

Regiobijeenkomst Capelle, 9 juni 2026

Deze regionale bijeenkomst van Fokus in Capelle richtte zich op de vraag hoe Fokus haar dienstverlening, ondersteuning aan mensen met een lichamelijke beperking om zelfstandig en veilig te kunnen wonen - met eigen regie - kan behouden en versterken in een complexer wordende praktijk.

Verslag van deel 1 van de bijeenkomst (voor de lunch)

1. Beleefde kloof tussen missie en uitvoering

De bijeenkomst opende met een krachtige oproep om terug te keren naar de kern van Fokus. Een cliënt verwoordde de frustratie van meerdere aanwezigen: de wens is simpelweg gewoon zelfstandig te wonen, maar door toenemende regels, wetten en privacy-eisen voelt het alsof die mogelijkheid steeds verder wordt ingeperkt. De metafoor die werd gebruikt: "Fokus trekt een heel grote broek aan, maar past hem gewoon niet."

Er werd opgeroepen om terug te keren naar de basis: de missie en visie van Fokus. De vraag werd gesteld wanneer de organisatie die daadwerkelijk gaat uitvoeren en wanneer ze weer dienstbaar wordt aan cliënten én medewerkers. Met "dienstbaar" werd bedoeld: dat ADL-medewerkers er gewoon kunnen zijn voor de cliënt, en dat de cliënt gewoon zelfstandig kan wonen, zonder dat de relatie wordt belemmerd door ingewikkelde regelgeving.

Aanvullend werd geopperd dat de verhouding tussen relatie en regels hierin centraal staat: niet per se de relatie boven de regels plaatsen, maar wél erkennen dat wetten en regels het steeds moeilijker maken om Fokus te laten zijn wat Fokus wil zijn.

2. De rol van VWS als opdrachtgever

Naar aanleiding van de vraag in hoeverre het ministerie van VWS concrete beperkingen oplegt, werd door de bestuurder toegelicht hoe deze relatie werkt. VWS is formeel de opdrachtgever en financier van Fokus

(niet een zorgkantoor of zorgverzekeraar) wat de situatie bijzonder maakt. VWS legt echter geen expliciete lijst van eisen op. Zij erkent dat de problematiek complex is, zonder concrete oplossingen aan te reiken.

Wat VWS wél vraagt, is dat Fokus de bedrijfsvoering op orde brengt, omdat publieke middelen worden ingezet. Verder geeft VWS aan dat geen ADL-subsidie mag worden ingezet buiten het ADL-kader, maar laat de organisatie voor het overige grotendeels aan zichzelf over. In de gesprekken die met VWS zijn gevoerd, bleek ook dat het ministerie zelf worstelt met de vraag hoe het ADL-concept toekomstbestendig kan worden gemaakt.

De bestuurder benadrukte daarnaast dat de toename van protocollen, richtlijnen en regels geen recent fenomeen is, maar al jaren speelt. Het werkelijke vraagstuk is: welk antwoord formuleert Fokus hierop? In de praktijk is er op dit moment grote variatie in de kwaliteit van ondersteuning, en dat vraagt om een nieuwe, gedeelde definitie van wat het ADL-concept inhoudt en wat nodig is om het goed te laten functioneren.

3. Diversiteit in beleving van ADL-assistentie

Een deelnemer bracht in dat de discussie te abstract dreigde te worden, omdat iedere cliënt een andere beleving heeft van wat ADL-assistentie inhoudt. De ene cliënt wil simpelweg uit bed worden geholpen; de andere geeft zeer gedetailleerde instructies over elke beweging. Die diversiteit maakt het onmogelijk om vanuit één gedeeld startpunt te redeneren.

Een andere deelnemer voegde toe dat niet alleen cliënten, maar ook ADL-medewerkers in de discussie vertegenwoordigd moeten zijn. De vraag hoe Fokus medewerkers kan behouden en aantrekkelijk kan blijven als werkgever ontbrak in de oorspronkelijke vraagstelling, maar werd expliciet toegevoegd als relevant aandachtspunt.

Een teamleider met ervaring als ADL-assistent illustreerde hoe zij in de praktijk probeert te balanceren: zij voert één-op-één gesprekken met cliënten, stelt zich bereikbaar op voor alle vragen rondom de zorg, en durft af en toe buiten de lijntjes te kleuren om beweging te creëren; ook als dat niet altijd door het management wordt gewaardeerd. Zij benadrukte het belang van een betrouwbare tussenlaag die zowel cliënten als ADL-medewerkers ondersteunt.

4. Toenemende zorgzwaarte: "meer zorg" definiëren

Een belangrijk thema was de toenemende zorgzwaarte onder cliënten van Fokus. Er werd gevraagd om te verduidelijken wat precies wordt bedoeld met "meer zorg", en of dat zorg betreft die Fokus zelf draagt of uitbesteedt.

Een teamleider gaf een concreet voorbeeld: een cliënt die thuiszorg nodig heeft voor taken die Fokus niet kan bieden. Fokus onderhoudt soms wel een kort lijntje met de thuiszorgorganisatie, zodat de cliënt toch zelfstandig kan blijven wonen en betrokkenheid van Fokus behouden blijft, ook als de cliënt zelf niet kan bellen.

Vanuit de bijeenkomst werd ook specifiek aandacht gevraagd voor de toename van GGZ-problematiek (co-morbiditeit) onder cliënten. Fokus ondersteunt deze cliënten op dit moment zo goed als mogelijk, maar beschikt niet over de juiste expertise om hun behoeften goed in te schatten. Dit vraagt om een andere of aanvullende aanpak in de toekomst. Dementie en verslaving werden als aanvullende voorbeelden van complexe zorgsituaties genoemd.

Een deelnemer waarschuwde voor het risico dat Fokus door te veel complexe zorg intern op te nemen een instelling wordt in plaats van een zorgorganisatie. Het onderscheid tussen zorg die Fokus zelf draagt en zorg die wordt uitbesteed aan externe expertise, moet helder worden gemaakt.

5. Grenzen van de doelgroep en toegang tot Fokus

Ook werd de vraag gesteld of er grenzen zijn aan wat Fokus kan en wil opnemen. Vanuit de uitgangspunten die geformuleerd zijn door de bestuurder, werd toegelicht dat huidige cliënten niet zomaar op straat mogen komen te staan. Dat geldt als een harde grens.

De vraag wie er in de toekomst wordt toegelaten tot Fokus, werd als open punt benoemd dat nader en kritisch moet worden bekeken. De groepsgesprekken werden aangeduid als het juiste moment om hierover verder te spreken.

Kampvuurgesprek 1



Na de lunch zijn we in verschillende groepen uit elkaar gegaan en hebben we vanuit verschillende perspectieven gekeken naar de vraag die door Fokus wordt gesteld:

*Hoe kan Fokus er **zelf** voor zorgen dat...*

- *jij als cliënt veilig zelfstandig kan blijven wonen,*
- *jij als medewerker goed je werk kan blijven doen,*
- ...ook als de **zwaarte van de zorg** toeneemt?

Na de groepsgesprekken werd plenair verslag gedaan; per groep is een samenvatting gegeven van wat er in hun gesprekken ter sprake was gekomen.

Groep 1 – Investeren in personeel en relatie ADL'er–cliënt

De eerste groep benadrukte dat de belangrijkste prioriteit ligt bij investeren in personeel. Daarbij gaat het niet primair om opleiding of diploma's, maar om mensen met een zorghart: medewerkers die intrinsiek gemotiveerd zijn voor de zorg en niet louter voor het inkomen. Concreet adviseerde de groep om medewerkers te belonen met loonsverhoging, teamuitjes en aandacht voor teambuilding.

Verder besprak de groep het belang van een goede werkrelatie tussen ADL-medewerkers en cliënten. Historisch waren er positieve voorbeelden van gezamenlijke activiteiten (zoals een buurtbarbecue), maar momenteel wordt samenwerking bemoeilijkt door overdreven angst voor belangenverstrengeling. De groep pleitte voor meer ruimte voor een natuurlijke, collegiale verstandhouding.

Ook werd de kloof tussen beleid en werkvloer benoemd: beleidsmakers missen zicht op de dagelijkse praktijk. De groep vroeg om beter luisteren naar ervaringen van de werkvloer. Ten slotte werd eigen verantwoordelijkheid benadrukt, zowel van cliënten (geen misbruik maken van ADL'ers) als van Fokus (helder communiceren over wat wel en niet tot de taak behoort).

Groep 2 – Open communicatie, intake en grenzen aan eigen regie

Deze groep stelde dat open en tijdige communicatie essentieel is, ook wanneer iemand meer zorg nodig heeft. Cliënten mogen niet overvallen worden door veranderingen. Al bij de intake zou beter in kaart gebracht moeten worden welke zorg iemand nodig heeft en welke andere organisaties al betrokken zijn. Een overzicht hiervan in het cliëntdossier zou de samenwerking kunnen vergemakkelijken.

De groep besprak ook wat eigen regie inhoudt: zelfredzaamheid betekent in staat zijn om een eigen leven te leiden en daarin eigen keuzes te maken. Bij cognitieve achteruitgang (zoals dementie) rijst de vraag of Fokus nog passend is. Maatwerk moet mogelijk blijven, maar willekeur dient vermeden te worden. Medewerkers behouden door ontwikkelingsmogelijkheden te bieden werd eveneens als aandachtspunt ingebracht.

Groep 3 – Zorgbehoefte meten en personeelskwaliteit

Deze groep uitte zorgen over de huidige sturing op wachttijden in plaats van zorgbehoefte. Wachttijden zeggen niets over wat een cliënt nodig heeft, maar slechts over hoe hard medewerkers moeten rennen. De groep pleitte voor het bijhouden van trends in zorgbehoefte en zorguren, en voor snellere actie wanneer iemand meer zorg nodig heeft.

Ook het inwerkproces van nieuwe medewerkers duurt te lang, wat leidt tot overbelasting van reeds bevoegde collega's. Over uitzendkrachten werd opgemerkt dat er onvoldoende consequenties zijn wanneer zij vlak voor een dienst afmelden of helemaal niet verschijnen. Cliënten die melden dat iemand ongeschikt is, worden onvoldoende gehoord.

Een ADL-medewerker voegde toe dat het imago van Fokus op sociale media overwegend negatief is door anonieme klachten, en dat een positiever tegengeluid belangrijk is om goede sollicitanten aan te trekken.

De groep adviseerde ook kortere lijnen met het management om zorg proactief af te stemmen, bijvoorbeeld bij voorzienbare tijdelijke zorgverzwaring (zoals na een operatie).

Groep 4 – Grenzen van de zorg en plan B bij achteruitgang

Deze groep, bestaande uit cliënten, ADL-medewerkers en een partner, besprak wat de grenzen zijn van de zorg die Fokus kan bieden. Het is in de praktijk moeilijk om een cliënt die al lang woont te laten vertrekken. De groep pleitte voor vroegtijdige gesprekken, zowel bij nieuwe als bestaande cliënten, over wat er gebeurt bij achteruitgang (bijvoorbeeld door MS, dementie of psychische problematiek).

Voorgesteld werd een periodiek multidisciplinair overleg (MDO) om de zorgzwaarte te monitoren en te classificeren. Dit voorkomt dat cliënten overvallen worden door besluiten. Ook werd gesuggereerd om bij intake al vast te leggen of Fokus contact mag opnemen met een arts of hulpverlener als dat nodig is.

Open en eerlijke communicatie werd als voorwaarde gezien, waarbij men niet te lang wacht totdat frustraties hoog zijn opgelopen. Durf als organisatie ook grenzen te stellen: niet alles wat iemand nodig heeft valt binnen het ADL-concept.

Groep 5 – Kerntaak bewaken en mbo-denkniveau als wervingscriterium

De vijfde groep benadrukte het belang van de basiskwaliteit van Fokus: de oorspronkelijke cliënt en het ADL-concept mogen niet uit het oog verloren worden. Wanneer iemand psychische problemen heeft, staat een ADL-medewerker alleen aan het bed zonder de benodigde deskundigheid. De groep pleitte voor meer aandacht hiervoor, zonder dat ADL'ers clinici hoeven te worden.

Werving zou meer gericht moeten zijn op mbo-werk- en denkniveau, niet zozeer op formele opleidingseisen. Behoud van medewerkers vraagt om doorgroeimogelijkheden. Scholing op ziektebeelden is wenselijk, maar dan gericht op 'hoe ga ik ermee om' in plaats van medisch-inhoudelijke expertise. Echte specialistische zorg dient van buiten te worden gehaald.

Een ADL-medewerker voegde toe dat continuïteit en stabiliteit in het management belangrijk zijn voor de veiligheid van zowel cliënten als medewerkers. De afgelopen jaren was er te veel wisselend beleid. Ook werd een praktische tip gedeeld: laat medewerkers (met begeleiding) roteren naar andere projecten om de drempel te verlagen en uitwisseling te bevorderen.

Plenaire ronde: kampvuorgesprek 2

Ter voorbereiding op het tweede kampvuorgesprek is gesteld dat samenwerking met externe partijen nagenoeg onvermijdelijk is, gegeven de toenemende zorgzwaarte en het personeelstekort. ADL-medewerkers kunnen niet alles zijn: geen psycholoog, verslavingsdeskundige én verpleegkundige tegelijk. *De vraag aan de deelnemers was: waar zie je mogelijkheden, en waar liggen de grenzen?* We zijn deze keer niet in groepen uiteen gegaan, maar hebben dit onderwerp plenair behandeld. Hierbij kwamen de volgende onderwerpen aan bod.

Behoud van de instroom en kerntaak

Meerdere deelnemers benadrukten dat de instroom van cliënten trouw moet blijven aan het oorspronkelijke Fokus-concept. Samenwerking met externen is zinvol voor zorg die buiten de ADL-taak valt, maar de kerntaak mag niet verwaterd raken. ADL'ers hoeven geen GGZ-expertise te hebben; wel is het nuttig om handvatten te krijgen voor omgang met complexe situaties. Specialistische begeleiding hoort bij externe partijen.

Vrijwilligers en maatschappelijke organisaties

Een deelnemer wees op de mogelijkheden van samenwerking met Welzijn Capelle, waar vrijwilligers met een zorgachtergrond (gepensioneerden) klaarstaan voor ondersteuning. Fokus is echter onbekend bij dergelijke organisaties. Er is iemand nodig die de verbinding legt en dit faciliteert. Vrijwilligers bij Welzijn Capelle zijn verzekerd en ontvangen een vergoeding.

Sociale kaart per project

Een ADL-medewerker stelde voor om per project een sociale kaart op te stellen met lokale voorzieningen (thuiszorg, boodschappenhulp, vervoer, maatschappelijke ondersteuning). Dit hoeft niet te betekenen dat Fokus de coördinatie overneemt, maar zorgt dat cliënten en medewerkers weten waar ze terecht kunnen. Zorgreservisten werden als landelijke mogelijkheid genoemd, maar zijn bij Fokus onbekend.

Grenzen aan samenwerking – laat de cliënt centraal staan

Een deelnemer waarschuwde voor te ver doorschietende samenwerking: Fokus moet bij zijn leest blijven. Een sociale kaart als verwijzingsinstrument is prima, maar coördinatie van externe zorg hoort niet bij de

ADL-taak. Het initiatief voor samenwerking met externe zorg dient zoveel mogelijk bij de cliënt of diens netwerk te liggen, niet bij Fokus. Alleen als dat netwerk er niet is, is meer regie vanuit Fokus noodzakelijk.

PGB als aanvulling

Een deelnemer attendeerde op de mogelijkheid om een PGB (uit ZVW of WMO) te combineren met de ADL-assistentie van Fokus, voor zorg die buiten het ADL-concept valt. Dit werkt echter alleen voor alleenstaanden; gehuwde cliënten verliezen het recht op PGB. Dit leidde tot de nadrukkelijke oproep: laat de partner van een cliënt de partner blijven, en maak hem of haar niet verantwoordelijk voor de zorg. De mantelzorger mag niet de verzorger worden.

Uitzendkrachten en betrouwbaarheid

Meerdere deelnemers uitten zorgen over uitzendkrachten die vlak voor een dienst afbellen of niet komen opdagen, zonder consequenties. De oproep was om betrouwbaardere uitzendbureaus te contracteren, ook al zijn die duurder. Goede contractafspraken en handhaving van afspraken zijn noodzakelijk.

Ruimte voor cliënten om te wonen

Een deelnemer benadrukte dat hand- en spandiensten (bijvoorbeeld het klaarzetten van spullen om te kunnen schilderen, muziek maken of andere dagelijkse activiteiten) wezenlijk zijn voor het wonen, maar steeds meer onder druk staan. Cliënten voelen zich bezwaard om dit te vragen omdat er drie bellen openstaan. De oproep was om niet alleen te kijken naar zorghandelingen, maar ook naar het woonplezier en de kwaliteit van leven.