers binnen de organisatie.

AANBEVELING

Als uitgangspunt voor de rolverdeling tussen teamleider en manager beveelt het veranderteam aan: de teamleider is de hoofdregel, de manager de uitzondering. De teamleider draagt de dagelijkse verantwoordelijkheid voor het functioneren van het project ('ken je project'). De manager komt in beeld als uitzondering op die hoofdregel: op het moment dat er signalen zijn dat het niet goed loopt en er ondersteuning, bijsturing of ingrijpen nodig is.

Dilemma bij dit thema

KPI's die niet passen bij het concept

Hoe wordt voorkomen dat KPI-sturing (productiviteit, bezetting) ten koste gaat van de kwaliteiten die het Fokusconcept juist uniek maken, zoals maatwerk en het werken op aanwijzing van de cliënt? Vanuit de mailbox is expliciet de vraag gesteld welke indicatoren wél passen bij het doel van het concept, zoals cliënttevredenheid, ervaren eigen regie en het aantal jaren dat zelfstandig wonen mogelijk blijft, in plaats van uitsluitend efficiëntie-cijfers.



BIJLAGE H

Kompas-bijeenkomst

22 mei 2026 — rode draad, tijdlijn en SWOT-analyse (volledig)

De kompas-bijeenkomst vond plaats op 22 mei 2026 in Utrecht, met de cliëntenraad, ondernemingsraad, Raad van Toezicht, MT en het veranderteam. Doel was een gedeeld beeld te vormen voordat de regiobijeenkomsten van start gingen.

Vier rode draden

De sessie draaide in essentie om één grote vraag: hoe kan Fokus toekomstbestendig worden, zonder zijn oorspronkelijke bedoeling kwijt te raken? Daarin waren vier rode draden zichtbaar.

- 1. Identiteitsvraag: Fokus wil geen klassieke zorginstelling zijn, maar levert inmiddels wél steeds zwaardere zorg. Kerninzicht: niet terug naar vroeger, maar ook niet verder 'verzorgen zonder richting' — bewust kiezen wat je wel en niet bent. Fokus is een zorgorganisatie, maar geen zorginstelling.
- 2. De werkelijkheid is veranderd en loopt voor op het systeem: cliënten hebben complexere zorgvragen, mensen wonen langer zelfstandig, uitstroommogelijkheden ontbreken, en teams worden daardoor zwaarder belast.
- 3. Spanningsveld tussen het ideaalbeeld (zelfstandige cliënt, lichte ADL, kleine nabije organisatie, duidelijke doelgroep) en de huidige realiteit (complexere zorgvraag, zwaardere ondersteuning, afstand en bureaucratie, vervaagde instroom).
- 4. De richting vooruit ligt niet in teruggaan naar het verleden, maar in 'worden wie je bent': terug naar de kern (zelfstandig leven mogelijk maken), aangepast aan de nieuwe realiteit, als onderdeel van een groter geheel (zorgketen, wijk, maatschappelijke context).



SWOT-analyse

Sterktes

- Sterk en onderscheidend Fokusconcept (eigen regie, zelfstandig wonen); hechte teams en betrokkenheid.
- Diepe intrinsieke motivatie en emotionele binding, zowel bij cliënten als medewerkers; hoge mate van trots op het concept.
- Er zijn goed functionerende locaties (good practices) en lerend vermogen aanwezig.

Zwaktes

- Afstand tussen management en werkvloer; verlies van lokale regie en zichtbaarheid; zelfsturing zonder duidelijke randvoorwaarden.
- Onvoldoende regie op instroom van cliënten (historisch gegroeid probleem); verlies van een heldere doelgroep.
- Grote verschillen tussen locaties; gebrek aan vertrouwen in besluitvorming ('jullie hebben het al bedacht'); reactieve in plaats van proactieve organisatie.

Kansen

- Vernieuwen zonder verlies van identiteit; herpositioneren als mensgerichte, betekenisvolle organisatie.
- Positionering als netwerkorganisatie, structurele samenwerking in de zorgketen, gebruik van best practices als voorbeeld.
- Versterken van externe zichtbaarheid en instroom van zowel cliënten als medewerkers.

Bedreigingen

- Waarden die niet zichtbaar zijn in de praktijk; te veel praten, te weinig doen; gebrek aan echte dialoog en vertrouwen.
- Financiële onhoudbaarheid op middellange termijn; afname van cliënten en uren; arbeidsmarktproblematiek.
- Risico op verwatering van het concept; onvoldoende tijd en ruimte voor zorgvuldige verandering.

AANBEVELING

De SWOT laat drie kernspanningen zien: een sterk concept tegenover een veranderde werkelijkheid; grote intrinsieke motivatie tegenover afnemend vertrouwen; en ambitie tot vernieuwing tegenover urgentie en beperkte ruimte. De sleutel ligt in het herstellen van regie én vertrouwen, terwijl het concept opnieuw scherp wordt gepositioneerd.



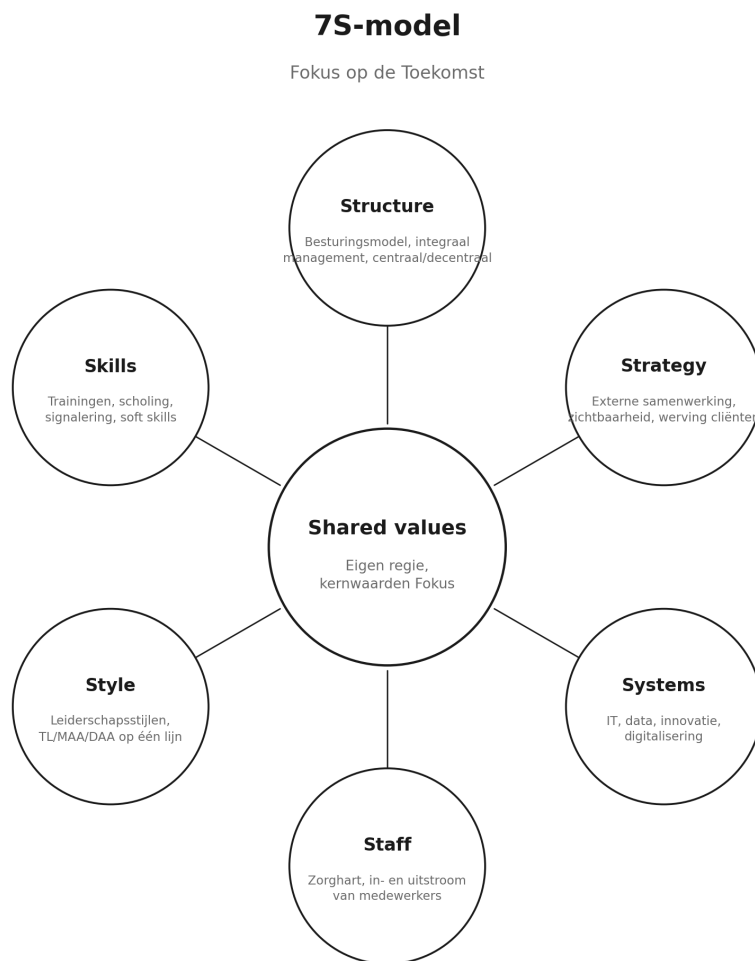
BIJLAGE I

7S-toets

Toetsing van de conclusies aan het 7S-model

Het veranderteam heeft de conclusies uit het kernrapport aanvullend getoetst aan het 7S-model van McKinsey. Dit model onderscheidt zeven elementen die in een organisatie met elkaar samenhangen: Shared values (gedeelde waarden), Structure (structuur), Strategy (strategie), Skills (vaardigheden), Systems (systemen), Style (stijl) en Staff (mensen).

De toets is geen aparte analyse naast het kernrapport, maar een controlemiddel: raken de opgehaalde signalen en aanbevelingen daadwerkelijk alle facetten van de organisatie, of blijven bepaalde elementen onderbelicht? Onderstaand figuur brengt deze zeven elementen in beeld.



Zeven elementen om te toetsen of de conclusies alle facetten van de verandering raken



BIJLAGE J

BVSE-model

Eigen regie: wat moeten we behouden, verbeteren, en waarmee stoppen, of experimenteren?

De Behouden-Verbeteren-Stoppen-Experimenteren (BVSE)-methode is een praktische evaluatietool om processen, gewoontes of aanpakken tegen het licht te houden. Het veranderteam gebruikte deze methode al vroeg in het traject (fase 2) om het Fokusconcept onder de loop te nemen. Onderstaand overzicht is daar de uitwerking van.

BEHOUDEN

Eigen regie als basisprincipe en de 24 uur per dag oproepbare ADL-assistentie: hier is brede steun voor, zowel bij cliënten als in het veranderteam. De vijf kernwaarden (samen verantwoordelijk, gelijkwaardigheid, respect, plezier, betrouwbaarheid) blijven het fundament. Cliënten willen zelf kunnen bepalen wanneer, in welke mate en met welke urgentie ADL-ondersteuning nodig is — zowel ongepland als gepland, 24/7. Ook de mogelijkheid om zelf voor jezelf te kunnen zorgen (hygiëne, op tijd en gezond eten, eigen gezondheid) hoort bij wat behouden moet blijven, evenals de wens om cliënt en ADL'er als team te laten samenwerken — naast elkaar in plaats van tegenover elkaar.

VERBETEREN

Van impliciete naar expliciete, uitlegbare grenzen aan eigen regie. Één kader met ruimte voor maatwerk, in plaats van verschillende interpretaties per locatie en medewerker. Gedeelde verwachtingen bij intake en gedurende het wonen, in plaats van onduidelijkheid die pas later aan het licht komt. Ruimte voor de wensen en voorkeuren van cliënten, mits passend binnen wetgeving, beleid, protocollen, professionele kaders en de planning/bezetting. Meer aandacht voor de balans tussen eigen regie en de kwaliteit van de (leef)omgeving, inclusief het tijdig signaleren van kwetsbare situaties. Naast de mogelijkheid op afroep, ook de optie voor vaste afspraken verkennen.

STOPPEN

Stoppen met het impliciet en per situatie opnieuw bepalen waar de grens van eigen regie ligt — en met de grote verschillen die daardoor ontstaan tussen projecten en locaties in wat wel en niet mag. Eigen regie mag niet worden ingevuld als onbegrensd, grenzeloos of een 'in beton gegoten' recht: niet als vrijbrief voor egocéntrisch gedrag, overheersen, je zin krijgen, of het naast je neerleggen van professionele kaders, standaarden en protocollen. Ook moet gestopt worden met: het zonder gevolgen laten van bijvoorbeeld respectloos gedrag van een cliënt richting een ADL'er; het cliënten alles zelf laten organiseren zonder in te grijpen wanneer zichtbaar is dat het niet lukt; het isoleren van



eigen regie uit de bredere context en omgeving van de cliënt; en de utopie van 'één Fokus' — doen alsof eigen regie voor iedereen op dezelfde manier maatwerk kan zijn, is niet realistisch. Situaties waarin comorbiditeit de ADL-ondersteuning ernstig verzwaart, of waarin 'zorg en dwang' in beeld komt, vragen om een ander antwoord dan de huidige, impliciete aanpak.

EXPERIMENTEREN

Een periodiek multidisciplinair overleg (MDO) om per casus te beoordelen wanneer 'meer zorg' nog passend is binnen het ADL-concept, met een scherper onderscheid tussen signaalfunctie en zorgplicht en een duidelijk mandaat voor de manager om in te grijpen. Een cliëntenportaal of online community verkennen, vanuit de behoefte aan contact en het tegengaan van eenzaamheid. Ruimte voor lokale initiatieven: elke locatie de mogelijkheid geven om, in overleg tussen cliënt, ADL'ers, teamleider en manager, een eigen verbetering door te voeren die bijdraagt aan het doel van veilig en zelfstandig wonen. Het intake- en welkomstgesprek over wat iemand nodig heeft om thuis te wonen en het eigen leven te leiden, niet eenmalig maar periodiek (sowieso jaarlijks) herhalen.