
Een virtuele organisatie voor dak- en thuislozen

In opdracht van Van De Geijn Partners bv te Houten

Naam: Nick Timmerman
Studentnummer: 0077526
Opleiding: Bedrijfskunde, bacheloropleiding aan de UT
Eerste begeleider: dr. A.B.J.M. Wijnhoven
Tweede begeleider: dr. Ir. Klaasjan Visscher
Externe begeleider: drs. Chris G.H. Oude Luttikhuis MBA
Datum: 17-11-2008

SAMENVATTING

In Nederland bevinden zich duizenden dak- en thuislozen (DTL). Dit maatschappelijk probleem concentreert zich voornamelijk in de vier grote gemeenten van Nederland. In deze gemeenten zetten talloze organisaties zich in om deze kwetsbare groep de nodige zorg en onderdak te bieden. De afgelopen jaren is de samenwerking tussen deze organisaties geïntensiveerd. Het Rijk heeft in samenwerking met de vier grootste gemeenten van Nederland een Plan van Aanpak opgesteld om dit probleem aan te pakken. Een centrale rol is hier weggelegd voor het zogenaamde Algemeen Diagnose-formulier en het trajectplan. Deze werkwijze dient te zorgen voor een naadloos sluitende keten, wat inhoudt dat de DTL bij de overdracht tussen zorgverleners niet alsnog op straat belandt.

De samenwerking tussen de verschillende organisaties voor DTL heeft veel kenmerken van een virtuele organisatie (VO). Ook in het opgestelde Plan van Aanpak worden nieuwe elementen aangedragen, zoals een digitaal cliëntdossier dat past in deze vorm van organiseren.

Dit onderzoek bekijkt welke virtuele organisatie-elementen nodig zijn voor het opstellen en uitvoeren van het trajectplan. Aangenomen wordt dat deze vorm van organiseren het best aansluit op de wensen van de deelnemers in dit netwerk. Verschillende elementen van een organisatie worden belicht. De volgende organisatie-elementen zijn geanalyseerd: doelen, deelnemers, sociale structuur, omgeving, technologie en management. Per element wordt beschreven hoe deze er uit zal zien in een VO en in hoeverre deze in de praktijk al zo zijn ingericht.

Het onderzoek start met een literatuurstudie naar de aard van een VO en uit welke elementen een organisatie is opgebouwd. Vervolgens worden deze verschillende elementen geanalyseerd met behulp van gegevens verkregen uit interviews en geschreven bronnen. De interviews zijn gehouden met verschillende deelnemers in de zorgnetwerken voor DTL. Zowel op operationeel als op beleidsniveau.

Uit de analyse is gebleken dat veel van de nodige virtuele organisatie-elementen al aanwezig zijn in de zorgnetwerken voor DTL in de vier grootste gemeenten. De grootste afwijkingen werden gevonden in het element *technologie*. De op IT gebaseerde infrastructuur en het gebruik van de juiste technologieën, is tot op heden ontoereikend. Dit heeft ook weer gevolgen voor de overige elementen. Zo is niet alle nodige informatie over een DTL overal en op elk moment beschikbaar voor de zorgverleners of andere betrokkenen. Dit bemoeilijkt de noodzakelijke consistentie en connectiviteit tussen de deelnemers in de zorgnetwerken voor DTL. Het monitoren in welke mate doelen worden behaald is op deze manier moeilijk. Ook is er bijna geen sprake van participatie van de DTL in het uitvoeren van Trajectplannen. Door middel van het toepassen van IT kunnen bijvoorbeeld eenvoudige planningapplicaties beschikbaar worden gesteld. Dit betreft de DTL meer bij zijn eigen zorgtraject.

De belangrijkste aanbeveling voor de zorgnetwerken is de connectiviteit tussen de deelnemers te verbeteren door middel van ICT. Er dient een digitaal cliëntdossier te worden gebruikt dat actuele, overzichtelijke informatie over de voortgang van trajecten kan aanbieden. Dit dossier dient te allen tijde, op elke geografische locatie beschikbaar te zijn voor belanghebbenden. De belanghebbenden zijn de zorgverleners en cliëntmanagers. Dit waarborgt de consistentie en connectiviteit. Ten tweede dient er een controlesysteem te worden geïntegreerd, waardoor coördinatie op teamniveau en uitwisseling van kennis en expertise mogelijk wordt gemaakt. Hierbij dient gebruik te worden gemaakt van verschillende informatievoorziening en servicemodules, zodat precies aan de informatiebehoefte kan worden voldaan van de individuele gebruiker. Tot slot moet het gebruik van informatie- en servicemodules het mogelijk maken om de DTL actief te laten participeren in de uitvoering van zijn of haar trajectplan.

SAMENVATTING.....	2
INHOUDSOPGAVE.....	3
1 INTRODUCTIE.....	5
1.1 INLEIDING.....	5
1.2 DAK- EN THUISLOOSHEID; EEN MAATSCHAPPELIJK PROBLEEM.....	5
1.2.1 PROCESSTAPPEN IN DE KETEN.....	6
1.3 AANLEIDING VOOR ONDERZOEK.....	7
1.3.1 PLAN VAN AANPAK MAATSCHAPPELIJKE OPVANG.....	7
1.3.2 AANBEVELINGEN UIT EERDER ONDERZOEK.....	7
1.3.3 WAAROM EEN VIRTUELE ORGANISATIE.....	8
1.4 PROBLEEMSTELLING.....	8
1.5 METHODOLOGIE.....	9
1.6 RELEVANTIE.....	10
1.7 OPZET VAN HET VERSLAG.....	10
2. THEORETISCH KADER.....	11
2.1 INLEIDING.....	11
2.2 GRONDVORM VAN EEN VIRTUELE ORGANISATIE.....	12
2.3 DEFINITIE VAN DE VIRTUEEL ORGANISATIE.....	12
2.3.1 DEFINITIE.....	13
2.4 VOORDELEN VAN DE VIRTUELE ORGANISATIE.....	13
2.5 ORGANISATIE-ELEMENTEN VAN EEN VIRTUELE ORGANISATIE.....	15
2.5.1 DOELEN.....	15
2.5.2 DEELNEMERS.....	16
2.5.3 SOCIALE STRUCTUUR.....	16
2.4.4 TECHNOLOGIE.....	17
2.5.5 OMGEVING.....	18
2.5.6 MANAGEMENT.....	18
2.6 CONCLUSIE.....	19
3. HUIDIGE ZORGNETWERKEN VOOR DTL IN DE G4.....	21
3.1 INLEIDING.....	21
3.2 HUIDIGE WERKWIJZE IN DE ZORGNETWERKEN VOOR DTL IN DE G4.....	21
3.3 HUIDIGE FUNCTIEVERDELING IN DE ZORGNETWERKEN VOOR DTL IN DE G4.....	22
3.3 SCHEMATISCHE WEERGAVE ZORGNETWERK VOOR DAK- EN THUISLOZEN.....	24
4. ANALYSE HUIDIGE ORGANISATIE-ELEMENTEN IN HET ZORGNETWERK VOOR DTL.....	25
4.1 DOELEN.....	25
4.2 DEELNEMERS.....	26
4.3 SOCIALE STRUCTUUR.....	26
4.4 TECHNOLOGIE.....	27
4.5 OMGEVING.....	28
4.6 MANAGEMENT.....	29
4.7 CONCLUSIE.....	29
5. OPLOSSINGEN.....	30
5.1 DOELEN.....	30
5.2 DEELNEMERS.....	30

5.3 TECHNOLOGIE.....	31
6. CONCLUSIE.....	33
6.1 DOELEN.....	33
6.2 DEELNEMERS.....	33
6.3 SOCIALE STRUCTUUR	33
6.4 TECHNOLOGIE.....	34
6.5 OMGEVING.....	34
6.6 MANAGEMENT.....	34
6.7 ALGEMENE CONCLUSIE.....	34
7. AANBEVELINGEN.....	35
7.1 AANBEVELINGEN VOOR DE ZORGNETWERKEN VOOR DTL IN DE G4.....	35
7.2 AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK	36
8. DISCUSSIE.....	37
8. LITERATUURLIJST	39
9. PERSOONLIJKE REFLECTIE.....	41
10. BIJLAGEN.....	43
BIJLAGE A: DAK- EN THUISLOZEN GECATEGORISEERD NAAR PROBLEMATIEK	43
BIJLAGE B : VOORBEELD TRAJECTPLAN EXCLUSIEF ZORGPLANNEN ALS GEBRUIKT BIJ CENTRUM VAARTSERIJN TE UTRECHT	44
BIJLAGE C: GEDETAILLEERDE BESCHRIJVING GEMEENTELIJKE ZORGNETWERKEN VOOR DTL	45
BIJLAGE D: OPERATIONALISATIE EN INTERVIEWPROTOCOL.....	52

1 INTRODUCTIE

1.1 INLEIDING

In Nederland is dak- en thuisloosheid een groot maatschappelijk probleem. Tientallen organisaties werken samen in de gemeenten van Nederland om zorg op maat te leveren aan deze kwetsbare bevolkingsgroep met een complexe problematiek. In dit onderzoek zal het zorgnetwerk voor de dak- en thuislozen (DTL) in de vier grote gemeenten van Nederland worden onderzocht. Dit zal gebeuren vanuit het perspectief van een virtuele organisatie (VO). In een VO wordt een strategie gehanteerd die mogelijkheden biedt met betrekking tot flexibiliteit en het koppelen van kerncompetenties.

1.2 DAK- EN THUISLOOSHEID; EEN MAATSCHAPPELIJK PROBLEEM

Volgens het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn waren er in 2006 ongeveer 30.000 tot 50.000 DTL in Nederland. (Van Bergen & Van Leeuwen-Den Dekker, 2006, p.1) Het Rijk en de vier grote steden (2006) maken onderscheid tussen residentieel daklozen / thuislozen en feitelijk daklozen. Onder een thuisloze, of residentieel dakloze, wordt verstaan:

“Personen die als bewoner staan ingeschreven bij instellingen voor maatschappelijke opvang (internaten en sociale pensions e.d., woonvoorzieningen op basis van particulier initiatief die zich richten op semi-permanente bewoning door daklozen en particuliere commerciële pensions waar voornamelijk daklozen wonen)”

De volgende definitie wordt gehanteerd voor een feitelijk dakloze:

“Personen die niet beschikken over een eigen woonruimte en voor een slaapplek gedurende de nacht tenminste één nacht (in de maand) waren aangewezen op: buitenslapen ofwel overnachten in de openlucht en in overdekte openbare ruimten, zoals portieken, fietsenstallingen, stations, winkelcentra of een auto; binnen slapen in passantenverblijven van de maatschappelijke opvang, inclusief eendaagse noodopvang; binnen slapen bij vrienden, kennissen of familie, zonder vooruitzichten op een slaapplek voor de daarop volgende nacht.”

Ongeveer 21.800 DTL bevinden zich momenteel in de G4 respectievelijk Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht. (Rijk & Vier grote steden, 2006, p.6) De DTL in Nederland vormen een zeer heterogene groep met uiteenlopende kenmerken en problemen. Deze problemen zijn financieel, sociaal, medisch of psychologisch van aard. Vaak bestaat er een complexe combinatie van deze problemen. Een uitsplitsing naar problematiek is te vinden in Bijlage A. Daarnaast kan er ook nog onderscheid worden gemaakt in geslacht, afkomst en leeftijd. Er bestaat ook een aanzienlijke groep zwerfjongeren en personen zonder verblijfsstatus. Een eenduidige categorisering van deze groep is niet eenvoudig. ‘De DTL’ bestaat niet. De DTL zijn grofweg in vier hoofdgroepen in te delen. Dit gebeurt op basis van gedrag en ontwikkelingsperspectieven van een cliënt. Aan de hand van deze profielen kan een eerste indicatie plaatsvinden met betrekking tot welk type zorg nodig is. De volgende profielen zijn te onderscheiden (Van der Aa et al, 2006, p.7):

- Dreigend DTL

Gezinnen of personen in multi-probleemsituaties die uit huis geplaatst dreigen te worden. Binnen drie maanden hebben zij geen andere huisvesting gevonden, wat voornamelijk veroorzaakt wordt door gedragsproblemen. Veelal vallen binnen dit profiel gezinnen of personen met een huurachterstand, schulden, verwaarloosde huishoudens en veroorzakers van buurtoverlast. Psychische en/of verslavingsproblemen spelen hier ook vaak een rol.

- **Kansrijke DTL**

DTL die zicht bewust zijn van de eigen situatie, eventueel met begeleiding, in staat zijn hun zorgvraag zelf te formuleren. Het perspectief en de motivatie om zelfredzaam te worden, is redelijk tot goed aanwezig. De DTL kan op termijn zelf zijn eigen zorg en hulpverlening goed regelen en mogelijk zelf inkopen.

- **Zorgmijdende DTL**

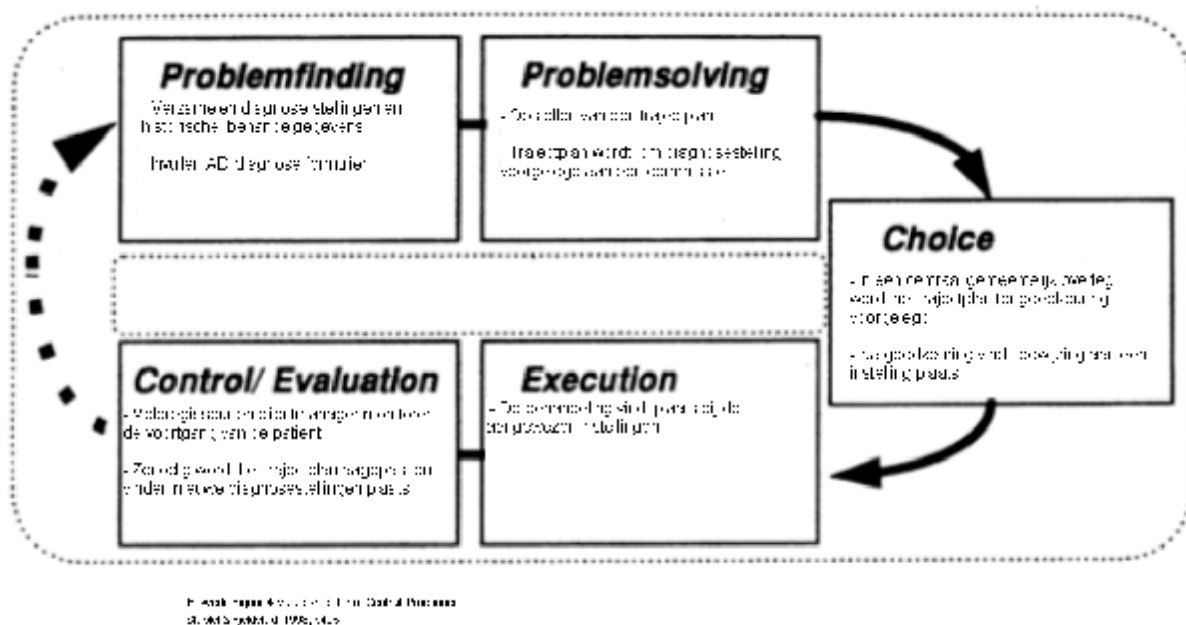
Voor deze personen of gezinnen geldt dat de omgeving heeft aangegeven dat zij zich zorgen maakt of overlast ervaart. Deze groep valt niet per definitie aan te duiden als 'kansloos'. Via 'ambulante' zorgtrajecten wordt gepoogd deze groep ontvankelijk te maken voor zorg. Door consequent te monitoren, kan met verleiding, drang en dwang de DTL opgenomen in een zorgtraject.

- **Chronisch DTL**

DTL die niet zelfstandig kunnen wonen of hun leefomstandigheden op peil kunnen houden. Het perspectief op herstel is niet groot of er is sprake van langdurige behandeling. De prioriteit bij DTL die vallen in dit profiel ligt in het garanderen van een menswaardig verblijf en/of bestaan in plaats van een zware investering naar zelfstandigheid.

1.2.1 Processtappen in de keten

De werkwijze in de huidige zorgnetwerken voor DTL is onder te verdelen in verschillende processtappen. Het proces dat wordt gehanteerd in de DTL-zorg komt in grote mate overeen met het type 'value shop'. Zogenaamde 'value shops' worden bezet door professionals gespecialiseerd in het probleem domein. De processtappen van een zorgverlener hebben dezelfde karakteristieken zoals gevonden in een 'value shop'. De activiteiten hebben een sequentieel, iteratief en onderling afhankelijk karakter. De primaire activiteiten kunnen worden ingedeeld in de categorieën: problem-finding & acquisition, problem-solving, choice, execution en control & evaluation. (Stablel & Fjeldstad, 1998, pp. 422-423) [Figuur 1] Gezien deze overeenkomsten, zal aan de hand van deze indeling, een beschrijving worden gemaakt van de DTL-zorg in categorieën. Vertaald naar het zorgnetwerk zijn de volgende stappen te onderscheiden: aanmelding, probleeminventarisatie, toewijzing & plaatsing, uitvoer & monitoren en als laatste stap de evaluatie. (zie hoofdstuk 3)



[Figuur 1: Primaire activiteiten in de DTL-zorg gecategoriseerd naar primaire activiteiten van Stablel & Fjeldstad (1998)]

1.3 AANLEIDING VOOR ONDERZOEK

Door de grote variatie binnen de groep DTL is er ook een gevarieerde vraag naar hulpvoorzieningen en zorg. Zodoende bestaat er in Nederland een scala aan organisaties die zich zowel op lokaal als nationaal niveau bezighouden met DTL. Verschillende organisaties zijn gedwongen om samen te werken, om zorg op maat te kunnen leveren aan deze doelgroep. De vraag is wat de meeste geschikte vorm van samenwerking is om een naadloos sluitende keten te ondersteunen. Hoe ziet deze samenwerking eruit zit in een VO voor DTL?

1.3.1 Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang

In samenwerking met het Rijk hebben de vier grote steden van Nederland een Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang opgesteld. Hierin zijn verschillende aanpakken, instrumenten en protocollen geformuleerd. Deze zouden een naadloos sluitende keten moeten ondersteunen, om zodoende een meer effectieve aanpak van DTL te realiseren. Een centrale rol in dit plan van aanpak is weggelegd voor het Algemeen Diagnose Forumlier en het persoonlijke trajectplan waarvan een voorbeeld is opgenomen in Bijlage B. Dit trajectplan is een verzameling van persoonlijke informatie, diagnoses, zorgplannen en doelstellingen van de DTL. Met het opstellen en uitvoeren van dit plan zal uiteindelijk de meest optimale leefsituatie haalbaar voor de DTL moeten worden bereikt, doordat er zorg op maat wordt geleverd. Het opstellen van een trajectplan leidt tot een betere samenwerking en coördinatie tussen de organisaties. Er ontstaat een naadloos sluitende keten.

1.3.2 Aanbevelingen uit eerder onderzoek

Het gemeentebestuur van Amsterdam heeft in 2006 een inventarisatie gedaan naar de DTL in de stad. Het gemeentebestuur wilde antwoord op de vraag welke maatregelen en voorzieningen de stad moet treffen om ervoor te zorgen dat DTL in de stad de opvang en zorg krijgen die zij nodig hebben. (Gemeente Amsterdam, 2006, pp. 13-14) Hierin werd gepleit voor de verbetering van de uitstroom van DTL en uitbreiding van het aantal opvangplaatsen. De laatste twee aanbevelingen in dit rapport zijn opvallend:

- **Onder regie van één instantie zouden verschillende hulpverleningsinstellingen in een keten moeten samenwerken.**
- **Ondersteun de samenwerking van aanbieders met een stedelijk cliëntvolgsysteem.**

In dit Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang en in de inventarisatie van de gemeente Amsterdam zijn elementen terug te vinden van een VO die veel overeenkomen met de manier waarop Jaffee (2001) deze beschrijft. De volgende kenmerken van een VO zien we in deze aanbevelingen terug:

- Het koppelen van kerncompetenties
Voor de behandeling van een DTL zijn meerdere specialismen nodig: bijvoorbeeld verslavingszorg en financiële hulpverlening.
- De tijdelijkheid en het ad hoc karakter van de samenwerking
De samenstelling van deelnemers in een zorgtraject is tijdelijk van aard. Als de instantie zijn doel heeft behaald, verlaat de instantie het traject. Er ontstaat een tijdelijke alliantie van organisaties voor het nastreven van een gezamenlijk doel.

- Het nastreven van een bepaald gezamenlijk doel
Het gemeenschappelijk doel is het leveren van een naadloos, sluitend zorgplan.
- Deelname van meerdere partijen
Bij de uitvoering van trajectplannen kunnen budgetconsulenten, GGZ-medewerkers en nog vele andere zorgpartijen betrokken zijn.
- Het gebruik van informatietechnologie om de samenwerking te ondersteunen
Er zijn plannen voor een cliëntvolgysteem en de invoering van elektronische cliëntendossiers.

1.3.3 Waarom een virtuele organisatie

In dit onderzoek is gekozen om het opstellen en uitvoeren van trajectplannen plaats te laten vinden in een VO voor DTL. Duidelijk is geworden, uit het Plan van Aanpak MO en aanbevelingen uit het voorgenoemde onderzoek door de gemeente Amsterdam, dat men reeds naar een soortgelijke vorm toewerkt. Veel aanbevelingen tonen overeenkomsten met een VO, getuige de opsomming in de vorige paragraaf. Een netwerk met losse samenwerkingsverbanden of onafhankelijke organisaties die zich inzetten voor DTL is onwenselijk gebleken. Het Plan van Aanpak MO is opgesteld, omdat een wenselijke naadloos sluitende keten tot op heden moeilijk blijkt te realiseren. Organisaties kunnen niet van elkaar weten dat zij dezelfde DTL aan het behandelen zijn. Een juridische, fysieke organisatievorm voor DTL lijkt onmogelijk. Voor het behandelen van DTL zijn veel specialismen nodig. Hierbij kan worden gedacht aan financiële expertise en specialismen met betrekking tot (geestelijke) gezondheid. Deze zijn moeilijk onder te brengen in een organisatie. Een VO wordt in dit onderzoek beschouwd als de ideale vorm. Deze vorm sluit aan op de vraag naar flexibiliteit en het combineren van kerncompetenties die nodig zijn om de trajectplannen voor DTL op te stellen en uit te voeren.

1.4 PROBLEEMSTELLING

Uit het plan van aanpak en het onderzoek van de gemeente Amsterdam blijkt dat de aanzet is gegeven tot het vormen van een VO voor de DTL-zorg. Een DTL kan niet op één locatie door één specialist volledig worden behandeld. In dit onderzoek is gesteld dat een VO de ideale vorm is die aansluit op een vraag naar flexibiliteit en het combineren van kerncompetenties die nodig zijn om de trajectplannen voor DTL op te stellen en uit te voeren. Het probleem hierbij is dat er onduidelijkheid bestaat over welke virtuele organisatie-elementen nodig zijn voor het opstellen en uitvoeren van trajectplannen. In hoeverre dient het huidige zorgnetwerk te worden aangepast om te komen tot een VO? Met andere woorden: hoe zien de aanbevelingen gedaan in het Plan van Aanpak MO en door de gemeente Amsterdam eruit in een VO?

In dit onderzoek zullen verschillende virtuele organisatie-elementen worden onderscheiden aan de hand van een literatuurstudie. Vervolgens worden de huidige zorgnetwerken voor DTL in de G4 geanalyseerd. Tot slot wordt geïnventariseerd welke elementen nodig zijn en in hoeverre deze al aanwezig zijn in de zorgnetwerken voor DTL in de G4. Hier wordt gewerkt met de volgende centrale vraagstelling:
Welke virtuele organisatie-elementen zijn nodig voor het opstellen en uitvoeren van trajectplannen voor dak- en thuislozen?

1.5 METHODOLOGIE

Wanneer sociaal-wetenschappelijk onderzoek wordt uitgevoerd, worden bepaalde verschijnselen die zich voordoen bij mensen, groepen, organisaties, dorpen, steden of landen beschreven en verklaard. De zogenaamde eenheden. Onderzoek kan plaatsvinden door een intensieve of extensieve benadering (Swanborn; 1996) Een intensieve casestudy is een vorm van kwalitatief onderzoek. King, Keohane & Verba (1994) beschrijven kwalitatief onderzoek als een vorm van onderzoek dat zich onderscheidt van kwantitatief onderzoek, doordat de beschikbare methoden geen gebruik maken van numerieke metingen. In dit onderzoek worden informanten ondervraagd over het proces van opstellen tot uitvoeren van een trajectplan. Dit wordt intensief onderzocht. Hierbij wordt aan een groot aantal variabelen tegelijk aandacht besteed, met slechts een beperkt aantal eenheden. Het doel van dit onderzoek is een antwoord te vinden op de vraag: Welke virtuele organisatie-elementen zijn nodig voor het opstellen en uitvoeren van trajectplannen voor DTL?

Centraal in dit onderzoek staat het verkrijgen van kwalitatieve informatie vanuit de belevingswereld van de informanten. Dit is informatie over de taken van deelnemers in het zorgnetwerk, waarin zij knelpunten en uitdagingen ervaren en op welke manier het zorgnetwerk van DTL op dit moment is georganiseerd. Speciale aandacht gaat uit naar het proces rond het opstellen en uitvoeren van trajectplannen. De specifieke informatie is nodig voor het opstellen van een beeld van de huidige organisatie met de focus op het opstellen en uitvoeren van trajectplannen. Na het opstellen van het theoretisch kader wordt bepaald in hoeverre organisatie-elementen al aanwezig zijn en welke elementen toegevoegd of gewijzigd dienen te worden om te komen tot een VO voor de DTL-zorg.

Als onderzoeksmethode wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van interviews. (Bijlage D) Deze interviews zullen semistructureel worden opgesteld en uitgevoerd worden in de maanden juli en september in 2007. De interviews worden gebruikt als verificatie van geschreven bronnen. De gestelde vragen hebben een open vorm. Er is geen vastgesteld kader van antwoorden, waardoor respondenten hun eigen interpretatie van de aanpak, problemen en uitdagingen kunnen geven. (Dijkstra & Smit, 1999, pp. 105-106) Tijdens de beantwoording van vragen, wordt waar mogelijk gestuurd naar de indicatoren die vooraf zijn opgesteld, mochten deze niet aan bod komen. Deze sturing vindt plaats door het stellen van een gerichte open vraag, met als doel te achterhalen of deze indicator aanwezig is.

Er worden interviews afgenomen bij de zorginstellingen, op operationeel niveau. Daarbij zijn interviews afgenomen bij de bestuurlijk verantwoordelijken en beleidsuitvoerders. Hier is voor gekozen om een zo breed en volledig mogelijk beeld te krijgen van de aanpak van DTL en het proces rond het opstellen en uitvoeren van trajectplannen. De interviews vinden plaats op de werklocatie van de geïnterviewden om zodoende een beeld te krijgen van relaties die zich op de werkvloer voordoen.

Zoals aangeven worden de interviews gebruikt voor de verificatie van de geschreven bronnen. Hieronder vallen websites, (beleids)rapporten, plannen van aanpak en formulieren.

De volgende acht informanten zijn geselecteerd:

FUNTIE	LOKATIE	TIJDS TIP
Clïëntmanager	Centrum Vaartserijn, Utrecht	11-07-2007
Twee Clïëntmanagers	Kesslerstichting, Den Haag	12-07-2007
Veldregisseur	GGD, Vangnet & Advies, Amsterdam	20-08-2007
Teamleider	Leger Des Heils Wagenstraat, Den Haag	22-08-2007
Manager Beleid en Strategie	Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Rotterdam	22-08-2007
Manager Opvang & Dienstverlening	HVO Queriodo, Amsterdam	24-08-2007
Manager / Projectleider	Dienst Maatschappelijke opvang, Amsterdam	27-08-2007

Het afnemen van interviews om informatie te verkrijgen heeft gevolgen voor de geldigheid en betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten. De gehanteerde manier van informatieverzameling in dit onderzoek heeft vooral gevolgen voor de externe validiteit. Zo heeft het beperkte aantal van acht interviews gevolgen voor de generaliseerbaarheid, oftewel de externe validiteit van de onderzoeksresultaten. Externe validiteit heeft betrekking op de mate waarin gemaakte conclusies generaliseerbaar zijn. De generaliseerbaarheid kan zowel betrekking hebben op personen, maar ook op behandelingen en uitkomsten (Shadish, Cook & Campbell, 2002, p.83). Door het kleine aantal informanten mag niet zonder meer verondersteld worden dat de onderzoeksresultaten gelden voor alle deelnemers in alle zorgnetwerken. Echter bieden formele documenten extra ondersteuning aan de validiteit van de bevindingen voortkomend uit de interviews.

Resultaten uit de interviews kunnen onbetrouwbaar zijn, omdat de informanten een gekleurde weergave van de werkelijkheid geven. Zij beoordelen de realiteit vanuit hun eigen normen, waarden en opvattingen. Om de betrouwbaarheid van de resultaten te verhogen, zullen de interviews met elkaar worden vergeleken en met beschikbare geschreven publicaties.

Op basis van dit onderzoek wordt duidelijk in hoeverre de zorgnetwerken voor DTL overeenkomen met een VO. Na de analyse van de bevindingen wordt duidelijk welke elementen toegevoegd dienen te worden om als VO trajectplannen op te stellen en uit te voeren.

1.6 RELEVANTIE

Het maatschappelijk belang van dit onderzoek uit zich in het vormen van organisatie-elementen die nodig zijn om te komen tot een VO met als basis het zorgnetwerk voor DTL. De primaire activiteit van deze organisatie is het opstellen en uitvoeren van trajectplannen. De VO sluit aan op de vraag naar flexibiliteit en het combineren van kerncompetenties die nodig zijn om de trajectplannen voor DTL op te stellen en uit te voeren. Met het gebruik van trajectplannen wordt voorkomen dat de DTL buiten de keten terecht komt. Per organisatie-element wordt bekeken hoe deze moet worden ingericht om in het samenhangende systeem van organisatie-elementen van een VO te passen.

Het wetenschappelijk belang van dit onderzoek komt tot uiting in de verruiming van kennis over de VO. Vanuit de definitie van 'virtualiteit' en de organisatie zal een indeling worden gemaakt van samenhangende virtuele organisatie-elementen. Er wordt een gedetailleerde beschrijving gemaakt van de aanpak van DTL in de grote steden. Tot slot wordt er inzage verschaft naar de toepasbaarheid van deze manier van organiseren in dit onderdeel van de publieke sector.

1.7 OPZET VAN HET VERSLAG

In het volgende hoofdstuk wordt een theoretisch kader opgesteld met als resultaat een aantal criteria waaraan organisatie-elementen in een VO aan moeten voldoen. Het hoofdstuk dat hierop volgt bevat een beschrijving van de resultaten van de interviews en de studie van websites, (beleids)rapporten, plannen van aanpak en formulieren. Vanuit deze databronnen is een beschrijving gemaakt van het actuele proces rond het opstellen en uitvoeren van trajectplannen in de G4.

Aan de hand van de eerder opgestelde criteria worden de verzamelde gegevens geanalyseerd in hoofdstuk vier. Duidelijk wordt welke elementen aanwezig zijn en welke elementen in de huidige vorm niet passen in een VO. In hoofdstuk vijf worden oplossingen aangedragen om deze organisatie-elementen te vormen naar virtueel organisatie-elementen. Dit verslag wordt afgesloten met conclusies, aanbevelingen en een discussie over de resultaten.

2. THEORETISCH KADER

2.1 INLEIDING

De afgelopen jaren zijn er veel pogingen gedaan om 'de virtuele organisatie' te beschrijven. Uit al deze pogingen kan worden afgeleid dat het moeilijk is om dit begrip te definiëren. Er bestaat een veelheid aan termen voor een VO, zoals de *virtual organization*, de *virtual enterprise*, de *virtual cooperation* en *virtual teams* (Jaffee, 2001; Martinez et al. , 2001; Lurey et al, 2001). Een universele definitie voor de VO bestaat tot op heden niet. Het begrip 'virtuele organisatie' is een samenvoeging van de woorden 'virtueel' en 'organisatie.' Onder 'virtueel' wordt in de Nederlandse taal (vandale.nl) het volgende verstaan:

vir·tu·eel (bn.)

1. slechts schijnbaar bestaand
2. als mogelijkheid of vermogen aanwezig => mogelijk
3. [jur.] uit de aard der zaak, substantieel

Voordat de term 'virtueel' werd gelieerd aan organisaties, werd de term gebruikt om de manier te beschrijven waarop een computer virtueel geheugen genereert. Dit refereert naar het vermogen van de harde schijf om extra geheugen te simuleren dat de fysieke, technische specificaties van de gebruikte apparatuur overschrijdt (Jaffee, 2001, p.202).

Voor het begrip 'organisatie' bestaat ook een veelheid aan definities. Één van de meest brede definitie van een organisatie is geschreven door Richard H. Hall (1999) (Jaffee, 2001, p.5):

"An organization is a collectivity with a relatively identifiable boundary, a normative order (rules), ranks of authority (hierarchy), communications system, and membership coordinating systems (procedures); this collectivity exists, on a relatively continuous basis in a environment, and engages in activities that are usually related to a set of goals; the activities have outcomes for organizational members, the organisation itself, and for society."

Deze definitie bevat een grote opsomming van karakteristieken van een organisatie. De collectiviteit waar Hall op wijst, duidt vanuit een sociologisch perspectief op een groep mensen die iets met elkaar gemeen hebben, bijvoorbeeld een gemeenschappelijk doel (Jaffee; 2001, p.5). Leavit (1965) onderscheidt basiselementen van een organisatie, die veel overeenkomsten tonen met de elementen van Hall. Volgens Leavit bestaat de organisatie uit een samenhangend geheel van de elementen: deelnemers, technologie, sociale structuur en doelen.

Deelnemers worden in deze analyse omschreven als *stakeholders*¹ van de organisatie. Het element *technologie* omvat het type technologie dat wordt gebruikt, welke plaats deze inneemt in de organisatie en wat het effect is op kennis en vaardigheden van deelnemers. De *sociale structuur* omvat normen, waarden, rolverwachtingen, gedragsstructuren en raamwerken voor het gedeelde begrip en vertrouwen binnen een organisatie (Scott, 1987, pp 18-19). De omschrijving van het begrip *doel* is vrij controversieel. De meest gebruikte omschrijving is dat een doel een beschrijving is van de gewenste eindresultaten die dienen te worden behaald door het effectief uitvoeren van taken door de deelnemers (Scott, 1987, p.22). Aan dit model is nog een vijfde element toe te voegen, namelijk de *omgeving* (Scott, 1987, p.18). De omgeving beïnvloedt alle eerder genoemde elementen. De relatie tussen de elementen en de omgeving worden als vitaal, complex en onderling afhankelijk omschreven. Dit model gaat er vanuit dat een organisatie bestaat uit een systeem van deze elementen. Het functioneren en de aard van een organisatie kan niet worden begrepen door te focussen op een individueel element. Door de relatie en interdependentie met andere organisatie-elementen te verwaarlozen, mist men de essentie van de organisatie. (Scott, p.24)

¹ Onder stakeholder wordt een partij of individu die gevolgen ervaart van de acties van een organisatie. (Scott, 1987, p.21)

De omgeving is belangrijk met betrekking tot middelen. Voor het functioneren en de continuering van een organisatie zijn middelen nodig. Middelen zijn bijvoorbeeld kapitaal, expertise en grondstoffen voor productie. Een organisatie kan niet al zijn nodige middelen alleen produceren en zal hiervoor met zijn omgeving contact moeten zoeken. In de omgeving bevinden zich mogelijk bronnen die aan de vraag van middelen van een organisatie kunnen voldoen. (Pfeffer, J. & Salancik, G.; 1978, p.258)

2.2 GRONDVORM VAN EEN VIRTUELE ORGANISATIE

Het zogenaamde "ingebedde netwerk" kan als grondvorm worden gezien van een VO. Het ingebedde netwerk omvat een veelheid van inter-organisatorische schikkingen. (Jaffee, 2001, p.258) Organisatorische grenzen vervagen en vormen in mindere mate een scheidslijn tussen de organisatie en zijn omgeving. (Jarillo 1995, Ashkenas et al. 1996) Ingebodde netwerken bestaan uit tijdelijke allianties, schikkingen of overeenkomsten, met als doel kerncompetenties en de capaciteiten van verschillende organisaties te combineren. Het uiteindelijke doel van dit type netwerk is onderzoek, ontwerp en productie te ondersteunen voor een bepaalde markt. (Jaffee, 2001, p. 258)

Ingebodde netwerken combineren de flexibiliteit van onafhankelijke niet verticaal geïntegreerde organisaties met de strakkere connecties die gevonden worden in een hiërarchie. (Jaffee, 2001, p. 258) Er is dus sprake van flexibiliteit in combinatie met hiërarchische controle. De controle is gecentraliseerd. Het ingebodde netwerk is mede gebaseerd op het besef van onderlinge afhankelijkheid. (Jaffee, 2001, p.258) De deelnemers in een VO hebben elk een essentiële plaats in het netwerk, hoewel zij zich niet in één en dezelfde organisatie bevinden.

Informatietechnologie speelt hierbij een sleutelrol, omdat het de samenwerking tussen deelnemers in het netwerk ondersteunt. Informatietechnologie kan worden ingezet voor snelle transmissie van informatie tussen organisatie-eenheden, waardoor de integratie en het afstemmen van verschillende productie-eenheden mogelijk wordt. (Jaffee, 2001, p.259) Dit gebeurt door middel van computernetwerken en telecommunicatiesystemen.

Castells (1996) beschrijft twee sleutelattributen voor een succesvol ingebed netwerk. Één sleutelattribuut van een succesvol netwerk is de mate van verbondenheid. Hiermee wordt de structurele mogelijkheid bedoeld tot het ondersteunen van storingsvrije communicatie tussen de deelnemers in het netwerk. Het tweede sleutelattribuut is consistentie. Dit attribuut benadrukt de noodzaak van het delen van belangen tussen de doelen van het netwerk en de doelen van de deelnemers van het netwerk. Met andere woorden impliceert de mate van verbondenheid het vermogen tot effectieve communicatie en coördinatie. (Jaffee, 2001, p.260)

2.3 DEFINITIE VAN DE VIRTUEEL ORGANISATIE

Eén van de vroegste definities van een VO is afkomstig van William Davidow en Micheal Malone in *The virtual cooperation* (1993). (Jaffee; 2001, p. 201) De *virtual cooperation* wordt omschreven als een organisatie dat ieder modieus management concept heeft geïmplementeerd. De virtuele coöperatie heeft volgens deze definitie de volgende kenmerken:

- Gebruikt computer gestuurde ontwerpprocessen voor producten
- Verzamelt en analyseert informatie over klanten; deze informatie wordt met de klanten, leveranciers en distributeurs gedeeld.
- Gebruikt flexibele, teamgeoriënteerde, kwaliteitsbewuste en *lean*² productieprocessen.

² Onder *lean production* wordt een grote variëteit aan organisatorische technieken verstaan, die ontworpen zijn om verspillingen te minimaliseren, continue verbetering van efficiency en kwaliteit in het productieproces te bewerkstelligen en het elimineren van knelpunten en vertragingen in het productieproces. (Jaffee; 2001, p. 135)

- Geeft meer autonomie en verantwoordelijkheid aan medewerkers in combinatie met een continue leerproces.

In het oog springende elementen zijn het belang van informatie-uitwisseling en computertechnologie. Dit zijn kenmerkende elementen die in meerdere definities van een VO worden teruggevonden. Maar deze definitie levert geen scherp te onderscheiden organisatiestructuur. Een tweede definitie is afkomstig van Venkatraman & Henderson (1998). Zij zien de VO niet als een vast model voor een organisatie, maar meer als strategie voor organiseren. In de beschrijving van deze strategie geven zij IT ook een sleutelpositie in de organisatie.

2.3.1 Definitie

Er van uitgaande dat het ingebedde netwerk als grondvorm van een VO kan worden gezien, kan de VO worden omschreven als een netwerkorganisatie van samenhangende, onderling afhankelijke elementen die geen fysiek voorkomen heeft, dus slechts schijnbaar bestaat. De VO is dus geen juridisch of fysiek te onderscheiden entiteit. De VO is een netwerk van onderling afhankelijke organisaties waarin organisatorische en geografische grenzen vervagen. Er ontstaat een hechte samenwerking tussen organisaties die niet tijdgebonden is.

De VO is gebaseerd op een netwerk. Echter de virtuele organisatie verschilt van een netwerk organisatie. Een netwerk structuur betekent dat een organisatie activiteiten uitbesteed aan derden via contracten. Deze worden gecoördineerd vanuit een klein hoofdkantoor. Hier blijft de notie van gescheiden organisaties bestaan. De VO is een dynamisch netwerk waar IT een centrale rol speelt. De deelnemers in de organisatie wisselen voortdurend, echter blijft er ogenschijnlijk één organisatie bestaan. Deze organisatie is gebonden aan tijd noch plaats en de deelnemende organisaties hebben één gemeenschappelijk doel.

De samenwerkingsverbanden in een VO kunnen kort of langdurig zijn. Daarnaast bezit een VO mogelijkheden of vermogens die de verwachting puur afgaande op fysieke karakteristieken overtreffen. Dit gebeurt door het koppelen van kerncompetenties en capaciteiten van verschillende organisaties. IT speelt een sleutelrol bij het overbruggen van organisatorische, geografische en de tijdsgebondenheid om capaciteiten of kerncompetenties te kunnen koppelen. Het uiteindelijke doel is het bereiken van een hogere efficiency en effectiviteit, dan de individuele organisaties oorspronkelijk hebben.

2.4 VOORDELEN VAN DE VIRTUELE ORGANISATIE

Venkatraman & Henderson (1998) zien de VO als strategie voor het succesvol organiseren van iedere organisatie. Deze strategie bestaat uit drie onderling afhankelijke onderdelen: virtuele ervaring, virtueel aanwenden en virtuele expertise. Het succes van deze strategie komt volgens deze theorie naar voren in de volgende voordelen.

Virtuele ervaring

Dit onderdeel omvat de mogelijkheid voor de gebruiker om diensten en producten op afstand te ervaren. Vanaf elke geografische locatie en op elk willekeurig moment kan een dienst of product virtueel worden gebruikt. (Venkatraman & Henderson, 1998, p. 36) Specifiek kan een klant bijvoorbeeld op elk gewenst moment een product bekijken en aanschaffen. Een producent kan op elk moment informatie opvragen en vervolgens zijn productieproces bijsturen. Op organisatorisch niveau wordt de gebruiker de mogelijkheid geboden om actief te participeren in het aanpassen of creëren van op maat gemaakte producten en diensten. (Venkatraman & Henderson, 1998, p. 36) Door middel van het gebruik van *modules* kunnen op maat gemaakte producten en services worden aangeleverd op een efficiënte manier. (Venkatraman & Henderson, 1998, p. 37). Een module is een onderdeel of component van een groter geheel. Modules worden door Venkatraman & Henderson gezien als onderdelen, die onderling uitwisselbaar zijn en optioneel kunnen worden toegevoegd of weggelaten in een product of systeem. Dit resulteert in een hogere efficiency oftewel besparing van middelen. De gebruiker krijgt een product of dienst die in grote

mate aan zijn wensen voldoet en krijgt dus geen diensten of middelen die overbodig zijn. De producent heeft gebruiksklare modules tot zijn beschikking die niet telkens opnieuw hoeven te worden vervaardigd. Gebruiksklare modules worden gecombineerd tot eindproduct of dienst. Op inter-organisatorisch niveau bestaat de mogelijkheid tot het oprichten van gebruikerscommunities. Gebruikers kunnen, bijvoorbeeld ondersteund door een digitaal forum, ervaringen en kennis delen. (Venkatraman & Henderson, 1998, p. 38) De producent kan hierin participeren om zo aan nuttige informatie met betrekking tot de vormgeving van zijn dienst of product te komen. De informatie kan gebruikt worden ter verbetering van het product of dienst. Gebruikers onderling kunnen bijvoorbeeld informatie uitwisselen over de meest adequate manier waarop een product of dienst gebruikt dient te worden.

Virtueel aanwenden

Dit onderdeel omvat voordelen die ontstaan door het virtueel configureren van middelen van een organisatie. Een organisatie focust op zijn kerncompetenties en verwijderd zich van verticale integratie. Dit houdt in dat aanvullende en benodigde middelen worden verkregen via externe, horizontaal georiënteerde relaties. (Venkatraman & Henderson; 1998, p. 40) De organisatie richt zich alleen op die middelen en processen waar het een hogere mate van effectiviteit en efficiency bereikt. Zodoende ontstaat er een competitief voordeel bij de vervaardiging van dit product of deze dienst, omdat organisaties hun eigen actuele, competitieve voorsprong combineren. Door het gebruik van IT wordt het mogelijk om organisatieprocessen uit te besteden of aan te wenden. Het efficiënt aanwenden van modules van producten of diensten wordt ondersteund door elektronische data-uitwisseling. (Venkatraman & Henderson; 1998, p. 40) Standaardmodules kunnen worden aangewend naar behoefte en het creëert nieuwe mogelijkheden en flexibiliteit. Een productiemodule wordt bijvoorbeeld alleen ingezet wanneer dat gewenst is, wat ten goede komt aan de efficiency. Daarnaast is het mogelijk om standaardmodules in verschillende combinaties in te zetten. Hierdoor ontstaan flexibele, op maat gemaakte producten of diensten. Deze externe leverancier beheert, administreert op zijn beurt dit proces op een meetbaar niveau. (Venkatraman & Henderson; 1998, p. 41) Dit is aantrekkelijk omdat zo optimaal gebruik wordt gemaakt van schaarse middelen. De organisatie behoudt op deze manier tijd en middelen om te focussen op eigen kerncompetenties. Op inter-organisatorisch niveau wordt de focus gelegd op het creëren van een middelennetwerk. Er ontstaat een dynamisch netwerk van organisaties die beschikken over competenties die elkaar aanvullen. Met de juiste relaties in een breed netwerk kan een competitief voordeel worden behaald. (Venkatraman & Henderson; 1998, p. 42) Als een organisatie een grote variëteit aan competenties van verschillende organisaties kan aanwenden, kan het unieke producten creëren door het combineren van deze beschikbare competenties met de eigen competenties van de organisatie. Daarnaast leidt de grote keuzemogelijkheid uit competenties tot een hogere flexibiliteit en vervangbaarheid.

Virtuele expertise

In dit onderdeel wordt de focus gelegd op kennis en expertise als een belangrijk eigendom van een virtuele organisatie. Quinn (1992) stelt dat het optimaal benutten van kennis en expertise mogelijk is door gebruik te maken van een hefboomwerking. Het benutten van kennis en expertise resulteert in een vermenigvuldiging van effectiviteit. Zo heeft het benutten van kennis en expertise een positieve invloed op de afname van bureaucratie en overheads. Daarnaast ondersteunt het de snelle uitvoering en effectieve uitvoering van strategieën. Ook het leerniveau en de mate van respons naar de cliënt door werknemers wordt door de juiste manier van aanwenden van kennis en expertise vergroot. (Venkatraman & Henderson; 1998, p. 44) Om deze hefboomwerking te benutten is er, op het niveau van operationele taken, bij virtueel organiseren behoefte aan een integraal controlesysteem. (Venkatraman & Henderson; 1998, p. 44) De effectiviteit van een team of operationele eenheid kan namelijk niet worden bereikt door één individu door een gebrek aan kennis. De kennis van individuen dient te worden gedeeld en vervolgens gecombineerd, om een product of dienst te kunnen vervaardigen. De mogelijkheid van een organisatie om processen effectief te maken wordt toenemend ondersteund door verbeteringen in IT-functionaliteiten als groupware, teleconferencing, intranetten. (Venkatraman & Henderson; 1998, p.44) Deze functionaliteiten ondersteunen coördinatie op teamniveau en de uitwisseling van informatie en kennis. Op organisatorisch niveau is het van belang dat kennis systematisch wordt beheerd door de organisatie. (Venkatraman & Henderson; 1998, p. 46) Bijvoorbeeld door het ontwerpen van een centrale database. Dit betekent dat verlies van kennis

wordt tegengegaan en toegankelijkheid van kennis wordt gewaarborgd. Uiteindelijk komt dit de beoogde hefboomwerking met betrekking tot het optimaal benutten van kennis en expertise ten goede.

2.5 ORGANISATIE-ELEMENTEN VAN EEN VIRTUELE ORGANISATIE

In deze paragraaf zal aan de hand van de vier onderscheiden organisatie-elementen door Leavit (1965) karakteristieke eigenschappen worden beschreven van deze elementen in een virtuele organisatie. Naast de vier elementen van Leavit, wordt het element *omgeving* toegevoegd zoals door Scott (1998) beschreven. Tot slot zal het zesde element *management* worden toegevoegd. Het management dirigeert namelijk de eerder genoemde elementen en is daarom in deze beschrijving opgenomen in het systeem van elementen. Dik en cursief gedrukt staan de hoofdkenmerken van het element in een virtuele organisatie, deze zullen later in de analyse als criterium aan bod komen.

2.5.1 DOELEN

Één van de meest gebruikte omschrijving stelt dat een doel een beschrijving is van de gewenste eindresultaten die dienen te worden behaald door het effectief uitvoeren van taken door de deelnemers van een organisatie. (Scott, 1998, p.22) In deze omschrijving wordt duidelijk dat doelen worden beïnvloed door deelnemers. Deze deelnemers bepalen door hun handelen mede de mate van effectiviteit bij het uitvoeren van toebedeelde taken. Anderzijds beïnvloedt het stellen van doelen de prestatie van deze deelnemers op verschillende manieren. Ten eerste zorgt een doel dat de deelnemer zijn aandacht richt op relevante activiteiten. Daarnaast versterken doelen de motivatie en wordt daardoor de prestatie van de deelnemer verhoogd. Ten derde moedigen doelen het doorzettingsvermogen aan van de deelnemers. (Latham & Locke, 2002, p. 707) Om de prestatie te meten is er een vorm van feedback nodig. Als er weinig tot geen feedback bestaat, is het niet duidelijk in welke mate doelen worden bereikt. Hierdoor is het onmogelijk te bepalen, waar en welke acties moeten worden ondernomen. Dit om alsnog de gestelde hoofdoelen binnen de gestelde termijn te behalen. (Latham & Locke, 2002, p. 707).

Een sleutelattribuut van een succesvol netwerk is de consistentie: "het delen van belangen tussen de doelen van het netwerk en de doelen van de componenten van het netwerk" (Castells; 1996) Consistentie heeft betrekking op de eenheid van doelstellingen en intenties. *Doelen in een VO dienen met elkaar afgestemd te zijn en met elkaar overeen te komen.* In een VO is dit een uitdaging, omdat het hier een netwerk betreft met meerdere zelfstandige, organisatorische entiteiten. Daarnaast zijn deze entiteiten onderling afhankelijk van elkaar. Het doel van de VO dient consistent te zijn met de individuele doelen van de deelnemende organisaties. Dit om de effectiviteit van de VO te waarborgen. Het vaststellen van doelen in bindende afspraken is noodzakelijk. De doelen dienen naar elk onderdeel van de organisatie te worden gecommuniceerd. Dit kan bijvoorbeeld door het afsluiten van convenants of het opstellen van duidelijke taakomschrijvingen.

Het toezicht houden op de consistentie van doelen vereist het verzamelen van informatie in de vorm van feedback en rapportages. Hiërarchische controlesystemen worden echter ontmanteld in een virtuele organisatie. Superieuren hebben minder de mogelijkheid om fysiek toezicht te houden op werknemers in een VO. (Jaffee, 2000, p.204) Dit komt doordat een gedeelte van het werk niet op één fysieke werkplek plaatsvindt, maar de productie of dienstverlening vindt plaats op verschillende locaties. Door deze verminderde controle heeft de deelnemer ook meer de mogelijkheid om zijn taak naar believen uit te voeren. Hierdoor kan er bewust of onbewust van gestelde doelen worden afgeweken.

De informatie met betrekking tot de prestatie kan uit veel verschillende informatiebronnen komen, bijvoorbeeld door fysieke waarneming ter plaatse of rapportages. Deze bronnen bevinden zich niet allemaal op dezelfde geografische locatie en zijn mogelijk ook niet 24-uur per dag toegankelijk. Doormiddel van IT-faciliteiten kan de informatie centraal worden verzameld in een database. Met informatie over de prestatie van de organisatie en zijn werknemers ontstaat er de mogelijkheid tot controle in welke mate gestelde doelen worden gehaald. Daarnaast wordt ook zichtbaar of de gestelde doelen nog wel consistent zijn. Het niet halen van gestelde doelen kan een indicatie zijn dat initieel gestelde doelen van een organisatie zijn verschoven. Bijvoorbeeld het aanwenden van extra middelen voor het verhogen van

productiviteit kan ten koste gaan van kwaliteit. Zo nodig kan een manager actie ondernemen mochten doelen niet worden bereikt of inconsistent blijken te zijn.

Er dient toezicht te worden gehouden op de consistentie van doelen zonder dat dit nadelig uitpakt voor de flexibiliteit van de VO. Het strak observeren van elke handeling van een werknemer, draagt niet bij aan de flexibiliteit van de organisatie. Flexibiliteit is juist het grote voordeel van een virtuele organisatie. De flexibiliteit komt voort uit de zelfcontrole van de werknemer en het machtigen van de werknemer. Het strak monitoren maakt de organisatie alleen maar rigide. (Frenkel et al;1995) Deelnemers verliezen speelruimte en creativiteit, omdat zij aan strak gecontroleerde normen moeten voldoen. Het is dus van belang dat het monitoren niet nadelig uitpakt voor de flexibiliteit van de VO. Het is aan het management om hier een juiste balans in te vinden.

2.5.2 DEELNEMERS

Deelnemers in de organisatie worden gezien als individuen die bijdragen leveren aan de organisatie in ruil voor uiteenlopende beloningen. (Scott, 1987) Dit begrip is ruim te interpreteren. Een deelnemer in een organisatie kan een aandeelhouder, een leverancier of een klant zijn. Het hangt er van af waar de organisatorische grens wordt getrokken. Deze brede benadering van verschillende typen participanten wordt ook wel aangeduid met de term *stakeholder*. Deze term is een beschrijving van elk individu die invloed ondervindt van het handelen van de organisatie. (Scott, 1998, p.21) De vraag is in welke mate organisaties bij hun functioneren rekening moeten houden met de invloed die zij uitoefenen op deelnemers. En in welke mate mogen deelnemers invloed uitoefenen op de organisatie?

In een VO wordt het door middel van IT mogelijk deelnemers binnen en buiten een organisatie te laten participeren in productieprocessen. Klanten krijgen de mogelijkheid om hun eigen producten of diensten samen te stellen. Daarnaast kunnen gebruikers in gebruikerscommunities feedback geven over de ervaringen van diensten en producten. (Venkatraman, 1998, p. 35) De producent kan actief participeren in deze communities, om zo zijn product of dienst beter te laten aansluiten op de wensen van de gebruiker. *Elke deelnemer dient deel te kunnen nemen in de organisatie doormiddel van een op IT gebaseerde infrastructuur.*

2.5.3 SOCIALE STRUCTUUR

De sociale structuur van een organisatie verwijst naar de relaties tussen participanten in een organisatie. (Scott, 1998, p.18) Deze sociale structuur kan worden opgedeeld in een normatieve structuur en gedragsstructuur. (Davis, 1949)

De normatieve structuur omvat waarden, normen en rolverwachtingen. Waarden zijn de criteria die worden gebruikt bij het opstellen van de doelen van gedrag. Rollen zijn verwachtingen of standaarden voor evaluatie van het gedrag van deelnemers in een organisatie. De elementen waarden, normen en rolverwachtingen zijn samen georganiseerd zodat zij een samenhangende en consistente set van overtuigingen en voorschriften vormen, die het gedrag van deelnemers in de organisatie sturen. (Scott, 1998, p. 19) Samen vormen deze elementen raamwerken voor het gedeelde begrip en vertrouwen binnen een organisatie. De gedragsstructuur in een organisatie omvat het werkelijke gedrag van deelnemers. Hierbij wordt de focus gelegd op regelmatige activiteiten, interacties en sentimenten. (Scott, 1998, p.19)

In een VO worden competenties van verschillende deelnemers gecombineerd. Hierdoor moet vaak in teamverband worden gewerkt. De leden van dit team kunnen verspreid zijn over meerdere organisaties of geografische locaties. Sterke relationele verbondenheid in teamverbanden is van belang, omdat dit leidt tot een effectieve taakprestatie en informatie-uitwisseling (Warkentin et al.;1997) Vertrouwen en 'sense-making' zijn van belang voor een sterke relationele verbondenheid van een multifunctioneel, tijdelijk team. (Jaffee, 2001, p. 205) Onder 'sense-making' wordt het referentiekader verstaan, dat mensen gebruiken om organisatorische stimuli te interpreteren, wat het nut van deze stimuli zijn en hoe deze proceshandelingen beïnvloeden. Het meest voorkomende referentiekader is generieke subjectiviteit. (Jaffee, 2001, p.205) Dit omvat de elementen van een formele sociale structuur, zoals rollen en regels. Deze vormen samen het organisatorische begrip en gedrag. De generieke subjecten zijn de uitwisselbare deelnemers die een

formele positie binnen de organisatie kunnen bekleden. Binnen een VO maken routines, rollen en verwachtingen, plaats voor intimiteit, discretie, nabijheid en kleinere collectiviteiten waar mensen samenwerken als compagnon in plaats van experts. (Jaffee, 2001, p.205) Weick (1995) noemt dit minder structurele referentiekader intersubjectief. In het geval van een groot aantal projecten binnen een team en het regelmatig toetreden van onbekende deelnemers tot een team, kan dit tot het gevolg hebben dat dit gezamenlijke referentiekader (deels) verdwijnt en in een korte tijd opgebouwd dient te worden. (Jaffee, 2001, p.205). Hier ligt dus een belangrijke taak voor het management. Het neerzetten van duidelijke rolverwachtingen en regels doormiddel van duidelijke communicatie helpt om sneller een gemeenschappelijk referentiekader te creëren.

Het tweede attribuut in de sociale structuur dat een sterke relationele verbondenheid creëert in een VO is vertrouwen. Meyerson, Weick & Kramer (1996) noemen het type vertrouwen dat ontstaat in een VO *swift trust*. *Swift trust* komt tot stand in tijdelijke groepen die werken met hoog complexe taken. Daarnaast zijn deze groepen afhankelijk van vaardigheden van relatief vreemden en de gevolgen van hun handelingen nemen een hoog risico met zich mee. Een analogie kan gemaakt worden met een one-night-stand. (Jaffee, 2001, p.205) Er is sprake van een gelimiteerde tijdsperiode, een gedeeld, duidelijk doel en het succes hangt af van de strakke gecoördineerde paring van activiteiten. (Meyerson, Weick en Kramer; 1996, p.167) Binnen deze tijdelijke groepen bestaat er geen formele of normatieve structuur om gedrag en interactie te coördineren. *In een VO dient 'sense-making'-informatie te worden verspreid in de vorm van duidelijke opgestelde rolverwachtingen, protocollen en procedures.* Vertrouwen wordt snel gevormd in met gebruik van 'sense-making'-informatie. Dit omvat een set van verwachtingen omtrent rollen, de uitgeoefende competenties of de stereotypen die geassocieerd worden met mensen die een bepaalde taak uitvoeren. Als aan deze verwachtingen en stereotypen wordt voldaan versterkt dit het vertrouwen. Vertrouwen wordt ook versterkt wanneer leden van een groep over middelen beschikken voor toekomstige werkzaamheden. (Jaffee, 2000, p. 206) Leden dienen dan hun reputatie hoog te houden, om ook in de toekomst verzekerd te zijn van samenwerking. Dit moedigt betrokkenheid en het inzetten competenties aan.

2.4.4 TECHNOLOGIE

Een organisatie is een plaats waar een vorm van arbeid wordt verricht. Andere benaderingen zien de organisatie als een plaats waar energie wordt gebruikt om materialen te transformeren; input wordt gevormd naar output. (Scott, 1987, p.22) Technologie van een organisatie is vaak ingebed in de machines en gereedschappen die bij dit proces worden aangewend. Ook vallen kennis en vaardigheden van deelnemers in de organisatie onder de term technologie. (Scott, 1987, p.23)

In een VO neemt informatietechnologie (IT) een sleutelrol in. Een digitaal communicatienetwerk verbindt teams en werknemers, distribueert informatie overal en te allen tijde. Dit is essentieel om de virtuele vorm van de organisatie te ondersteunen. (Lipnack & Stamps; 1997) Drie essentiële factoren voor een VO zijn: het gebruik van informatiesystemen, het gebruik van modules en informatie.

In deze paragraaf worden criteria besproken voor technologie in een VO. Speciale aandacht wordt besteed aan het gebruik van modules als beschreven door Venkatraman & Henderson (1998).

De inhoud en vorm van de gegevens die door informatiesystemen wordt gegenereerd is belangrijk, maar criteria hiervoor zullen in dit onderzoek buiten beschouwing worden gelaten. Wel wordt erkend dat de gegevens die informatiesystemen produceren in een zodanige vorm dienen te worden gegoten, dat deze voor mensen begrijpelijk en ook bruikbaar zijn. (Laudon, K.C. & Laudon, J.P., 2002, p.8)

Er zijn verschillende mogelijkheden om informatie effectief en efficiënt te verzamelen en te distribueren in een VO. *Gegevens met betrekking tot gebruik en ervaring van diensten en/of product kunnen worden verzameld in een centrale database.* Vanuit dit centrale punt kan de informatie beschikbaar worden gemaakt voor alle belanghebbenden. Het verzamelen kan automatisch worden gedaan via een 'intelligent agent'. (Venkatraman & Henderson, 1998, p.37) Deze 'intelligent agent' verzamelt en verzendt geregistreerde gebruikersinformatie en voorkeuren. Op deze manier kan de dienst of het product, de beschikbaarheid van modules en de mate van participatie van de gebruiker worden aangepast aan de hand van gebruikersstatistieken.

Om een hefboomwerking van kennis en expertise mogelijk te maken is er op het niveau van operationele taken in een VO behoefte aan een integrale controlesystemen. (Venkatraman & Henderson, 1998, p.44) De effectiviteit van een team of operationele eenheid kan namelijk niet worden bereikt door één individu door een gebrek aan kennis. *Een integraal controlesysteem maakt coördinatie op teamniveau mogelijk en de uitwisseling van informatie en kennis.* De mogelijkheid van een organisatie om processen effectief te maken, wordt toenemend ondersteund door verbeteringen in IT-functionaliteiten als groupware, teleconferencing, intranetten. In het verlengende van deze ondersteunende faciliteiten dienen teams effectieve routines te ontwerpen om kennis en expertise te delen. (Venkatraman & Henderson, 1998, p.44) Op deze manier worden deelnemers in bezigheden bewust van de noodzaak van het verzamelen en verspreiden van kennis en expertise. *Op inter-organisatorisch niveau is het belangrijk dat de uitwisseling van kennis en de beoogde hefboomwerking zich niet beperkt tot de grenzen van een organisatie.* In een VO vindt dit ook plaats over de grenzen van een organisatie heen. (Venkatraman & Henderson, 1998, p.45) Een mogelijke faciliteit hiervoor is vorm van een integraal IT-platform, dat verbinding verzorgt voor een snelle transmissie van informatie. Hierdoor wordt de binding tussen organisatie, de gemeenschap van cliënten en gebruikers verstevigd. Ontwikkende virtuele gemeenschappen dienen als een mechanisme voor het verzamelen en legitimeren van kennis en expertise. (Venkatraman & Henderson, 1998, p.47) Deelnemers kunnen, bijvoorbeeld ondersteund door een digitaal forum, ervaringen en kennis delen. Het is belangrijk dat kennis en expertise wordt gekoesterd, omdat dit een hefboomwerking kan veroorzaken wat verschillende positieve invloeden kan hebben op de organisatie als geheel.

In een VO wordt waar mogelijk gebruik gemaakt van modules. IT maakt het mogelijk om organisatieprocessen (voor productie of serviceverlening) uit te besteden in combinatie met het gebruik van modules. Dit houdt in dat een product of dienst wordt opgedeeld in componenten. Een module is dus onderdeel van een groter systeem. Verschillende organisaties nemen de verantwoordelijkheid op zich voor het ontwerp en ontwikkeling van verschillende modules. Organisaties kunnen er van op aan dat er een betrouwbaar product of dienst ontstaat uit hun collectieve inspanningen. (Baldwin et al., 1997, p. 85) Op organisatorisch niveau ontstaat de verschuiving naar het uitbesteden van een of meerdere organisatieprocessen naar een externe leverancier. Het efficiënt aanwenden van modules van producten of diensten wordt ondersteund door elektronische data-uitwisseling. (Venkatraman & Henderson, 1998, p.35) Modules kunnen worden aangewend naar behoefte en het creëert nieuwe mogelijkheden en flexibiliteit. De controle over uitbesteedde processen die een mate van onderlinge afhankelijkheid vertonen met het primaire proces van de organisatie zijn gewaarborgd. IT het mogelijk maakt te allen tijde, op elke geografische locatie, deze te monitoren en te controleren.

2.5.5 OMGEVING

Elke organisatie bestaat in een bepaalde, fysieke, technologische, culturele en sociale omgeving. Aan de omgeving zal de organisatie zich moeten aanpassen. (Scott, 1998, p.23) Volgens Scott (1998) is geen enkele organisatie zelfvoorzienend en bestaat er een afhankelijkheid van relaties die zijn aangegaan in het grotere systemen waar de organisatie deel van is. *Een VO bevindt zich in een netwerk waarin alle benodigde middelen en competenties aanwezig zijn.* De omgeving heeft invloed op elk van de hier genoemde organisatie-elementen. Op zijn beurt beïnvloedt de organisatie de omgeving. Het constant veranderen van de omgeving, hetzij in de vorm van privacy-wetgeving of eisen voor het leveren van AWBZ-zorg, vereist flexibiliteit van een VO. Het is van belang dat een organisatie over zijn grenzen heen kijkt. Als een VO zich flexibel opstelt kan de organisatie inspringen op en profiteren van nieuwe uitdagingen en mogelijkheden die door de veranderende omgeving mogelijk worden gemaakt.

2.5.6 MANAGEMENT

Elk netwerk heeft zijn eigen uitdagingen wat betreft het managen van het netwerk. Grofweg is er onderscheid te maken tussen een horizontaal en een verticaal netwerk. Een horizontaal netwerk vereist beslissingen omtrent de mate van autonomie van de individuele delen van de netwerkorganisatie.

Daarnaast moet ook worden gekeken welke processen gestandaardiseerd kunnen worden binnen het netwerk. (Hayes et al., 2005, p. 152)

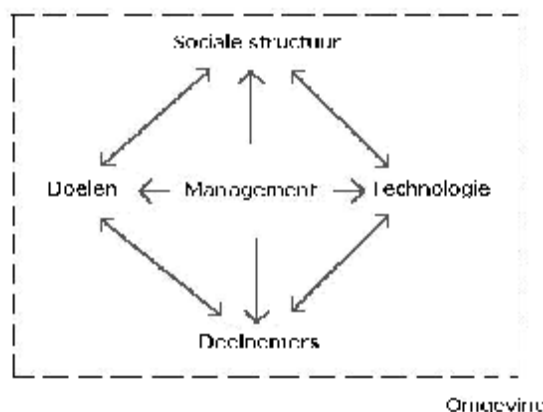
Horizontale netwerken zijn over het algemeen meer geschikt voor minder complexe en minder kapitaal intensieve technologieën. (Hayes et al., 2005, p. 152) Autoriteit is gedecentraliseerd, wat flexibiliteit en toegankelijkheid aanmoedigt. In gedecentraliseerde organisaties dienen de managers van verschillende locaties te beschikken over een breed aantal vaardigheden. Hieronder vallen een groot aantal taken als het monitoren, evalueren en motiveren. Het centrale management probeert controle te behouden en richting te geven door het ontwikkelen, communiceren, en het coördineren van gemeenschappelijk beleid, standaarden en procedures. (Hayes et al., 2005, p. 153) In een verticaal netwerk ligt de nadruk op het coördineren van goederen- en materiaalstromen en het ondersteunen van de ontwikkeling en introductie van producten. (Hayes et al., 2005, p. 153) Verticale netwerken zijn meer geschikt voor complexe, deelbare en kapitaalintensieve processen. Elke productielocatie is er één in de reeks is van meerdere locaties die elk waarde toevoegen aan een eindproduct. (Hayes et al., 2005, p. 153)

De VO dient de flexibiliteit van onafhankelijke niet verticaal geïntegreerde organisaties te combineren met de strakkere connecties die gevonden worden in een hiërarchie. (Hayes et al., 2005, p. 154)

Afhankelijk van de mate van deelbaarheid, complexiteit en kapitaalintensiviteit van het productieproces, dient er een afweging te worden gemaakt in de mate van autonomie van deelnemers in het netwerk. Een hogere centralisatie van het management, wordt bereikt doormiddel van standaardisatie. (Hayes et al., 2005, p. 154) Dit heeft tot gevolg dat de communicatie en coördinatie verbeteren. Hierbij moet echter goed worden gelet op de compatibiliteit van de IT die deze communicatie en coördinatie tussen netwerkcomponenten ondersteunen.

2.6 CONCLUSIE

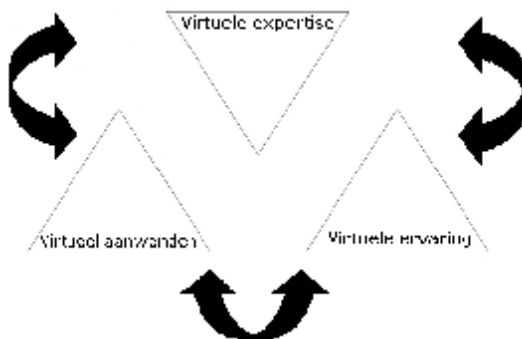
Uit de beschreven literatuur is duidelijk geworden dat een organisatie op te delen is in meerdere elementen. In het vervolg van dit onderzoek zal als analysekader een aangepast model gebruikt worden van Leavitt (1965). [Figuur 2] Scott (1987) voegde reeds het element 'omgeving' toe aan dit model. In dit onderzoek wordt ook gekeken naar het element 'management'. De pijlen in het model geven de wederzijdse beïnvloeding tussen de elementen aan. Het 'management' is in het hart van het model geplaatst, omdat dit de overige elementen dirigeert. De 'omgeving' is weergegeven als een onderbroken lijn. Dit geeft aan dat dit element alle overige elementen beïnvloedt, maar moeilijk een scheiding is te geven tussen de organisatie en de omgeving van de organisatie. In dit model wordt de omgeving als onderdeel van de organisatie beschouwd.



[Figuur 2: Leavitt's Diamond (1965) met toevoeging management]

Het doel van dit onderzoek is beschrijven welke virtuele organisatie-elementen nodig zijn in het zorgnetwerk voor DTL in de G4. Hiervoor is een theoretische beschrijving gegeven van de inhoud van deze organisatie-elementen in een VO. Als uitgangspunt zijn hier de drie virtuele onderdelen genomen beschreven door Venkatraman & Henderson. [FIGUUR 3].

Aangevuld met theorieën van Baldwin et al. (1997), Hayes et al. (2005), Jaffee (2000), Lipnack & Stamps (1997) en Meyerson, Weick & Kramer (1996) zijn er tien hoofdkenmerken te onderscheiden die gekoppeld worden aan de organisatie-elementen. Deze hoofdkenmerken worden als criteria gebruikt waar aan moet worden voldaan om het element te laten passen in een VO voor DTL.



[Figuur 3: Weergave elementen Venkatraman & Henderson (1998)]

De organisatie-elementen in het huidige zorgnetwerk voor DTL in de G4 worden onderzocht aan hand van deze criteria. Gekeken wordt welke elementen reeds aanwezig zijn en welke elementen nog niet aan de criteria voldoen om te worden beschouwd als een virtueel organisatie-element. Uiteindelijk kan worden geconcludeerd welke virtuele organisatie-elementen ontbreken en toegevoegd dienen te worden. Deze tien criteria luiden afgaande op de beschreven literatuur als volgt:

Doelen

- Doelen dienen met elkaar afgestemd te zijn en met elkaar overeen te komen.
- Er dient toezicht te worden gehouden op de consistentie van doelen zonder dat dit nadelig uitpakt voor de flexibiliteit van de VO.

Deelnemers

- Elke deelnemer dient deel te kunnen nemen in de organisatie doormiddel van een op IT gebaseerde infrastructuur.

Sociale structuur

- 'Sense-making'-informatie wordt verspreid in de vorm van duidelijke opgestelde rolverwachtingen protocollen en procedures, waardoor vertrouwen tussen deelnemers wordt verstevigd.

Technologie

- Informatie wordt effectief en efficiënt verzameld en gedistribueerd in een centrale database.
- Er wordt gebruik gemaakt van modules door producten/diensten op te splitsen in componenten, zonder verlies van controle.
- Er is een integraal controlesysteem om coördinatie op teamniveau en de uitwisseling van informatie en kennis mogelijk te maken.
- Ontwikkende virtuele gemeenschappen dienen als een mechanisme voor het verzamelen en legitimeren van kennis en expertise over de grenzen van de organisatie heen

Omgeving

- Er bestaat een netwerk waarin alle benodigde middelen en competenties aanwezig zijn.

Management

- De VO dient de flexibiliteit van onafhankelijke niet verticaal geïntegreerde organisaties te combineren met de strakkere connecties die gevonden worden in een hiërarchie.

3. HUIDIGE ZORGNETWERKEN VOOR DTL IN DE G4

3.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk worden bevindingen afkomstig uit de interviews en bestudeerde stukken beschreven. Deze bevindingen gaan over de huidige inrichting van de zorgnetwerken voor DTL in de G4 met de focus op het opstellen en uitvoeren van trajectplannen. Uit interviews en de studie van beleidsdocumenten blijkt dat de aanpak in de vier grote steden in grote mate overeenkomt. Alle interviews onderschreven ook het beeld dat ontstaat uit de bestudering van formele bronnen. Voor een meer gedetailleerde beschrijving per gemeente (zie bijlage C), waar in detail de werkwijze van de verschillende zorgnetwerken zijn beschreven.

3.2 HUIDIGE WERKWIJZE IN DE ZORGNETWERKEN VOOR DTL IN DE G4

In de praktijk wordt gewerkt met de volgende fasen in overeenstemming met een zogenaamde 'value shop'. Deze stappen zijn vertaald in: Toegang & Probleeminventarisatie, Opstellen concept-Trajectplan, Toewijzing en plaatsing, Uitvoering & Monitoren en Evaluatie.

Toegang & Probleeminventarisatie

In elke gemeente bestaat er een centraal toegangspunt tot het zorgnetwerk voor DTL. Verschillende opvanginstellingen werken samen met dit toegangspunt. Deze toegangspunten zijn gericht op cliënten met een (langdurige) zorgbehoefte. Op termijn zijn deze toegangspunten zowel een fysiek als digitaal loket, waar een DTL of zijn verwijzer een zorgaanvraag kan indienen. In elke gemeente wordt de probleeminventarisatie uitgevoerd met de instrumenten die worden aangereikt in het Plan van Aanpak MO 2006. De tijdelijke cliëntmanager verzamelt gegevens met betrekking tot de huidige situatie van de cliënt. Hieronder vallen persoonsgegevens, de behandelgeschiedenis en diagnosestellingen van de cliënt uit bestaande systemen. Deze basisinformatie wordt verwerkt in een Algemeen Diagnose formulier en uiteindelijk digitaal opgeslagen. Op dit moment wordt informatie verzameld met behulp van verschillende registratiesystemen, welke ook verschillen per gemeente. Voorbeelden hiervan zijn REGAS en CLEVER.

Opstellen concept-Trajectplan

Op basis van het ingevulde AD-formulier wordt een concept-trajectplan opgesteld. Aanvullend worden extra zorgplannen verzameld van bijvoorbeeld GGZ-instellingen of verslavingszorg. Een zorgplan is een meer uitvoerige planning op een specifiek domein. Voorbeeld is een zorgplan met als doel de behandeling van een psychische aandoening. Aan de hand van het AD-formulier en de deelplannen wordt het Trajectplanformulier ingevuld. In een bijlage van het formulier wordt extra informatie toegevoegd voor de domeinen dagbesteding, huisvesting, inkomen en zorg. Deze informatie omvat de huidige toestand op dit domein, de te behalen doelen, een tijdsplanning en waar en bij wie verantwoordelijkheden liggen.

Toewijzing en plaatsing

Op regelmatige tijdstippen bespreken deskundigen alle nieuwe aanmeldingen in een centraal overleg. Concept-Trajectplannen worden ter goedkeuring voorgelegd. De voorzitter van dit overleg is de veldregisseur. In de vergadering wordt bepaald of de cliënt al dan niet in aanmerking komt voor een ABWZ-indicatie. Deze indicatie maakt duidelijk in welke mate de cliënt aanspraak kan maken op zorg die wordt vergoed door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Deze indicatie wordt uitgevoerd door een medewerker van het Centrum Indicatiestelling Zorg. Komt in de vergadering naar voren dat de cliënt aanspraak kan maken op AWBZ-zorg, dan wordt de indicatie gesteld in overleg met een CIZ-deskundige die bij de dossierbespreking aanwezig is.

Vervolgens worden de zorgvraag, de zorgzwaarte en de noodzakelijke zorg besproken. Ook wordt bepaald welke instelling het meest geschikt is om die zorg te bieden. Is er bij de meest in aanmerking komende instelling geen plaats, dan wordt de één na beste oplossing gezocht. De voorkeur van cliënt weegt hierin

zwaar mee. Indien er sprake is van een ABWZ-indicatie, dan zal het CIZ binnen een dag na de vergadering het voorstel van het Indicatiebesluit toetsen aan de criteria en de nodige gegevens doorgeven aan het Zorgkantoor. Het zorgkantoor is belast met de uitkering van AWBZ-gelden. Het Zorgkantoor wordt geïnformeerd over de voorkeursinstelling van de cliënt. Na de vergadering worden drie partijen geïnformeerd: de cliënt, de hulpverlener die de aanmelding deed en de instellingen die de zorg gaan bieden.

Uitvoering en monitoren

Er wordt toegewerkt naar een situatie waar de cliëntmanager elke mutatie met betrekking tot de uitvoering van trajectplan van de cliënt bijhoudt in een elektronisch dossier. Op het moment van schrijven was dit nog niet in elke gemeente het geval. Er wordt gewerkt in afzonderlijke systemen en er bestonden nog geen centrale dossiers. Zowel de veldregisseur als de cliëntmanager dienen op korte termijn te alle tijde toegang tot de dossier te hebben. Bij stagnatie van de uitvoering van het trajectplan wordt de veldregisseur ingeschakeld. Stagnatie kan voorkomen doordat de vereiste voorziening niet beschikbaar is, de zorg niet de verwachte invloed heeft op de cliënt of elke andere redenen waardoor doelstellingen niet op tijd kunnen worden behaald.

Om aanspraak te kunnen blijven maken op AWBZ-gelden, dienen het aantal uren AWBZ-zorg dat is geleverd doorgegeven te worden aan het CIZ. Dit is mogelijk via een beveiligde website van het CIZ. Wordt er minder zorg besteed dan gebudgetteerd, dan ontvangt de betreffende instelling ook minder AWBZ-gelden.

Evaluatie

De veldregisseur brengt met regelmaat de cliënten, met een vastgesteld trajectplan, ter beoordeling op het centraal overleg. Gedurende de bijeenkomst wordt de voortgang van deze trajecten doorgenomen. Waar nodig worden per cliënt nadere afspraken gemaakt en indien noodzakelijk worden aanvullende diagnoses gemaakt en nieuwe trajecten gestart.

3.3 HUIDIGE FUNCTIEVERDELING IN DE ZORGNETWERKEN VOOR DTL IN DE G4

In voorgaande beschrijving van de werkwijze rond het opstellen en uitvoeren van het trajectplan, kwamen twee functies aan bod. In deze paragraaf zal de inhoud van deze twee functies worden beschreven gebaseerd op afgenomen interviews en het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang 2006.

Veldregisseur

De veldregisseurs bevinden zich in het gemeentelijke centrale coördinatiepunt. De gemeentelijke centrale coördinatiepunten hebben als taak de middelen en productie die nodig zijn voor een naadloos sluitende keten voor de dak- en thuislozenzorg te plannen. Hieronder valt ook het afsluiten van contracten over de levering van voorzieningen, bijvoorbeeld contracten met woningbouwstichtingen voor het beschikbaar stellen van woongelegenheden. Hiernaast krijgen de centrale coördinatiepunten ook als taak om te opereren als een schakelpunt naar andere instanties. Een voorbeeld waarbij het coördinatiepunt als schakelpunt opereert is bij de overdracht van ex-gedetineerden.

De gemeentelijke centrale coördinatiepunten zijn ook de locatie waar potentiële cliënten worden aangemeld. Niet elke partij in het gemeentelijk zorgnetwerk heeft toegang tot dit loket voor aanmelding. Samenhangend met de aanmelding van potentiële cliënten is het gemeentelijk centraal coördinatiepunt ook verantwoordelijk voor het faciliteren van een screeningscommissie. Deze commissie geeft advies over aanmeldingen met een complexe problematiek. Dit advies bestaat uit de goedkeuring van het trajectplan en een verwijzing naar een bepaalde hulpinstantie. Naast het faciliteren van deze commissie, ligt bij deze commissie ook de verantwoordelijkheid van het toedelen van cliënten aan de cliëntmanager bij de uitvoerende instellingen. Hierbij wordt uiteraard rekening gehouden met de capaciteit en bijvoorbeeld de hoeveelheid ingekochte zorgtrajecten bij de instellingen.

Na het toedelen van de cliënten is het coördinatiepunt verantwoordelijk voor de registratie, toezicht houden op de opslag van cliëntgegevens en de ingezette behandeltrajecten. Tijdens de uitvoering van het behandeltraject is het coördinatiepunt een ondersteuning voor de cliëntmanager in het geval van problemen. Mocht het behandeltraject stagneren dan is het coördinatiepunt bevoegd in te grijpen.

Bijvoorbeeld door het inlassen van een overleg of het opnieuw afstemmen van de taken van ketenpartners door de prioriteiten en doelstellingen voor de cliënt te herschikken. Verder is het coördinatiepunt verplicht te rapporteren aan de bevoegde wethouder over de huidige staat van de DTL-problematiek in de gemeente. Hieronder valt onder andere het aantal trajecten dat in de huidige gemeente loopt.

De veldregisseurs dragen zorg voor dagelijks naadloos sluitende keten. Zij werken in opdracht van de gemeente, in de meeste gevallen de GGD en hebben de volgende taken:

- De veldregisseur beschikt over de gegevens van cliënten. Zo kan het functioneren van de ketens en de delen waaruit deze samengesteld worden gevolgd en kan op basis hiervan bepalen worden welke knelpunten en tekorten er zijn.
- De veldregisseur doet, in overleg met de cliëntmanager, voorstellen voor aanpassing en waar mogelijk beëindiging van trajecten van individuele cliënten. Deze voorstellen worden besproken met de betrokken dossierhouder en de cliëntmanager en kunnen leiden tot aangepaste of beëindigde trajecten.
- De veldregisseur grijpt in wanneer een individueel traject stagneert en het de cliëntmanager niet lukt een oplossing te bereiken.

Clieëntmanager

Vanaf het eerste contact tot het einde van een traject kan een cliëntmanager verbonden zijn aan één cliënt. Elke cliënt heeft zijn eigen persoonlijke cliëntmanager. In eerste instantie treedt de cliëntmanager op als een tijdelijke cliëntmanager. De cliënt wordt via een instelling waardoor hij is gesignaleerd toe geleid naar het gemeentelijk centraal coördinatiepunt. Hier wordt onder begeleiding van de tijdelijke cliëntmanager een aanmelding gedaan. De cliëntmanager verricht binnen een week de intake van de aan hem toegewezen cliënten met behulp van het Aanmeldings- en Diagnose-Formulier. Dit formulier dient te worden besproken en door zowel de cliënt als de cliëntmanager te worden ondertekend. Vervolgens wordt op basis van deze intake een digitaal dossier van de cliënt aangemaakt. Dit dossier bevat persoonsgegevens, diagnosestellingen en het trajectplan. Het dossier dient bij elke mutatie te worden bijgewerkt door de cliëntmanager. Op basis van dit dossier stelt de cliëntmanager vast welke nadere informatie in de vorm van diagnosestellingen en verdere informatieverzameling nodig is. Dit ten behoeve van de opstelling van een concepttrajectplan. Hiervoor worden afspraken gemaakt bij ketenpartners onder verlening van toegang tot het digitale dossier van deze cliënt.

Na het verzamelen van de informatie is de cliëntmanager verantwoordelijk voor de opstelling en vaststelling van het individuele concept trajectplan. Dit wordt in de vorm van een formulier met bijlagen digitaal naar de veldregisseur verstuurd. Na de bevestiging van het trajectplan door een screeningscommissie start de uitvoering van dit trajectplan. De cliënt kan hier een andere cliëntmanager krijgen toegewezen, al naar gelang de prioriteiten gesteld in het trajectplan. Bij de trajecttoewijzing is voor een cliënt een ook een hoofddossierhouder aangewezen. Een hoofddossierhouder is in de meeste gevallen de instelling waar de klant woont of verblijft. Deze hoofddossierhouder kiest uit zijn personeel een cliëntmanager. De cliëntmanager bewaakt mede de uitvoering van het trajectplan en informeert de veldregisseur werkzaam bij het coördinatiepunt over de voortgang.

Na toedeling van een patiënt aan een zorginstelling en de vaststelling van het bijbehorende trajectplan, heeft de cliëntmanager de volgende taken omtrent de uitvoering van het trajectplan:

- De cliëntmanager bewaakt de in het trajectplan gemaakte afspraken en spreekt partijen daarop aan. Daarnaast wordt gezorgd voor de coördinatie van alle activiteiten die in het kader van het trajectplan moeten plaatsvinden. De cliëntmanager zorgt ervoor dat het trajectplan wordt uitgevoerd en grijpt in als de uitvoering stopt. Daarnaast vindt regelmatig afstemming plaats met overige ketenpartners.
- De toeleiding van de cliënt naar diagnosestellingen, zorg en opvang, werk en inkomen, wonen en dagbesteding. Dit kunnen dus ook diagnosestellingen bij derden zijn die niet voorkomen in het

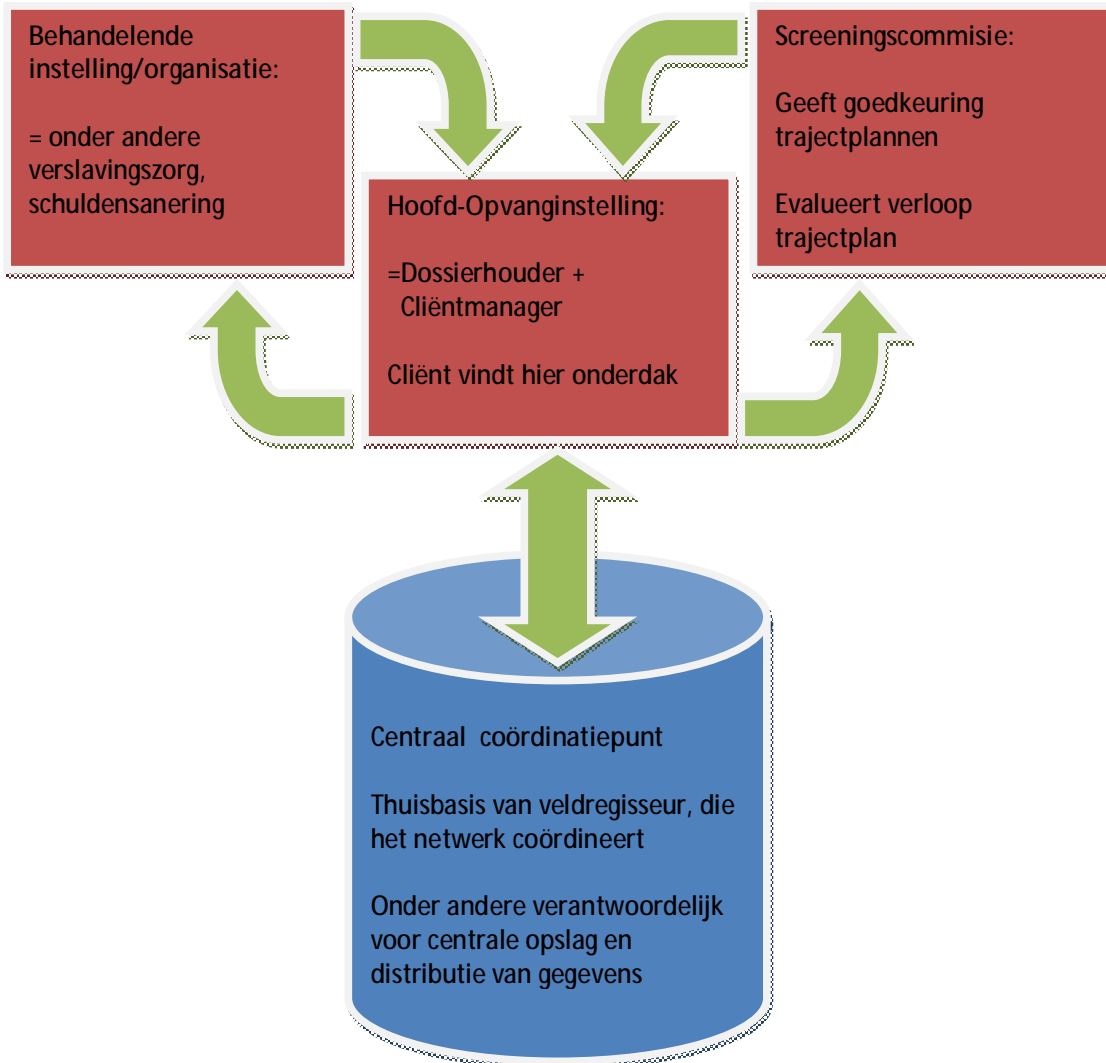
trajectplan.

Beheer van het digitale dossier van de cliënt; de cliëntmanager zorgt ervoor dat het elektronische dossier van de cliënt volledig en actueel is.

- Maandelijkse voortgangsrapportage van de individuele trajectplannen aan veldregisseurs. De cliëntmanager streeft naar overeenstemming met de ketenpartners over de te volgen aanpak. De cliëntmanager informeert de veldregisseur over de voortgang van het traject van zijn cliënt en doet waar nodig voorstellen om stagnatie in het traject op te lossen. De cliëntmanager kan ook voorstellen doen om aanpassingen in het afgesproken trajectplan aan te brengen.

3.3 SCHEMATISCHE WEERGAVE ZORGNETWERK VOOR DAK- EN THUISLOZEN

De verschillende deelnemers, functies en informatiestromen kunnen als volgt worden weergegeven:



Figuur 4: gegevensstromen tussen deelnemers in zorgnetwerk DTL

4. ANALYSE HUIDIGE ORGANISATIE-ELEMENTEN IN HET ZORGNETWERK VOOR DTL

In dit hoofdstuk worden per element de criteria die gelden in een VO behandeld. De opgestelde criteria gelden als ideale situatie in een VO. In dit hoofdstuk wordt gekeken in hoeverre aan deze criteria wordt voldaan in de huidige situatie in het zorgnetwerk voor DTL. Als hoofdbron voor de analyse worden de resultaten uit de afgenomen interviews en studie van beleidsdocumenten gebruikt.

4.1 DOELEN

In de zorgnetwerken van DTL worden doelen gesteld op verschillende niveaus. Op beleidsniveau zijn er verschillende doelstellingen opgesteld met betrekking tot het aantal DTL in een gemeente en het aantal DTL dat trajectplannen dient te doorlopen. In het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang 2006 zijn deze doelstellingen terug te vinden. Deze doelstellingen zijn ook ondertekend door de gemeenten en de belangrijkste zorginstellingen die aanwezig zijn in de betreffende gemeente. Op operationeel niveau wordt er door de cliëntmanager persoonlijke doelen opgesteld voor de DTL. Dit varieert van schuldensanering tot het ondergaan van een afkicktraject. Deze doelstellingen worden verwerkt in het trajectplan. Het is aan de toegewezen behandelaars om deze doelstellingen te bereiken. Na het opstellen van deze doelstellingen worden deze nogmaals besproken in een centraal overleg met vertegenwoordigers van de verschillende gemeentelijke zorginstellingen.

Doelen dienen met elkaar afgestemd te zijn en met elkaar overeen te komen.

Het eerste criterium voor doelen in een VO stelt dat er consistentie van doelen dient te bestaan. In het zorgnetwerk van DTL wordt op meerdere gebieden rekening gehouden met de consistentie van doelen. In alle vier de grote gemeenten worden op beleidsniveau algemene doelstellingen gecreëerd voor het betreffende zorgnetwerk als geheel. Deze zijn onder andere terug te vinden in het Plan van Aanpak MO 2006. Op operationeel niveau, bij zorginstellingen ter plaatse, worden doelstellingen geformaliseerd in het trajectplan en daarna nog eens doorgesproken met belanghebbenden tijdens een screeningoverleg. Door het gemeenschappelijk opstellen en vastleggen van doelen wordt aan dit eerste criterium voldaan.

Er dient toezicht te worden gehouden op de consistentie van doelen zonder dat dit nadelig uitpakt voor de flexibiliteit van de VO.

Het tweede criterium in dit element stelt dat er toezicht dient te worden gehouden op de consistentie van doelen zonder dat dit nadelig uitpakt voor de flexibiliteit van de VO. Het toezicht houden van de mate waarin doelstellingen worden bereikt in een behandeltraject wordt gedaan door zowel de cliëntmanager als veldregisseur. De cliëntmanager is in elke gemeente verantwoordelijk voor het bijhouden van een actueel digitaal dossier. Mocht er stagnatie in het traject voorkomen, in de vorm van deadlines die worden overschreden, dan dient dit gemeld te worden aan de veldregisseur. De veldregisseur grijpt dan in, zodat doelstellingen alsnog gehaald worden of zo nodig bijgesteld worden.

De geïnterviewde cliëntmanagers gaven aan dat zij veel tijd kwijt waren aan het invullen van formulieren, die actuele informatie moeten leveren over de voortgang van een traject. Formulieren moesten zowel schriftelijk als ook digitaal worden verwerkt. Uit de interviews is duidelijk geworden dat de uren die zorginstellingen besteden aan DTL sterk worden gecontroleerd door het CIZ. Bij de zorginstellingen zijn medewerkers verplicht om door te geven hoeveel uren zorg er aan een DTL wordt besteed. Wordt er minder zorg besteed aan een DTL dan is gebudgetteerd, dan ontvangt de organisatie ook een lagere AWBZ-bijdrage van het regionale zorgkantoor. De registratie van de voortgang van trajecten neemt veel tijd in beslag. Actuele informatie is echter nodig om duidelijk te krijgen of doelstellingen worden behaald. Uit de interviews is duidelijk geworden dat de strakke registratieprocedures als belastend worden ervaren. Mede door het feit dat sommige formulieren incorrect of onvolledig worden ingevuld, waardoor de verwerking meer tijd vereist. Door deze verplichtingen kunnen werknemers minder flexibel omgaan met hun tijd en

middelen, omdat er door verplichtte registratie minder uren per cliënt kunnen worden besteed. Dit element past in de huidige vorm niet in een VO voor DTL, doordat de belastende en strakke registratieplicht de speelruimte van werknemers belemmert. Een zorgtraject voor DTL vergt een flexibele opstelling van de zorgorganisaties, omdat snel en accuraat optreden met betrekking tot de specifieke zorgvraag van de DTL noodzakelijk is. Snel optreden is noodzakelijk, omdat de kans op terugval van deze cliënten groot is. Om optimaal gebruik te maken van flexibiliteit van de organisaties zijn vlotte en accurate registratieprocedures vereist.

4.2 DEELNEMERS

In de zorgnetwerken van DTL bevinden zich een groot aantal deelnemers die zich bezig houden met de DTL. De organisaties vallen grofweg in te delen in de categorieën:

- Wonen en opvang
- Medische / psychische zorg & verslavingzorg
- Inkomen en schuld
- Arbeid, opleiding, dagbesteding
- Justitie en politie
- Sociaal netwerk en relaties

Daarnaast zijn er zorginstellingen waar de DTL tijdelijk onderdak vindt en waar de cliëntmanager zich bevindt. De plaatselijke GGD fungeert als centraal coördinatiepunt. De organisaties uit de bovenstaande categorieën leveren samen de zorg die de DTL nodig heeft.

Elke deelnemer dient deel te kunnen nemen in de organisatie doormiddel van een op IT gebaseerde infrastructuur.

In een VO worden deelnemers, bijvoorbeeld ook cliënten, zoveel mogelijk betrokken bij de organisatie. Doormiddel van een op IT gebaseerde infrastructuur kunnen zij invloed uitoefenen op productie- of ontwerpprocessen. Een gevolg hiervan is dat er virtuele gemeenschappen ontstaan waardoor deelnemers informatie en ervaringen over producten en diensten kunnen uitwisselen. De producent kan hierin actief participeren en zo zijn dienst of product of service aanpassen aan de hand van de ontvangen feedback.

Uit interviews is gebleken dat de DTL in elke gemeente passief is bij het opstellen en uitvoeren van het trajectplan. Naast het verstrekken van zijn gegevens en het ondergaan van de behandelingen is er weinig sprake van zelfmanagement in het traject. Hiervoor zijn wel mogelijkheden toe. Een tweede punt is dat in geen één gemeente de belangrijkste zorgorganisaties zijn aangesloten bij het centrale coördinatiepunt. Dit betreft zowel organisaties binnen de gemeenten als in de aangrenzende gemeenten. Aangrenzende gemeenten herbergen ook organisaties voor DTL. Echter opereren zij los van centrale coördinatiepunten en zijn zij niet altijd aangesloten op andere registratiesystemen als REGAS of CLEVER. Het is mogelijk dat zij hun capaciteit en competenties aanwenden om problemen in centrumgemeenten op te lossen. Dit element voldoet in zijn huidige vorm dus niet aan het gestelde criterium.

4.3 SOCIALE STRUCTUUR

Tijdens het opstellen en uitvoeren van trajectplannen worden de expertisen van meerdere organisaties gecombineerd. Onder andere maatschappelijk werkers, psychologen, psychiaters en budgetconsulenten leveren elk een eigen bijdrage met betrekking tot het behalen van de doelstellingen uit het trajectplan. De cliëntmanager is de schakel tussen de verschillende zorgverleners die nodig zijn voor de uitvoering van het trajectplan. De cliëntmanager verzamelt diagnoses en controleert de voortgang in de zorgplannen.

'Sense-making'-informatie wordt verspreid in de vorm van duidelijke opgestelde rolverwachtingen protocollen en procedures, waardoor vertrouwen wordt versterkt.

Het aanstellen van één persoon die de cliënt begeleidt, zorgt voor een duidelijke rolverdeling en rolverwachtingen. Er ontstaat een hechte relatie tussen DTL en cliëntmanager en hierdoor ontstaat er snel een gemeenschappelijk referentiekader. De cliëntmanager kent de wensen van de DTL en wat voor gedrag er van de DTL verwacht kan worden. De relaties tussen de zorgverleners die betrokken zijn bij de uitvoering van het trajectplan zijn, met name aan de start van een zorgtraject, onderling veel minder sterk.

Per trajectplan hebben de DTL en cliëntmanager te maken met een combinatie van verschillende zorgverleners/collega's. Hierdoor zal er in korte periode een gemeenschappelijk referentiekader moeten worden opgericht, met betrekking tot de uitvoering van het specifieke trajectplan voor de DTL. De cliëntmanager draagt hier zorg voor. Hij is het aanspreekpunt voor de verschillende zorgverleners en stelt via het trajectplan duidelijk wat er van de individuele zorgverleners wordt verwacht en wat zij van de DTL kunnen verwachten als het gaat om het gedrag. Daarboven staat de veldregisseur die duidelijke procedures, protocollen en rolverwachtingen kan vastleggen met de zorgorganisaties. Dit gebeurt doormiddel van het contracteren van de zorgverleners, het ondertekenen van convenants en het plannen van de productie. Deze convenants en contracten herbergen de nodige 'sense-making'-informatie. Concrete voorbeelden zijn kwaliteitsnormen, de gemeenschappelijke visie en rolbeschrijvingen. Het vertrouwen in het zorgnetwerk wordt hierdoor versterkt. Dit gebeurt ook doordat de verschillende zorgverleners over middelen bezitten voor toekomstige werkzaamheden. Dit element past in zijn huidige vorm in een VO.

4.4 TECHNOLOGIE

In de DTL-zorg heeft IT ook zijn intrede gedaan. In de gemeenten worden de mogelijkheden onderzocht voor een volwaardig cliëntvolgsysteem, waar alle benodigde informatie van instroom van een traject tot de uitstroom wordt verzameld en beschikbaar gesteld.

Informatie wordt verzameld en gedistribueerd in een centrale database.

Op dit moment wordt in de vier grote gemeenten informatie verzameld in verschillende registratiesystemen. Voorbeelden hiervan zijn REGAS en CLEVER. Volgens geïnterviewden hebben de huidige registratiesystemen mankementen. Zo zijn de informatiesystemen niet compatibel met elkaar. Informatie uit het systeem CLEVER is bijvoorbeeld niet exporteerbaar naar het gemeentelijk systeem dat wordt gebruikt in Rotterdam en Amsterdam. Daarnaast komt uit interviews ook naar voren dat standaardformulieren werden aangepast door de werknemers zelf, omdat zij bepaalde informatie niet in het formulier kwijt konden. Hierdoor kon de ontvangende partij deze informatie moeilijk verwerken. Geïnterviewden in Den Haag geven aan dat zij het overzicht kwijt zijn, waar de DTL zich bevindt in het trajectplan. Zij hadden te maken met een groot aantal DTL, die verspreid werden behandeld over meerdere locaties in de stad. Ook in de overige gemeenten komt het voor dat DTL op verschillende locaties in de stad wordt behandeld. Het gemeenschappelijk probleem dat zich hier voordoet is dat kennis of informatie niet te allen tijde, op elke geografische locatie beschikbaar. Aan dit criterium wordt in de G4 gewerkt. Op termijn moet deze informatie onderdak vinden in een centraal digitaal dossier. Op dit moment wordt nog niet voldaan aan dit criterium, omdat informatie niet altijd is te verzamelen in een centrale database.

Er is een integraal controlesysteem om coördinatie op teamniveau en de uitwisseling van informatie en kennis mogelijk te maken.

De cliëntmanager is verantwoordelijk voor het bijhouden van het digitale dossier. Dit dossier bestaat uit trajectplannen en zorgplannen. Uit de interviews is duidelijk geworden dat niet elke organisatie op het gemeentelijk informatiesysteem is aangesloten. Essentiële (historische) informatie van de DTL kan ontbreken, omdat het niet toegankelijk is in een database. Oorzaken hiervan zijn het niet registreren van

gegevens of de betreffende instantie is niet aangesloten op het informatienetwerk. Een geïnterviewde in Utrecht geeft als treffend voorbeeld dat een papieren dossier persoonlijk door een medewerker op een andere locatie werd afgeleverd. Dit veroorzaakte een vertraging in de behandeling. Ook moet de cliëntmanager er als nog voor zorg dragen dat de informatie werd ingevoerd in de centrale database. Informatie wordt op dit moment verstrekt via e-mail, telefonisch contact of ingevoerd via een portal. Integrale systemen waar elk organisatieonderdeel zijn informatie mee kan uitwisselen bestaat tot op heden niet. Er bestaan wel verschillende controlesystemen die niet integraal zijn. Voorbeelden hiervan zijn zorgstroom.nl waar trajectplannen mee worden uitgewisseld in Amsterdam of de portal van het CIZ waar de urenregistratie met betrekking tot geleverde AWBZ-zorg plaatsvindt. Deze systemen opereren onafhankelijk van elkaar en sluiten niet altijd op elkaar aan. Aan dit criterium wordt nog niet voldaan.

Ontwikkende virtuele gemeenschappen dienen als een mechanisme voor het verzamelen en legitimeren van kennis en expertise over de grenzen van de organisatie heen.

In een VO dienen kennis en expertise te worden verzameld over de grenzen van de organisatie heen door middel van de vorming van virtuele gemeenschappen. Een voorbeeld hiervan is een digitaal forum. Het is voor een VO van belang dat de uitwisseling van kennis ook plaats vindt over grenzen van een organisatie heen. Een digitaal communicatienetwerk moet teams en werknemers verbinden. Dit is essentieel om de virtuele vorm van de organisatie te ondersteunen. Tot op heden is informatie moeilijk uitwisselbaar. Kennis en expertise kunnen worden gehaald uit de ervaringen die worden opgedaan uit de behandeling van DTL. Er is voor zover bekend in geen één gemeente sprake van een vorm van virtuele gemeenschap, waar ervaringen of kennis over een DTL en behandelingen digitaal worden verzameld en geïntegreerd.

Er wordt gebruik gemaakt van modules door producten/diensten op te splitsen in componenten, deze componenten kunnen worden uitbesteed zonder verlies van controle.

Informatie en diensten kunnen worden gegroepeerd in modules, zodat noodzakelijke informatie of services alleen toegankelijk is voor geautoriseerde gebruikers. De cliënt of behandelaar krijgt alleen de informatie en services tot zijn beschikking die voor zijn taak van belang is en op een begrijpelijke manier. Dit betekent dat een veldregisseur bij inzage van een dossier geaggregeerde informatie ziet met betrekking tot de voortgang. Bijvoorbeeld in hoeverre verschillende trajectplannen zijn voltooid. Een cliëntmanager heeft beschikking over gedetailleerde informatie over afspraken en kan via een applicatie afspraken herzien of maken.

Tot op heden gebeurt dit niet. Er is sprake van los, naast elkaar opererende systemen met elk hun eigen functie. Er bestaat geen werkend, overkoepelend systeem, waarin informatie over verschillende typen zorg en services zijn gecategoriseerd in samenhangende componenten. Men is op dit moment wel bezig met het opzetten van cliëntvolgsystemen met als basis een digitaal dossier. Een voorbeeld hiervan is het systeem Evita in Rotterdam. Ook de overige gemeenten werken aan een gelijkend cliëntvolgsysteem. Systemen opereren in alle gemeenten nu los van elkaar en zijn niet onderdeel van een overkoepeld systeem. Aan dit criterium wordt niet voldaan.

4.5 OMGEVING

Er bestaat een netwerk waarin alle benodigde middelen en competenties aanwezig zijn.

De uitdaging in dit element ligt in het creëren van een netwerk waarin alle benodigde middelen en competenties aanwezig zijn. In het zorgnetwerk voor DTL ligt deze verantwoordelijkheid bij de veldregisseur. De veldregisseur maakt afspraken met de zorgaanbieders en evalueert de samenwerkingsverbanden. Op deze manier wordt er voor gezorgd dat belangrijke relaties met belanghebbenden uit de omgeving worden onderhouden. Niet alle zorginstanties zijn aangesloten op het centrale coördinatiepunt, maar in de huidige netwerken kunnen wel sluitende trajectplannen worden geboden. Alle benodigde middelen en competenties zijn aanwezig. Dit element voldoet aan de criteria.

4.6 MANAGEMENT

De VO dient de flexibiliteit van onafhankelijke niet verticaal geïntegreerde organisaties te combineren met de strakkere connecties die gevonden worden in een hiërarchie.

De afgelopen jaren is er een grotere mate van centralisatie ontstaan in de zorgnetwerken voor DTL. Dit komt tot uiting in de vorming van een gemeentelijke centraal coördinatiepunt, een centrale instroom van DTL en het introduceren van standaardprocedures. Er is grotere controle ontstaan door het centrale management. Het centrale management, de veldregie, probeert controle te behouden en richting te geven door het ontwikkelen, communiceren, en het coördineren van gemeenschappelijk beleid, standaarden en procedures. In het zorgnetwerk dient de flexibiliteit van onafhankelijke niet verticaal geïntegreerde organisaties gecombineerd te worden met de strakkere connecties die gevonden worden in een hiërarchie. Door de centrale regie en het gebruik van standaardprocedures wordt er getracht strakke connecties te vormen. De instanties behouden zelfstandigheid, maar worden gedirigeerd door veldregisseurs en cliëntmanagers. Hierdoor wordt een sluitend traject geboden aan de DTL. Door de onafhankelijkheid van de organisaties te waarborgen op uitvoerend niveau, behouden zij de flexibiliteit om de zorg in te richten naar de wensen van de cliënt. Dit element voldoet in zijn huidige vorm aan de eisen die aan een VO stelt.

4.7 CONCLUSIE

Geconcludeerd kan worden dat in de elementen doelen, deelnemers en technologie niet wordt voldaan aan de gestelde criteria om te komen tot een VO voor DTL. Samengevat is de registratieprocedure voor het beoordelen in welke mate doelen worden behaald te belastend. Ook worden niet mogelijkheden benut om de DTL te laten participeren in het opstellen en uitvoeren van het trajectplan. In het element technologie ontbreken belangrijk elementen in de vorm van informatiesystemen voor communicatie, controle en coördinatie, die noodzakelijke gegevens op duidelijke manieren dienen uit te wisselen en presenteren. In het volgende hoofdstuk zullen mogelijke oplossingen worden aangedragen om deze organisatie-elementen te vormen naar virtuele organisatie-elementen die passen in een VO voor DTL.

5. OPLOSSINGEN

In de elementen doelen, deelnemers en technologie wordt niet voldaan aan de gestelde criteria om te komen tot een VO. In deze paragraaf zullen mogelijke oplossingen per element worden aangedragen om deze elementen om te vormen tot virtueel organisatie-elementen in een VO voor DTL.

5.1 DOELEN

Er dient toezicht te worden gehouden op de consistentie van doelen zonder dat dit nadelig uitpakt voor de flexibiliteit van de VO.

In de huidige zorgnetwerken wordt de registratie van de nodige gegevens door werknemers om toezicht te houden op de consistentie van doelen als belastend ervaren. Deze registratieplicht belemmert de speelruimte van de cliëntmanagers. Een snelle en accurate registratie en start van een traject vergt meer veel tijd. Informatie met betrekking tot de diagnosestellingen, voortgang en het aantal uren zorg dat is besteed is echter wel noodzakelijk. De vraag is welke informatie door de cliëntmanager dient te worden verstrekt en wanneer ligt de verplichting van informatieverstrekking bij de behandelaars, cliëntmanagers of de DTL zelf? Een inventarisatie naar de informatiebehoefte moet hier opheldering over geven. Uitgangspunt dient hier te zijn dat belangrijke gegevens via de kortst mogelijke weg worden ingevoerd in een centrale, gedeelde database. Dit betekent dat informatie op operationeel niveau wordt ingevoerd, door bijvoorbeeld de behandelaars. Cliëntmanagers hoeven zo niet alle behandelaars zelf te benaderen. Veldregisseurs hoeven niet cliëntmanagers te contacteren voor een status van een traject. Een informatiesysteem presenteert de gegevens, ingevoerd door de behandelaars, op een wijze waardoor alleen de gegevens zichtbaar zijn die noodzakelijk en begrijpelijk zijn voor een cliëntmanager of veldregisseur. Zo voert een psycholoog een diagnose en behandelplan in. Een cliëntmanager ziet in het informatiesysteem louter de betreffende instelling waar de DTL onder behandeling staat, contactgegevens, de diagnose en een planning met verwachte duur van het traject. De veldregisseur ziet alleen de voortgang van het traject en mogelijke waarschuwingen wanneer er stagnatie is.

Daarnaast moet worden voorkomen, dat dezelfde informatie meerdere malen dient te worden ingevoerd of dat overbodige informatie wordt geregistreerd. Dit zal zich niet voordoen als er een actueel digitaal dossier van de cliënt wordt gecreëerd en de noodzakelijke (historische) gegevens oproepbaar zijn voor de cliëntmanager of behandelaar. Tot slot dient de bureaucratische last die wordt veroorzaakt door onvolledige of verkeerd ingevulde formulieren tegen te worden gegaan. Dit kan door digitale formulieren zo op te stellen dat deze niet aanpasbaar zijn. Deze maatregelen moeten zorgen voor een vlotte en accurate registratie van zorgtrajecten. Flexibiliteit met betrekking tot zo snel mogelijk inspringen op de specifieke zorgvraag van DTL in combinatie met voldoende toezicht op consistentie van doelen wordt hierdoor mogelijk.

5.2 DEELNEMERS

Elke deelnemer dient deel te kunnen nemen in de organisatie doormiddel van een op IT gebaseerde infrastructuur.

Niet elke deelnemer in de organisatie is betrokken bij het opstellen of uitvoeren van het trajectplan. De grootste mogelijkheden liggen bij het betrekken van de DTL bij dit proces. Uit interviews is gebleken dat de DTL vrij passief is bij het opstellen en uitvoering van het trajectplan. De DTL kan worden betrokken doormiddel van een toegankelijke op IT gebaseerde infrastructuur. Uit interviews is gebleken dat een aantal DTL graag achter de computer zitten en over de vaardigheden beschikt om met een computer te werken. Een informatiesysteem kan zodanig worden ingericht, zodat DTL toegang kunnen krijgen tot hun eigen agenda. Het wordt een DTL mogelijk gemaakt zelf afspraken te maken of informatie aan te vragen.

DTL willen hun behoeften en wensen snel bevredigd zien. Ook hier ligt een mogelijkheid, om door middel van het gebruik van modules voor de DTL geschikte mogelijkheden en informatie beschikbaar te stellen voor de DTL. Een module in een informatiesysteem is in deze dan een service of informatievoorziening, waarvoor de DTL is geautoriseerd om deze te gebruiken.

Geeft een DTL aan dat hij naar het dagactiviteitencentrum wil, dan is het goed om daar direct op in te springen en meteen mee te gaan. Het kortetermijndenken brengt met zich mee dat het vaak lastig is om afspraken te maken. Het is dan ook belangrijk om met de DTL zelf zo goed mogelijk te overleggen op welke manier hier het beste mee omgegaan kan worden. In de huidige situatie wordt een DTL standaard voor een afspraak gewaarschuwd door een medewerker. (Van Leeuwen-Den Dekker & Van Bergen, 2006, p. 4) Dit proces van plannen en het versturen van herinneringen zou geautomatiseerd kunnen gebeuren. Een DTL krijgt via een PC dagelijks toegang tot zijn persoonlijke agenda, een aparte servicemodule in een op IT gebaseerd systeem. Bij het openen wordt een geheugensteuntje gegeven voor bestaande afspraken. Ook kan het geheugensteuntje verstuurd worden door middel van een kort digitaal bericht naar een apparaat dat zich in de nabijheid van de DTL bevindt. Dit kan een PC-beeldscherm zijn, of een mobiel apparaat. Naar gelang de wensen van de DTL kan hij zijn dag voor een deel inplannen met activiteiten. De werknemers ter plaatste kunnen op hun eigen communicatiemiddel de gemaakte dag-indelingen inzien en daarop reageren. Op deze manier raakt de DTL meer betrokken bij zijn eigen behandeltraject en wordt de cliëntmanager werk uit handen genomen.

5.3 TECHNOLOGIE

Informatie wordt verzameld en gedistribueerd in een centrale database.

Men is op dit moment bezig met een opzetten van een clientvolgsysteem, waar elke DTL een eigen digitaal dossier krijgt. Aan dit criterium wordt gewerkt. Het is noodzakelijk dat bij het opzetten van deze centrale, gedeelde database geen informatie verloren gaat. Alle noodzakelijke informatiesystemen dienen toegang te hebben tot centrale, gedeelde databases waar de gegevens van de DTL zijn opgeslagen. Informatie mag niet slecht toegankelijk en uitwisselbaar zijn vanwege slechte compatibiliteit met reeds bestaande informatiesystemen.

Er is een integraal controlesysteem om coördinatie op teamniveau en de uitwisseling van informatie en kennis mogelijk te maken.

Een integraal controlesysteem ontbreekt op dit moment in alle zorgnetwerken van de G4. Informatie wordt uitgewisseld via e-mail of telefonisch contact. Met de komst van een digitaal dossier voor DTL wordt een eerste stap gezet om de uitwisseling van relevante informatie en kennis te verbeteren. Dit dossier is nog niet in alle gemeenten beschikbaar. Een aanvullende oplossing is de introductie van groupware. Met deze applicatie kan men een agenda, bestanden en notities beheren. Elke deelnemer (cliëntmanager, behandelaar en cliënt) dient verbonden te zijn met dit controlesysteem. In het verlengende van deze ondersteunende faciliteiten dienen teams effectieve routines te ontwerpen om kennis en expertise te delen. Een voorbeeld van een routine is dat notities over problemen in het traject direct worden gedocumenteerd in deze applicatie. De cliëntmanager wordt direct op de hoogte, doormiddel van een verstuurd waarschuwing. Op deze notities kan door de cliëntmanager gereageerd worden. Indien noodzakelijk kan in dezelfde applicatie direct een afspraak worden gepland met de behandelaar. Het delen van deze informatie komt de coördinatie ten goede en maakt een snel ingrijpen mogelijk, zodat stagnatie in het trajectplan wordt voorkomen.

Ontwikkelende virtuele gemeenschappen dienen als een mechanisme voor het verzamelen en legitimeren van kennis en expertise over de grenzen van de organisatie heen

Het digitale dossier in combinatie met groupware maakt het mogelijk om gebruikers zoals cliënten, behandelaars en cliëntmanager met elkaar te verbinden. De mogelijkheid om notities te wisselen geeft

informatie over de wijze waarop DTL en behandelaars het verloop van een traject ervaren. Kennis over bepaalde gedragingen van de DTL of de effectiviteit van behandelingen wordt verzameld. Bepaalde gebeurtenissen kunnen aanleiding geven tot het aanpassen van behandeltrajecten, zoals een terugval in een afkicktraject. Als een DTL problemen ervaart of ontevreden is over het verloop van een deeltraject kan deze persoon dit aangeven in de applicatie. Cliëntmanagers kunnen zo in samenspraak met de behandelaar tot een oplossing komen. Bijvoorbeeld door het aantal behandelingen te intensiveren of juist te verlagen. Daarnaast kunnen behandelaars ook aangeven dat een cliënt niet aanwezig was op een behandeling. De cliëntmanager wordt op deze manier tijdig geïnformeerd. Het delen van kennis en informatie over verloop van het traject blijft niet binnen de grenzen van een organisatie, maar wordt verspreid naar belanghebbenden. Er ontstaat een totaalbeeld over de effectiviteit van behandelingen en er ontstaan routines in de aanpak van typische problemen.

Er wordt gebruik gemaakt van modules door producten/diensten op te splitsen in componenten, deze kunnen worden uitbesteed zonder verlies van controle.

Het gebruik van het digitale dossier en groupware dient te worden gecombineerd met het gebruik van modules, zoals eerder is aangehaald in het element deelnemers. De gebruiker van het informatiesysteem krijgt een persoonlijke digitale pagina voor zich op een monitor. Hier zijn alleen de modules (informatievoorziening of service) geactiveerd die voor de gebruiker noodzakelijk zijn. Deze modules zijn vormgegeven als applicaties die informatie presenteren over de DTL. Daarnaast zijn er applicaties die mogelijkheden geven om informatie te bundelen of te gebruiken om activiteiten te verrichten. Deze informatie is afkomstig uit centrale, gedeelde databases.

Een DTL krijgt bijvoorbeeld de module te zien die zijn persoonlijk agenda bevat. Een tweede module omvat een applicatie waarin de DTL de mogelijkheid heeft om opmerkingen of wensen aan te geven. Een behandelaar krijgt de beschikking over een module die de huidige medicatie van de DTL presenteert, zodat daar tijdens het opstarten van nieuwe behandelingen hier rekening mee kan worden gehouden. Het gebruik van modules heeft als doel om informatie en services op maat te leveren. Dit voorkomt dat gebruikers het overzicht verliezen door een stormvloed van informatie en mogelijkheden die op het persoonlijke scherm verschijnt. Daarnaast maakt het gebruik van modules het mogelijk om bepaalde taken uit te besteden. Bijvoorbeeld het beheer van de persoonlijke agenda door de DTL.

6. CONCLUSIE

In dit hoofdstuk volgt de beantwoording op de centrale vraag:

Welke virtuele organisatie-elementen zijn nodig voor het opstellen en uitvoeren van trajectplannen voor dak- en thuislozen?

Eerst zal per organisatieonderdeel een deelconclusie worden geformuleerd, wat uiteindelijk resulteert in de beantwoording van de centrale vraag in een algehele conclusie.

6.1 Doelen

Dit element voldoet op dit moment gedeeltelijk aan de criteria voor een VO. Doelen worden op verschillende niveaus in de organisatie geformaliseerd en op elkaar afgestemd. Echter door uitgebreide en trage registratieprocedures verloopt het opstarten en uitvoeren zorgtrajecten niet altijd snel genoeg. De registratie is noodzakelijk om toezicht te houden in welke mate doelstellingen worden bereikt. Werknemers ervaren de registratie van trajecten als belastend en dit gaat ten koste van de nodige flexibiliteit van de zorgorganisaties. Om trajecten met spoed op te kunnen starten in combinatie een zorgvuldige registratie zijn er verschillende oplossingen aangedragen. Na een grondige inventarisatie van de informatiebehoefte moet duidelijk worden welke gegevens essentieel zijn. Doormiddel van digitale standaardformulieren wordt een volledige registratie mogelijk, zonder dat er essentiële informatie ontbreekt, informatie meerdere malen dient te worden ingevoerd of dat er overbodige informatie wordt geregistreerd. Door de aanpassing van procedures verbetert het toezicht op de doelen, terwijl de flexibiliteit van de zorgverleners minder wordt aangetast. Er is minder tijd kwijt aan de registratieprocedures en er is meer ruimte om extra tijd en energie te steken in de DTL.

6.2 Deelnemers

De VO is gebaseerd op samenwerkingsverbanden tussen verschillende organisaties. Duidelijk is geworden dat bij het opstellen en het uitvoeren van het trajectplan elke deelnemer binnen de organisatie door middel van ICT actief kan participeren. Door het gebrek aan een toereikende op IT gebaseerde infrastructuur is het tot op heden niet mogelijk om de DTL te laten participeren in het management van zijn eigen zorgtraject. Een aanzienlijk deel van de DTL is hier wel toe in staat en op dit gebied liggen nog zeker kansen. Verder kunnen de samenwerkingsverbanden tussen de verschillende organisaties verder worden geïntensiveerd. Doormiddel van ICT kan de veldregisseur, de persoon die de samenwerkingsverbanden regisseert, van actuele informatie worden voorzien. In het geval van stagnatie in de samenwerking kan de veldregisseur snel en adequaat ingrijpen. Ook moet het mogelijk zijn om de DTL te betrekken bij de uitvoering van zijn zorgplannen. Door middel van het beschikbaar stellen van verschillende modules voor informatievoorziening en services door een informatiesysteem kan een DTL gestimuleerd worden tot meer zelfmanagement. Het is mogelijk een DTL zijn eigen agenda te laten inzien en te laten beheren. Daarnaast is het mogelijk om van de DTL op elk moment feedback te ontvangen. Deze opties ontlasten de zorgverleners en geven kansen om de zorgtrajecten beter af te stemmen op de DTL.

6.3 Sociale structuur

In een VO is het van belang dat er binnen de teams waarin wordt samengewerkt een gemeenschappelijk referentiekader ontstaat. Hieruit volgt een gedeeld vertrouwen. Gebeurt dit niet dan heeft dit gevolgen voor de effectiviteit van de teams. Uit dit onderzoek is gebleken dat hier in de zorgnetwerken voor DTL zorg wordt voor gedragen. Het management, in dit geval de cliëntmanager, is te beschouwen als een spin in het web. Deze onderhoudt contacten binnen het team en verzamelt en verspreidt de nodige informatie met betrekking tot de DTL. Het vertrouwen wordt gevormd door middel van 'sense-making'-informatie dat te

vinden is in verschillende opgestelde protocollen, procedures en convenants. Dit organisatie-element voldoet dus aan de eisen van een VO.

6.4 Technologie

In een VO dient informatie centraal verzameld en gedistribueerd te worden. Met de invoering van een digitaal dossier voor DTL is er een stap in de juiste richting gedaan. Echter zal moeten worden opgelet dat historische informatie niet verloren gaat bij de vervangen of integreren van oude systemen. Informatie wordt tussen de verschillende zorgorganisaties op dit moment verstrekt via e-mail, telefonisch contact of ingevoerd via een portal. Integrale controlesystemen waar elk organisatieonderdeel zijn informatie mee kan uitwisselen bestaat tot op heden niet. Coördinatie op teamniveau en de uitwisseling van informatie en kennis is nog niet altijd mogelijk tussen alle organisaties het zorgnetwerk. Een groupware applicatie kan de verschillende organisaties verbinden. Het delen van agenda's en notities geeft inzage in het verloop van zorgtrajecten. Signalen van stagnatie kunnen snel worden verstuurd en opgevangen, wat sneller ingrijpen mogelijk maakt.

6.5 Omgeving

Een succesvol netwerk of VO houdt rekening met veranderingen en monitort zijn omgeving. De veldregisseur maakt afspraken met de zorgaanbieders en evalueert de samenwerkingsverbanden. Niet alle zorginstanties zijn aangesloten op het centrale coördinatiepunt, maar in de huidige netwerken kunnen sluitende trajectplannen worden geboden. Alle benodigde middelen en competenties zijn aanwezig.

6.6 Management

Het management van de zorgnetwerken is de afgelopen jaren meer gecentraliseerd gaan werken door de oprichting van centrale coördinatiepunten en het invoeren van standaardprocedures. Zoals kenmerkend is voor een VO, wordt de flexibiliteit van onafhankelijke niet verticaal geïntegreerde organisaties gecombineerd met de strakkere connecties van een hiërarchie. De verschillende opvanginstanties hebben hun zelfstandigheid behouden en kunnen mogelijk samenwerkingsverbanden aangaan met verschillende partijen. Met de aanstelling van veldregisseurs en cliëntmanagers is er ook een poging gedaan om de verschillende belangrijke managementrollen te verenigen in twee personen. Door deze taakverdeling is het beter zichtbaar waar de verantwoordelijkheden en taken liggen. Voor de coördinatie van een complex netwerk is dit noodzakelijk, zodat er geen onduidelijkheden ontstaan die de onderlinge relaties tussen organisaties kunnen verstoren.

6.7 Algemene conclusie

Uit dit onderzoek is gebleken dat de zorgnetwerken voor DTL voor een groot deel overeenkomen met de kenmerken van een VO als opgesteld in het theoretisch kader. De organisatie-elementen Sociale Structuur, Omgeving en Management hebben geen inhoudelijke veranderingen nodig. In de organisatie-elementen Doelen, Deelnemers en Technologie zijn karakteristieken aangetoond die niet overeenkomen met een VO. De belangrijkste oorzaak van de afwijking in deze elementen is dat de nodige informatie niet beschikbaar is of niet uitgewisseld kan worden. DTL kunnen niet participeren, doordat zij geen toegang hebben tot hun eigen planning. Een strakke registratieplicht belemmert de flexibiliteit. De middelen die de behoefte aan informatie en informatie-uitwisseling kunnen vervullen ontbreken in het element Technologie. Duidelijk is geworden het belang van informatie-uitwisseling en het juist presenteren van bruikbare gegevens, een belangrijk kenmerk van VO, verweven is met alle genoemde organisatie-elementen. Om te komen tot een VO voor het uitvoeren en opstellen van trajectplannen is dit de belangrijkste karakteristiek die moet worden aangepast in de elementen Doelen, Deelnemers en Technologie. Na aanpassing zijn alle organisatie-elementen beschikbaar om te komen tot een VO voor DTL.

7. AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk volgen de aanbevelingen voor de zorgnetwerken in de G4. Deze aanbevelingen dienen ten uitvoer worden gebracht, om tot een VO voor DTL te komen. Na deze aanbevelingen volgen aanbevelingen voor bedrijven en vervolgonderzoek.

7.1 Aanbevelingen voor de zorgnetwerken voor DTL in de G4

- Laat een gespecialiseerd bedrijf een digitaal dossier voor DTL creëren dat toegankelijk is voor alle betrokken organisaties. Maak gebruik van modules, zodat elke de behandelaar ofwel cliëntmanager de informatie en services tot zijn beschikking heeft die relevant zijn. Met deze informatie krijgt de veldregisseur een actueler en completer inzicht in welke mate doelen worden bereikt. Consistentie van doelen in het zorgnetwerk is essentieel.
- Laat een gespecialiseerd bedrijf een op IT gebaseerd systeem ter ondersteuning van gegevensuitwisseling tussen de organisaties en het centrale management creëren. Zorg hierbij voor compatibiliteit met reeds bestaande systemen en toegang voor elke relevante speler. Integreer een controlesysteem, waardoor coördinatie op teamniveau en uitwisseling van kennis en expertise mogelijk wordt gemaakt.
- Activeer de DTL door hem of haar doormiddel van toegankelijke ICT-systemen actief mee te laten participeren in de uitvoering van eigen trajectplannen. Dit neemt werk uit handen van de werknemers en komt ten goede aan de betrokkenheid van de cliënt. Het ICT-systeem dient zodanig gecreëerd te zijn dat dit mogelijk is. Werknemers dienen de cliënt te bemoedigen in het gebruik.

7.1.1 Aanbevelingen voor bedrijven

Voor bedrijven liggen verschillende kansen om bij te dragen tot het realiseren van deze aanbevelingen. De eerste aanbeveling is het creëren van een digitaal dossier, dat wordt aangevuld met verschillende informatiesystemen voor communicatie, coördinatie en controle.

Belangrijk is dat dit systeem voldoet aan de wensen van de verschillende participanten in de zorgnetwerken. Er zal een coalitie moeten worden gevormd waar de belangrijkste participanten worden vertegenwoordigd. Deze dienen allen de invoering van deze aanbevelingen te ondersteunen. De coalitie dient alle partners te bevatten voor een sluitend trajectplan. Afgaande op de huidige werkwijze van de grootste vier gemeenten, zijn op dit moment de grootste spelers de gemeentelijke lokale coördinatiepunten voor DTL-zorg. De focus voor het vormen van deze coalitie dient op deze spelers gericht te zijn. Een beschrijving van deze coördinatiepunten is te vinden in Bijlage C.

Op operationeel niveau is het belangrijk dat de op IT gebaseerde infrastructuur gegevens gaat leveren die relevant en begrijpelijk zijn voor de gebruikers. Voor aanvang van het creëren van het systeem moet duidelijk zijn welke informatie behandelaars, DTL, cliëntmanager en veldregisseurs eisen. Er dient grondig onderzoek te worden gedaan door de ontwerpers van het systeem naar de informatiebehoefte en wie deze noodzakelijke gegevens dienen te verstrekken. Zoals eerder genoemd dient vooral de DTL te worden betrokken in het opstellen en uitvoeren van trajectplannen. Er moet bij het creëren en implementeren rekening worden gehouden met het vermogen en onvermogen van deze personen.

Op dit moment zijn er reeds registratiesystemen actief. Het is belangrijk dat nieuwe informatiesystemen of integratie van bestaande informatiesystemen, ook daadwerkelijk iets toevoegt. In kaart dient te worden gebracht welke systemen actief zijn en hun gebruikers. (Bijlage C) Op deze manier kunnen er aanvullingen of alternatieven voor dit systeem worden gecreëerd.

7.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek heeft plaats gevonden bij een klein aantal instanties. Bovendien heeft dit onderzoek zich geconcentreerd op de vier grote gemeenten van Nederland. De bevindingen in dit onderzoek geven aanleiding tot verder onderzoek naar de volgende onderwerpen:

- De VO is tot op heden moeilijk te definiëren. Vervolgonderzoek kan de genoemde elementen meer in detail beschrijven, zodat duidelijk is hoe bepaalde karakteristieken en processen in een VO in detail verschillen met andere organisatievormen. Ook kan de focus worden gelegd op verschillen van een VO in de publieke sector en private sector. Op deze manier worden voor- en nadelen duidelijker zichtbaar.
- Het implementeren van virtuele organisatie-elementen/strategieën is tot op heden weinig onderzocht. Vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen hoe deze elementen/strategieën geïmplementeerd dienen te worden.
- Dit onderzoek is vertrokken vanuit het uitgangspunt dat een VO de meest geschikte vorm is voor het organiseren van DTL zorg. Verder onderzoek dient dit te bevestigen en deze vorm van organiseren te vergelijken met de reeds bestaande organisaties en netwerken voor DTL op bijvoorbeeld effectiviteit en efficiency.
- Dit onderzoek heeft plaats gevonden in de vier grote gemeenten van Nederland. Onderzoek moet uitwijzen of er een VO kan worden gecreëerd die niet alleen regionaal opereert, maar ook nationaal. Dak- en thuisloosheid is een nationaal probleem. Daarnaast kunnen DTL migreren naar andere gemeenten.

8. DISCUSSIE

Dit onderzoek beschrijft verschillende organisatie-elementen in een VO voor DTL. Het onderzoek is gestart met de aanname dat het de VO de vorm is die aansluit op de wensen van deelnemers in de DTL-zorg. De grootste verschillen tussen theorie en praktijk zijn naar voren gekomen in het element technologie. Aan verschillende criteria werd niet voldaan.

De VO

De VO is een moeilijk te definiëren organisatievorm. Er bestaan verschillende uiteenlopende definities. Tijdens dit onderzoek was het moeilijk te definiëren op welk niveau een VO ontstaat. Is de VO een continue organisatie dat trajecten uitvoert op projectbasis? Of is elk trajectplan een VO op zich? Een duidelijk onderscheid is moeilijk te maken. Het is duidelijk dat rond elk trajectplan een organisatie wordt opgezet. Het opzetten en succesvol uitvoeren van een trajectplan is het doel van de organisatie. De neiging gaat uit dat een VO voor DTL een min of meer continue organisatie is geworden die trajectplannen uitvoert op projectbasis. Dit omdat dat bepaalde onderdelen van de organisatie constant terugkomen in de gevormde allianties. De kern van deze organisatie is te allen tijde het centrale gemeentelijke coördinatiepunt. Dit wordt gezien als de centrale 'hub' die verbindingen maakt met verschillende organisatie in zijn netwerk. De VO voor DTL is dus een organisatievorm met dynamische maar ook statische, continue samenwerkingsverbanden.

Het perspectief van het opzetten van een VO voor DTL heeft duidelijk gemaakt, dat ondanks de vele definities het moeilijk is om een organisatie te beschrijven. Criteria opstellen is mogelijk vanuit de theorie, maar zijn deze criteria alleen toepasbaar in een VO? Door de vage definitie van een VO is het goed mogelijk dat ze criteria ook toepasbaar zijn in andere organisatievormen. Mede hierdoor zijn de werkwijzen en prestaties van deze organisatievorm moeilijk te vergelijken met andere organisatievormen.

Aanvullingen op de theorie over VO die kunnen worden gemaakt is dat deze vorm van organiseren ook nog in ontwikkeling is in de publieke sector. In de zorgnetwerken van DTL is duidelijk een verschuiving zichtbaar naar het toepassen van verschillende strategieën, werkwijzen en technieken die kunnen worden geschaard onder een VO. Verder is duidelijk geworden dat per organisatie-element men virtuele elementen kan benoemen en wat de gevolgen van deze elementen zijn voor een organisatie. Nogmaals is bevestigd dat de virtuele organisatie een moeilijk te onderscheiden vorm van organiseren is.

ICT en Informatie

Dit onderzoek is niet ingegaan op de precieze vormgeving of het ontwerp van de ICT binnen deze specifieke organisatie. Een inventarisatie voor het opzetten van een informatiesysteem en coördinatie- en controlesysteem is noodzakelijk. Welke informatie is nodig voor de verschillende deelnemers in de organisatie en hoe wordt deze beschikbaar gemaakt?

Participatie DTL

Een van de conclusies uit dit onderzoek is dat de DTL nu een te kleine rol heeft in de het uitvoeren van een trajectplan. De aanbeveling is gedaan om de DTL een belangrijke rol te geven in de uitvoering van het trajectplan. Dit zou mogelijk worden gemaakt door de DTL toegang te verlenen tot een informatiesysteem. De vraag is in hoeverre dit mogelijk is. Ten eerste dient de DTL in staat te zijn om bepaalde taken op zich te nemen, zoals gedeeld beheer van de eigen agenda. Het is moeilijk te beoordelen of een DTL deze taak aankan. Als de DTL hier mentaal in staat tot wordt geacht, dan is de vraag welke interface het best past voor het uitvoeren van bijvoorbeeld agendabeheer. Er dient te worden gezocht naar een interface die rekening houdt met het vermogens en het onvermogen van een DTL.

Implementatie

Het uitvoeren van de aanbevelingen vereisen de implementatie van een nieuwe op IT gebaseerde infrastructuur. De huidige DTL-zorg is de afgelopen jaren al aan veel verandering onderhevig, wat duidelijk terugkomt in de implementatie van het Plan van Aanpak Maatschappelijk Opvang 2006. Een nieuwe ingrijpende verandering kan leiden tot verandermoedigheid. Dit kan leiden tot weerstand van de werknemers in de DTL-zorg. Ook neemt de introductie van nieuwe IT kosten met zich mee. Een kosten en batenanalyse is noodzakelijk om te beoordelen of de voorgestelde aanbevelingen voor de implementatie van nieuwe systemen realistisch zijn.

Er zitten nog talloze gaten in de kennis over de VO, gebruikte technieken, werkwijzen en strategieën en de karakteristieken van een DTL en het bijbehorende zorgnetwerk. Verder onderzoek kan deze kennis aanvullen.

8. LITERATUURLIJST

- Aa, van der A., Heineke, D., Putten, van B. (2006). *Handreiking Ketenzorg*, Nederlands Instituut voor zorg en welzijn. Verkregen op 17-09-2007 van http://www.ggd.nl/ggdnl/uploaddb/downl_object.asp?atoom=38811&VolgNr=382
- Ashkenas, R., Ulrich, D., Jick, D., Kerr, S., (1996). *The boundaryless Organization: Breaking the Chains of Organizational Structure*. San Francisco: Jossey Bass in Jaffee, D., (2001). *Organizational Theory, Tension and Change*. New York, NY: McGraw-Hill. p. 203
- Baldwin, C. & Clark, K., (1997) Managing in an Age of Modularity, *Harvard Business Review* 75 (5), pp. 84-93
- Bergen, A.M. & van Leeuwen-Den Dekker, van P. (2006). *Leven van uur tot uur*. NIWZ, Amsterdam Verkregen op 06-06-2008 van <http://www.aandeslaginutrecht.nl/downloads/Leven-van-uur-tot-uur.pdf>
- Castells, M., (1996). *The Rise of the Network Society*. Malden, MA: Blackwell in Jaffee, D., (2001). *Organizational Theory, Tension and Change*. New York, NY: McGraw-Hill. p. 259
- Davidow, W. & Malone, M. (1993). *The virtual Corporation: Structuring and Revitalizing the Corporation for the 21st Century*. New York: Harper Business in Jaffee, D. (2001). *Organizational Theory, Tension and Change*. New York, NY: McGraw-Hill. p. 201
- Davis, (1949) in Scott, R.W. (1987). *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. Englewood Cliffs, N.Y.: Prentice-Hall
- Dijkstra, W. & Smit, J. (1999). *Onderzoek met vragenlijsten; Een praktische handleiding*. Amsterdam: VU Uitgeverij
- Frenkel, S., Korcczynski, M., Donoghue, L., Shire, K., (1995). "Reconstituting Work: trends toward Knowledge Work and Info-Normative Control.", *Work, Employment and Society ? (9)* in Jaffee, D. (2001). *Organizational Theory, Tension and Change*. New York, NY: McGraw-Hill. p. 204
- Gemeente Amsterdam, (2006). *Inventarisatie dak- en thuislozen in Amsterdam.*, Gemeentelijke gezondheidsdienst Amsterdam en Dienst werk & inkomen Amsterdam. Verkregen op 03-09-2007 van: www.zorgensamenleven.amsterdam.nl/aspx/download.aspx?file=/contents/pages/12298/inventarisatie_daklozen.pdf
- Hayes R., Pisano, G., Upton, D., Wheelwright, S., (2005). *Operations, Strategy, and Technology; Pursuing the competitive Edge*. Hoboken, NY : Wiley
- Hall, R.H., (1999). *Organizations: Structures, Process, and Outcomes*. Englewood Cliffs, NY: Prentice Hall in Jaffee, D. (2001). *Organizational Theory, Tension and Change*. New York, NY: McGraw-Hill pp 5-6
- Jaffee, D., (2001). *Organizational Theory, Tension and Change*. New York, NY: McGraw-Hill
- Jarillo, J. C. (1995). *Strategic Networks: Creating the borderless organization.?*: Butterworth Heinemann. in Jaffee, D., (2001). *Organizational Theory, Tension and Change*. New York, NY: McGraw-Hill. p. 203
- King G., Keohane, R.O. & Verba, S.(1994). *Designing social inquiry: scientific inference in qualitative research*. Princeton, NY: Princeton University Press
- Latham, G.P. & Locke, E.A. (2002). Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation, *American Psychologist*, 57 (9), pp. 705-717

- Laudon, K.C., & Laudon, J.P. (2002) *Bedrijfsinformatiesystemen: ICT in de organisaties van morgen*. Amsterdam: Pearson Education Benelux
- Leavitt, H.J. (1965). "Applied organizational change in industry: structural, technological and humanistic approaches", in: *Handbook of organizations*, edited by J.G. March. Chicago: Rand McNally
- Lipnack J. & Stamps J. (1997). *Virtual Teams: reaching across Space, Time and Organizations with Technology*. New York: John Wiley in Jaffee, D. (2001). *Organizational Theory, Tension and Change*. New York, NY: McGraw-Hill. p. 202
- Lurey, J.S., & Raisinghani, M.S. (2001). An empirical study of best practices in virtual teams. *Information & Management*, 38 (8), pp. 523-544.
- Martinez, M.T., Fouletier, P., Park, K.H. & Favrel, J. (2001). Virtual enterprise – organization, evolution and control. *International Journal of Production Economics* 74 (1-3), pp. 225-238
- Meyerson D., Weick, K.E. & Kramer, M.K. (1996). in Jaffee, D. (2001). *Organizational Theory, Tension and Change*. New York, NY: McGraw-Hill
- Pfeffer, J. & Salancik, G.R. (1978) *The external Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*. New York: Harper and Row.
- Quinn J.B., (1992). *Intelligent enterprise*. New York, NY: Free press in Venkatraman, N. & Henderson J.C. (1998). Real Strategies for Virtual Organizing, *Sloan Management Review*, pp. 33-48
- Rijk & Vier grote steden (2006). *Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang*. Verkregen op 08-06-2007 van: http://www.zorgensamenleven.amsterdam.nl/publicaties/superlinks_en/beleidsplannen_en/beleidsplannen_en/plan_van_aanpak_mo
- Scott, R.W. (1987). *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. Englewood Cliffs, N. J
- Shadish, W. R., Cook, T.D., Campbell, D.T., (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*, Houghton: Mifflin
- Stablel C.B. & Fjeldstad Ø,D. (1998) Configuring Value for Competitive Advantage: On Chains, Shops, and Networks. *Strategic Management Journal* 19 (5), pp. 422-423
- Swanborn, P.G., (1996). *Case-study's: Wat, wanneer en hoe?*, Amsterdam, Meppel: Boom
- Venkatraman, N. & Henderson J.C. (1998). Real Strategies for Virtual Organizing, *Sloan Management Review*, 40 (1) pp. 33-48

9. PERSOONLIJKE REFLECTIE

In deze reflectie kijk ik speciaal naar vaardigheden: maken onderzoeksopzet, plannen, communiceren, en interviewen. Omdat ik op deze punten veel heb geleerd of in ieder geval veel heb ontdekt.

Formuleren probleemstelling

In mei 2007 kwam ik mijn eerste problemen tegen bij het opstellen van het plan van aanpak. Ik had hier veel moeite mee, omdat ik in mijn probleemstelling geen focus kon krijgen op één specifiek onderwerp. Ik vond het moeilijk om één probleem te vinden in de dak- en thuislozenzorg, omdat er zoveel mogelijkheden waren. Bovendien bleek de dak en thuislozensector een zeer complex net werk te zijn. Ik verloor al snel het overzicht in de typen zorg en instellingen die zich bezig houden met DTL/ Na overleg met de professor en mijn begeleiders van VDGP, is er uiteindelijk de huidige probleemstelling uitgekomen.

Literatuur

Zowel tijdens het opstellen van het plan van aanpak als in de periode daarna heb ik veel literatuur gelezen. Al gauw werd mij duidelijk gemaakt dat ik teveel in de boeken zat. Telkens tijdens het schrijven schoten nieuwe ideeën of vragen te binnen, waar ik theorie voor nodig had. Zodoende bestond er een wildgroei aan verzamelde documenten en geschreven korte stukken tekst. Ik wijt dit probleem aan mijn onderwerp en de formulering van mijn probleemstelling. In volgende onderzoek moet ik een scherp definieerbaar probleem pakken, waarna ik in een afgebakend veld literatuur kan zoeken.

Kritiek verwerken

De gesprekken met mijn begeleider resulteerde over het algemeen in opbouwende kritiek, die ik makkelijk kon verwerken. Echter moet ik ook opmerken dat de richting van de gesprekken veel varieerde, waardoor ook de opzet van mijn opdracht na elk gesprek veranderende. Ik had grote moeite om dit steeds aan te passen. Deels is dit ook te wijten, omdat ik pas na enige tijd de vorm van onderzoek helder had voor mijzelf.

Plannen en communiceren

Een ander belangrijk punt waarop ik veel heb geleerd is het plannen. Het blijkt dat ik nog steeds moeilijk kan omgaan met eigen opgelegde planningen. Ook al ben enkele malen ziek geweest en slokte na september colleges veel tijd op, alsnog heb regelmatig mijn eigen deadlines overschreden. Verklaringen hiervoor kan ik moeilijk geven. Ik laat mij snel verleiden tot andere bezigheden. Het is iets wat ik als zeer onprofessioneel beschouw, echter het gebeurt mij regelmatig. Mijn opdracht heeft zelfs een geruime tijd stil gelegen en hierdoor meer dan een jaar geduurd. Uiteindelijk bleek dat mijn gedrag werd veroorzaakt door onverwerkte emoties in de persoonlijke sfeer. Door dit niet te melden aan mijn begeleiders is dit gekomen uit tot een escalatie. Het communiceren ging aanvankelijk normaal, echter toen mijn het schrijven van deze opdracht ging uitlopen was ik niet meer aanwezig op kantoor. Mijn begeleiders wilde graag weten waar ik mee bezig was, maar ik verzuimde om uiteenlopende redenen om hen regelmatig op de hoogte te houden. Deze redenen varieerde van tijdsgebrek tot simpelweg niets nieuws te melden te hebben. Na een goed overleg zijn deze problemen besproken. Iets wat ik als heel confronterend heb ervaren, maar wel veel van heb geleerd. Dit is iets wat ik zeker anders moet aanpakken en waar ik op moment ook grondig aan werk.

Interviewen

De laatste vaardigheid is het (telefonisch) interviewen. Het bleek dat het in deze sector moeilijk is om de juiste personen te vinden. Echter is het interviewen mij zeer meegevallen. De geïnterviewden begrepen de vragen meteen, en weidde meer dan genoeg uit over de aangesneden onderwerpen. Bijsturing naar specifieke punten was niet nodig.

Verbeterpunten

Samenvattend zijn mijn verbeterpunten:

- Scherp formuleren van probleemstellingen en onderzoeksvragen
- Meer gedetailleerd plannen maken
- Gedisciplineerd plannen volgen
- Communicatie meer structureren

10. BIJLAGEN

BIJLAGE A: DTL gecategoriseerd naar problematiek (Rijk en G4, 2006, p. 6)

Tabel 1a. Categorieën kwetsbare personen in de G4 (deels overlappend met M.O.)

	Amsterdam	Rotterdam	Den Haag	Utrecht	Totaal
Langdurige zorg-afhankelijken (chronisch psychiatrische cliënten), verkommerden en verloederden	6.000	7.000	4.400	4.400	21.800
Overlastgevende zorgmijders ²	2.000	1.500	400	800	4.700
Veelplegers ³					
<i>Verslaafd</i>	1100	600	350	350	2.400
<i>Psychiatrische stoornis</i>	400	350	250	118	1118
<i>Verslaafd en Psychiatrische stoornis</i>	400	350	300	100	1150
<i>Overig</i>	300	425	100	50	875
Totaal	2200	1.725	1.000	618	5.543

BIJLAGE B : Voorbeeld Trajectplan exclusief zorgplannen als gebruikt bij Centrum Vaartserijn te Utrecht

Naam Cliënt	
Geboortedatum	
Opnamedatum	
Huidige datum	
Naam Trajectbegeleider	
Evaluatiedatum	

Hoofddoel:

Uitvoer:	
	1. Huisvesting
	Doel:
	Actie:
	Evaluatie:
	2. Woonvaardigheden
	Doel:
	Actie:
	Evaluatie:
	3. Lichamelijk functioneren
	Doel:
	Actie:
	Evaluatie:
	4. Psychisch functioneren
	Doel:
	Actie:
	Evaluatie:
	5. Verslaving

	Doel: Actie: Evaluatie:
6. Relaties	
	Doel: Actie: Evaluatie:
7. Justitie en veiligheidskwesties	
	Doel: Actie: Evaluatie:
8. Financiën	
	Doel: Actie: Evaluatie:
9. Dagelijkse Activiteiten en functioneren	
	Doel: Actie: Evaluatie:
10. Zingeving	
	Doel: Actie: Evaluatie:

Voor akkoord getekend:

(cliënt)

voor akkoord getekend:

(Trajectbegeleid(st)er)

BIJLAGE C: Gedetailleerde beschrijving gemeentelijke zorgnetwerken voor DTL

WBV = Woningbouwvereniging
BZW= Begeleid Zelfstandig Wonen

TOEGANG

De toegang in tot het zorgnetwerk van DTL in Amsterdam wordt verzorgt door de Centrale Aanmelding (CA) van het Leger des Heils en daarnaast het Bureau Aanmelding en Plaatsing (BAP) van HVO Querido. Deze twee aanmeldroutes worden op termijn ineen geschoven met de in gebruik nemen van het Instroomhuis. Het Instroomhuis wordt één locatie waar de cliënt verblijft, totdat er een compleet trajectplan is opgesteld. Door een tijdelijk cliëntmanager, een medewerker van CA of BAP, wordt een aanmeldformulier ingevuld. Hierbij moet worden voldaan aan landelijke registratie-eisen met betrekking tot de uitstroom van een zorginstelling, detentie of uit de woning van een woningbouwvereniging. Daarnaast is de gemeente Amsterdam ook voornemens gemeentelijke toelatingscriteria te hanteren. De tijdelijk cliëntmanager dient de cliënt te toetsen op:

- de binding met Amsterdam of de regiogemeenten
- de cliënt dient geen vaste woon of verblijfplaats te hebben
- de cliënt dient niet voldoende redzaam zijn om zelfstandig te wonen als gevolg van ernstige psycho-sociale beperking of een psychiatrische beperking
- 24 jaar of ouder, anders valt de cliënt onder de jeugdzorg
- De cliënt dient de Nederlandse nationaliteit te hebben

Bij geen toelating kan terugverwijzing naar een centrumgemeente met binding plaatsvinden of een tijdelijke doorverwijzing naar nachtopvang. In geval van twijfel wordt er telefonisch contact met GGD (Vangnet&Advies) gezocht. Deze informatie wordt via een e-mail doorgestuurd naar de GGD (Vangnet&Advies).

PROBLEEMINVENTARISATIE

De tijdelijk cliëntmanager verzamelt gegevens met betrekking tot de huidige situatie van de cliënt. Hieronder valt de behandelgeschiedenis en diagnosestellingen van de cliënt uit bestaande systemen (GGD, DWI, Zorgkantoor, CIZ, Jellinek, GGZ). Dit gebeurt door middel van een aangewezen contactpersoon bij deze instellingen.

Deze basisinformatie wordt verwerkt in een Algemeen Diagnose formulier. Dit formulier is de basis voor het opstellen van een trajectplan. Aanvullend worden deelplannen verzameld van bijvoorbeeld de gemeentelijke Dienst Werk en Inkomen, GGZ-instellingen of verslavingszorg al naar gelang de situatie van de cliënt. Aan de hand van het AD-formulier en de deelplannen wordt het Trajectplanformulier ingevuld. In een bijlage van het formulier wordt extra informatie toegevoegd voor de domeinen dagbesteding, huisvesting, inkomen en zorg. Deze informatie omvat de huidige toestand op dit domein, de te behalen doelen, een tijdplanning en waar en bij wie verantwoordelijkheden liggen. Dit digitale dossier wordt via nu nog een gemeentelijk digitaal portaal Zorgstroom.nl verstuurd naar de veldregisseur. Op termijn wordt dit vervangen door een integraal cliëntvolgsysteem.

TOEWIJZING EN PLAATSING

De veldtafel is een wekelijks overleg gefaciliteerd en onder leiding van de veldregisseur.

Vertegenwoordigers of cliëntmanager uit de verschillende maatschappelijke opvanginstellingen zijn hierbij aanwezig. Aan deze veldtafel worden de dossiers, ingebracht door de tijdelijke cliëntmanagers besproken. Voor nieuwe en bestaande cliënten geldt dat deze alleen kunnen worden ingebracht aan de hand van een ingevuld AD Formulier, een trajectplanformulier en de bijlagen, inclusief de deelplannen. Er vindt aan de veldtafel nogmaals een check plaats op de criteria van toelating van de betreffende cliënt. Daarna wordt het integrale trajectplan vastgesteld.

Na de bespreking van het concept van het trajectplan, wordt er voor zowel nieuwe als bestaande cliënten een definitief trajectplan vastgesteld en een definitieve cliëntmanager aangewezen. Het trajectplanformulier, bijlage trajectplan-formulier en AD Formulier worden formeel overgedragen aan de

veldregie. Deze is vanaf dit moment de beheerder van deze formulieren. Ook wordt het trajectplan overgedragen aan het CIZ, wanneer er grondslag is voor een AWBZ-indicatie.

Bij een verschil van inzicht of mening over te maken keuze voor trajectaanpak schakelt de veldregisseur het proceshoudersoverleg in, daar wordt dan de knoop doorgehakt. De veldtafel daarna vindt dan vaststelling trajectplan plaats. Er wordt een hoofd / behandelaar aangewezen. De tijdelijk cliëntmanager wordt ontheven van zijn taak. De eerste keuze voor een cliëntmanager is altijd iemand van de ontvangende voorziening, zoals beschreven staat in het trajectplan. Bij een specifieke overheersende problematiek wordt de rol van cliëntmanager gelegd bij GGZ of Verslavingszorg. Bij twijfel beslist de voorzitter van de veldtafel, meestal de veldregisseur. Bij een verschil van inzicht of mening over te maken keuze voor plaatsing en / of overbruggingszorg schakelt de veldregisseur het proceshoudersoverleg in, daar wordt dan de knoop doorgehakt. De veldtafel daarna vindt dan vaststelling van het trajectplan plaats.

UITVOERING EN MONITOREN

De cliëntmanager dient elke mutatie in de situatie met betrekking tot de uitvoering van trajectplan van de cliënt bij te houden in een elektronisch dossier. Zowel de veldregisseur als de cliëntmanager dienen hier ten alle tijde toegang tot te hebben. Bij stagnatie van de uitvoering het trajectplan dient de veldregisseur te worden ingeschakeld. Stagnatie kan voorkomen doordat de vereiste voorziening niet beschikbaar is, de zorg niet de verwachte invloed heeft op de cliënt of elke andere redenen waardoor doelstellingen niet op tijd kunnen worden behaald.

EVALUATIE

De veldregisseur brengt elk kwartaal de cliënten met een vastgesteld trajectplan op de veldtafel.

Gedurende de veldtafelbijeenkomst wordt de voortgang van deze trajecten gecheckt. Waar nodig worden per cliënt aan de veldtafel nadere afspraken gemaakt.

In geval er nieuwe of andere afspraken worden gemaakt wordt het desbetreffende trajectplan gewijzigd en wordt het nieuwe concept van het trajectplan opnieuw beoordeeld aan de veldtafel.

ZORGNETWERK DTL DEN HAAG

TOEGANG

Toegang tot het zorgnetwerk voor DTL in Den Haag wordt verzorgd door de Centrale Toegang Maatschappelijke Opvang. Het CTMO is een gemeentelijk samenwerkingsverband tussen opvanginstellingen Stichting Huize Tichelaar, Stichting Limor, de Kessler Stichting, Goodwillwerk Leger des Heils Den Haag, het Team OGGZ Parnassia en de GGD. Men is op dit moment bezig met het uitbreiden van partners, om zo uit te groeien als een gemeentelijk centraal coördinatiepunt. Het CTMO is zowel een fysiek als een digitaal loket. De verwijzende instantie, een tijdelijke cliëntmanager, vult hier samen met de cliënt een aanmeldingsformulier in en stuurt dit op naar CTMO. De gemeente Den Haag hanteert ook gemeentelijke toelatingscriteria. De tijdelijk cliëntmanager dient de cliënt te toetsen op:

- de binding met gemeente Den Haag
- 24 jaar of ouder, anders valt de cliënt onder de jeugdzorg
- De cliënt dient de Nederlandse nationaliteit te hebben

PROBLEEMINVENTARISATIE

De tijdelijk cliëntmanager verzamelt gegevens met betrekking tot de huidige situatie van de cliënt.

Hieronder valt de behandelgeschiedenis en diagnosestellingen van de cliënt uit bestaande systemen (GGD, SZW, Zorgkantoor, CIZ, Parnassia, GGZ). Dit gebeurt door middel van een aangewezen contactpersoon bij deze instellingen.

Deze basisinformatie wordt verwerkt in een Algemeen Diagnose formulier. Dit formulier is de basis voor het opstellen van een trajectplan. Aanvullend worden deelplannen verzameld van bijvoorbeeld de gemeentelijke van GGZ-instellingen of verslavingszorg al naar gelang de situatie van de cliënt. Aan de hand van het AD-formulier en de deelplannen wordt het Trajectplanformulier ingevuld. In een bijlage van het formulier wordt extra informatie toegevoegd voor de domeinen dagbesteding, huisvesting, inkomen en zorg. Deze informatie omvat de huidige toestand op dit domein, de te behalen doelen, een tijdplanning en

waar en bij wie verantwoordelijkheden liggen. Dit digitale dossier wordt bijgehouden door registratiesystemen als REGAS en Clever.

TOEWIJZING EN PLAATSING

Binnen een week na ontvangst bespreekt het screeningsteam van CTMO de aanmelding. Dit gebeurt tijdens het zogenaamde Signaleringsoverleg, dat wordt gefaciliteerd door de veldregisseur. De veldregisseurs organiseren deze screeningsoverleggen, fungeren als voorzitter en hakken wanneer dat nodig is de knoop door bij verschillen van inzicht. De veldregisseurs zijn hiertoe in staat op basis van de toewijzingsbevoegdheid die het CTMO door gemeente en zorgkantoor gemandateerd krijgt. Het team bestaat uit deskundigen vanuit de maatschappelijke opvang, de GGD en Parnassia. Het screeningsteam adviseert op basis van het ingediende concept trajectplan welke woonvoorziening best aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Het trajectplan blijft als cliëntgebonden dossier gedurende het gehele traject in werking en is opgebouwd uit de zorgplannen van de verschillende betrokken instellingen. Het zorgplan omvat de zorg- en hulpverlening die door een instelling gedurende een bepaalde fase in het traject aan een cliënt wordt geboden. Het trajectplan geeft een indicatie van de eindtermijn van het gehele traject; een zorgplan geeft altijd concreet aan op welke termijn binnen het traject de zorgverlening tot omschreven doelen heeft geleid.

De coördinerende cliëntmanagers vanuit de instellingen dragen tijdens dit overleg eventuele knelpunten in de zorgverlening aan zodat hiervoor gezamenlijk naar oplossingen gezocht kan worden. In de toekomstige situatie wordt tijdens het door een cliënt te doorlopen traject steeds een van deze cliëntmanagers aangewezen als verantwoordelijke voor de coördinatie van de uitvoering van de zorg rond die cliënt. Inzet is dat de instelling waarbij de cliënt meer langdurig verblijft, verantwoordelijk is voor de levering van de cliëntmanager; dit zijn immers de personen die op regelmatige, zo niet dagelijkse, basis contact hebben met de cliënt en op die manier het meeste zicht hebben op de zorgen hulpverlening voor die cliënt. Zolang een cliënt nog niet in zorg is ('van de straat tot de zorg') is de gemeente verantwoordelijk voor het cliëntmanagement. Voor leden van de doelgroep die zelfstandig wonen is cliëntmanagement niet altijd nodig. Uiteindelijk informeert het screeningsteam de cliënt over het advies en geeft een kopie van het aanmeldingsformulier aan de betreffende voorziening

UITVOERING EN MONITOR

Basis voor de uitvoering vormt het trajectplan voor de cliënt waarin de benodigde zorg en hulpverlening is aangegeven. De coördinatie door cliëntmanager vindt plaats voor de duur van uitvoering van het eigen trajectplan. De coördinerend cliëntmanager is voor de andere betrokken instellingen en binnen het screeningsoverleg aanspreekpunt voor de gang van zaken rond de cliënt. Bij stagnatie wordt dit gemeld tijdens het overleg. Uit onderzoek blijkt dat het moment van ontslag uit een voorziening of instelling het grootste risico vormt van terugval of uitval van een cliënt: de cliëntmanager draagt daarom zorg voor een 'warme' overdracht van de cliënt naar een volgende voorziening of verblijfssituatie.

EVALUATIE

De veldregisseurs bewaken de voortgang van de trajecten en signaleren eventuele stagnatie in de uitvoering van trajectplannen, terugval en uitval van cliënten. De veldregisseur wordt met regelmaat geïnformeerd door de cliëntmanager. De veldregisseurs hebben over de voortgang van de trajecten waar nodig overleg met de betreffende instellingen en diensten.

ZORGNETWERK DTL UTRECHT

TOEGANG

In Utrecht is de Brede Centrale Toegang het toegangspunt tot het zorgnetwerk voor DTL. Onder ander het Leger Des Heils, Centrum Maliebaan, Stichting Tussenvoorziening, Stichting Weerdsingel, SBWU, Centrum Vaartserijn en Altrecht werken samen met de BCT. De BCT is gericht op cliënten met een (langdurige) zorgbehoefte ten gevolge van psychiatrische en/of verslavingsproblematiek en /of een verstandelijke beperking (al dan niet gecombineerd met dak-/thuisloosheid. Cliënten kunnen naast bovengenoemde problematiek kampen met tijdelijke somatische problematiek. Ook kunnen cliënten worden aangemeld met ernstige psychosociale problemen die dak-of thuisloos zijn en/of niet in staat zijn zelfstandig te wonen

zonder begeleiding. De BCT is zowel een fysiek als digitaal loket, waar een DTL of zijn verwijzer een zorgaanvraag kan indienen. Aanmelding kan ook geschieden via de online Citrix MPS GGD omgeving.

PROBLEEMINVENTARISATIE

In Utrecht wordt de probleeminventarisatie uitgevoerd met de instrumenten die worden aangereikt in het Plan van Aanpak MO 2006. De tijdelijk cliëntmanager verzamelt gegevens met betrekking tot de huidige situatie van de cliënt. Hieronder valt de behandelgeschiedenis en diagnosestellingen van de cliënt uit bestaande systemen. Dit gebeurt via KRIS of door middel van een aangewezen contactpersoon bij deze instellingen.

Deze basisinformatie wordt verwerkt in een Algemeen Diagnose formulier. Dit formulier is de basis voor het opstellen van een trajectplan. Aanvullend worden deelplannen verzameld van bijvoorbeeld de GGZ-instellingen of verslavingszorg al naar gelang de situatie van de cliënt. Aan de hand van het AD-formulier en de deelplannen wordt het Trajectplanformulier ingevuld. In een bijlage van het formulier wordt extra informatie toegevoegd voor de domeinen dagbesteding, huisvesting, inkomen en zorg. Deze informatie omvat de huidige toestand op dit domein, de te behalen doelen, een tijdplanning en waar en bij wie verantwoordelijkheden liggen. Deze gegevens worden online verstuurd naar de ketenregisseur GGD via de online portal.

TOEWIJZING EN PLAATSING

Iedere dinsdagmiddag bespreken deze deskundigen alle nieuwe aanmeldingen in het Centraal Overleg. De voorzitter van dit overleg is de GGD.

In de vergadering wordt bepaald of de cliënt al dan niet in aanmerking komt voor een ABWZ-indicatie. Zo ja, dan wordt de indicatie gesteld in overleg met de CIZ-deskundige die bij de BCT-dossierbespreking aanwezig is.

Vervolgens worden de zorgvraag, de zorgzwaarte en de noodzakelijke zorg besproken. Ook wordt bepaald welke instelling het meest geschikt is om die zorg te bieden. Is er bij de meest in aanmerking komende instelling geen plaats, dan wordt de één na beste oplossing gezocht. Duidelijk zal zijn dat de voorkeur van cliënt, indien aangegeven en indien mogelijk, zwaar weegt. Indien er sprake is van een ABWZ-indicatie, dan zal het CIZ binnen een dag na de vergadering het voorstel van het Indicatiebesluit toetsen aan de criteria en de gegevens doorgeven aan het Zorgkantoor via AZR, het digitale systeem van Agis. Daarmee wordt het Zorgkantoor meteen geïnformeerd over de voorkeursinstelling van de cliënt (indien deze bekend is).

Het secretariaat van de BCT informeert na de vergadering drie partijen: de cliënt, de hulpverlener die de aanmelding deed en de instellingen die de zorg gaan bieden.

UITVOERING EN MONITOREN

De cliëntmanager dient elke mutatie in de situatie met betrekking tot de uitvoering van trajectplan van de cliënt bij te houden in een elektronisch dossier. Zowel de veldregisseur als de cliëntmanager dienen hier ten alle tijde toegang tot te hebben. Bij stagnatie van de uitvoering het trajectplan dient de veldregisseur te worden ingeschakeld. Stagnatie kan voorkomen doordat de vereiste voorziening niet beschikbaar is, de zorg niet de verwachte invloed heeft op de cliënt of elke andere redenen waardoor doelstellingen niet op tijd kunnen worden behaald.

In Utrecht is men ook gestart met de uitvoering en implementatie van een Ketenregistratie en informatiesysteem. Deze wordt ugebouwd tot een volwaardig clientvolgsysteem. Het systeem bestaat uit drie onderdelen. Het Informatieknoppunt, een webapplicatie, is als eerste van de drie afgerond. Dit Informatieknoppunt vervangt het systeem dat voorheen werd bijgehouden door de politie. Instellingen kunnen hun medewerkers aanmelden, die na autorisatie door GG&GD vanaf hun eigen werkplek kunnen inloggen. Het is in feite een database met daarin de OGGZ-clienten (sociaal kwetsbaren, zoals bijvoorbeeld (verslaafde) DTL) uit de stad Utrecht. De database wordt gevuld door de zorginstellingen, de politie en de GG&GD. Het systeem biedt geen dossiermogelijkheden. In de toekomst is de cliëntmanager verantwoordelijk voor het bijhouden van een digitaal dossier.

Gebruikers kunnen wel relevante informatie over mensen terugvinden, zoals: waar iemand woont, wie de casemanager is, welke medicatie wordt gebruikt, en waar – in noodgevallen – op moet worden gelet. Momenteel leveren de instellingen nog gegevens aan. Het is de bedoeling dat justitie de gegevens verder aanvult. Het tweede onderdeel ondersteunt het Meld- en Actiepunt OGGZ. Hierin kunnen de triagisten die

het Meld- en Actiepunt bemensen de informatie kwijt die zij tijdens een melding verzamelen. De gegevens worden vervolgens doorgemaid naar de instelling die met de melding aan de slag moet. Het Meld en Actiepunt maakt ook gebruik van de gegevens die in het Informatieknooppunt zijn opgeslagen. De Brede Centrale Toegang organiseert voor DTL toegang tot opvang en zorg. De medewerkers van BCT verwerken indicatiestellingen voor AWBZ-zorg in het systeem. Beoogd wordt om de gegevens direct uit te kunnen wisselen met het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ). Hierover zijn gesprekken gaande. Ook deze onderdeel maakt gebruik van de gegevens die in het Informatie- knooppunt zijn opgeslagen.

EVALUATIE

De veldregisseur brengt elk kwartaal de cliënten met een vastgesteld trajectplan ter beoordeling op het centraal overleg. Gedurende de bijeenkomst wordt de voortgang van deze trajecten doorgenomen. Waar nodig worden per cliënt nadere afspraken gemaakt.

ZORGNETWERK DTL ROTTERDAM

TOEGANG

De gemeente Rotterdam kent twee ingangen voor de doelgroep van het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang: Centraal Onthaal en het Steunpunt PGA Aanpak Rotterdam (SPAR). Bij het Samenwerkingsverband PGA aanpak Rotterdam (SPAR) gaat het om een bredere overlastgevende en criminele doelgroep.

De toegang van voorzieningen Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang loopt via één loket: Centraal Onthaal. Centraal Onthaal vormt samen met Trajectregie het Coördinatiepunt Zorg. Het Coördinatiepunt Zorg wordt gezien als een virtueel punt, waar het Centraal Onthaal is onder gebracht bij de afdeling Stedelijke Zorg bij Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SoZaWe) en Trajectregie bij de afdeling PersoonsGebonden Zorg (PGZ) bij de GGD Rotterdam-Rijnmond.

Aanmelding bij Centraal Onthaal kan via de cliënt zelf, via de maatschappelijk opvanginstellingen, GGZ of verslavingszorginstellingen, Lokale Zorgnetwerken, PGA Volwassenen en veldwerkers. In afstemming tussen Samenwerkingsverband PGA Aanpak Rotterdam (SPAR) en Centraal Onthaal (CO) wordt vastgesteld of de cliënt behoort tot de doelgroep van het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang, dan wel dat er sprake is van een overlastgevende, criminele dak- of thuisloze die binnen SPAR in traject wordt genomen. De DTL krijgt een pasje met naam en foto. Dit geeft toegang tot MO-voorzieningen in de stad. Nadat de DTL zich compleet heeft aangemeld bij een Maatschappelijke Opvang (MO) voorziening wordt door de MO binnen vier weken de zorgvraagverduidelijking van die cliënt gemaakt. De DTL wordt bij aanmelding ook getoetst op de volgende criteria:

- Binding met de regio waarvoor Rotterdam centrumgemeente is
- Thuisituatie hebben (moeten) verlaten en die zich zonder opvang maatschappelijk niet kunnen handhaven.
- Ouder dan 23 jaar (ander traject)
- Geen vrouwen die te maken hebben (gehad) met huiselijk geweld. (ander traject)

PROBLEEMINVENTARISATIE

De zorgvraagverduidelijk wordt gedaan door een tijdelijk cliëntmanager. Meestal is dit ook de verwijzer die aanmelding van de DTL heeft begeleid. De zorgvraagverduidelijking heeft als basis het AD-formulier. Hier is de problematiek van DTL op verschillende leefgebieden gespecificeerd. Vervolgens verzameld de tijdelijk cliëntmanager diagnosestellingen en zorgplannen bij verschillende partners en specialistische instellingen. Deze informatie omvat de huidige toestand op dit domein, de te behalen doelen, een tijdplanning en waar en bij wie verantwoordelijkheden liggen. Deze zorgvraagverduidelijking en deelplannen vormen samen het concept voor het trajectplan dat wordt besproken in het overleg van de Traject Toewijzings Commissie (TTC). Alle ingevulde formulieren en bijlagen worden digitaal verzonden naar de veldregisseur.

TOEWIJZING EN PLAATSING

GGD Rijnmond is in Rotterdam aangesteld als veldregisseur. De opgestelde zorgvraagverduidelijking wordt, vergezeld van een door de MO-instelling gemaakt zorgvoorstel besproken in de TTC. Deze zorgvraagverduidelijking bestaat uit een AD-formulier, aangevuld met verzamelde zorgplannen. De TTC, bestaande uit vertegenwoordigers van GGZ, verslavingszorg en MO instellingen, bekijkt welke vormen van zorg en begeleiding noodzakelijk zijn en of, bij reeds geplaatste cliënten, er sprake is van de juiste cliënt op de juiste plaats. Voor reeds bestaande klanten bestaat er een apart evaluatie overleg.

In de TTC worden afspraken gemaakt over de tijdsduur van het voor de cliënt benodigde traject en de daaruit voortvloeiende verplichtingen zowel voor de cliënt als de begeleidende instelling. Dit alles wordt vastgelegd in een zorgovereenkomst. Het CIZ neemt deel aan de TTC. De aanmeldingen voor de TTC, bestaande uit de zorgvraagverduidelijking (AD-formulier) en een voorstel voor een zorgovereenkomst, worden aangeleverd bij het team van Centraal Onthaal (CO). Er wordt gebruik gemaakt van diverse ondersteunende producten zoals schuldhulpverlening, inkomen en dagbesteding.

De cliënt wordt aan een instelling toegewezen, de zogenaamde hoofddossierhouder. Bij de toewijzing van een hoofddossierhouder staat het wonen voorop, dat is in de meeste gevallen een MO instelling. Deze hoofddossierhouder wijst binnen zijn eigen organisatie een cliëntmanager aan.

UITVOER EN MONITOREN

Na toedeling van een patiënt aan een zorginstelling in de TTC en vaststelling van het bijbehorende trajectplan, is de cliëntmanager belast met de uitvoering van het trajectplan.

De cliëntmanager bewaakt de in het trajectplan gemaakte afspraken en spreekt partijen daarop aan. Alle activiteiten die in het kader van het trajectplan moeten plaatsvinden worden door de cliëntmanager gecoördineerd. Als de uitvoering stopt grijpt de cliëntmanager in en neemt indien noodzakelijk contact op met de veldregisseur. Daarnaast heeft is er regelmatig afstemming met overige ketenpartners. Ook de toeleiding van de cliënt naar (aanvullende) diagnosestellingen is onderdeel van de verantwoordelijkheden van de cliëntmanager. Dit kunnen dus ook diagnosestellingen bij derden zijn die niet voorkomen in het trajectplan.

Beheer van het digitale dossier van de cliënt; de cliëntmanager zorgt ervoor dat het elektronische dossier van de cliënt volledig en actueel is. In Rotterdam wordt gewerkt met een klantmonitoringssysteem genaamd e-Vita. E-Vita is per september 2006 operationeel, maar er wordt nog gewerk aan de registratie van de zorgovereenkomst, de voortgang en de monitoring. E-Vita is een database met vier verschillende gebruikers: PGA Volwassenen, Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang, Lokale Zorgnetwerken en het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld. Er wordt met behulp van e-Vita een database en bijbehorend rappelsysteem bijgehouden wanneer een afgesproken termijn, zoals vastgesteld door de TTC en vastgelegd in de zorgovereenkomst, verloopt. Via de AD-formulieren wordt alle relevante informatie van de cliënt opgeslagen in het systeem. De formulieren en andere schriftelijke informatie worden toegevoegd aan de individuele dossiers en conform privacyvoorschriften beheerd.

EVALUATIE

De cliëntmanager informeert regelmatig via een digitaal formulier de voortgang van de individuele trajectplannen. Ook wordt het digitale dossier volledig en actueel gehouden. Elke drie maanden is er apart screeningsoverleg waar de lopende trajectplannen worden behandeld. Indien nodig worden er aanpassingen en aanvullende afspraken gemaakt.

Operationalisatie

Doelen

- Doelen dienen met elkaar afgestemd te zijn en met elkaar overeen te komen.
 - Indicatoren:
 - § convenants , taakomschrijvingen, protocollen
 - § afstemming door overleg en samenwerking
- Er dient toezicht te worden gehouden op de consistentie van doelen zonder dat dit nadelig uitpakt voor de flexibiliteit van de VO.
 - Indicatoren:
 - § Duidelijke toedeling taak toezichthouder
 - § Registratie moet niet als belastend worden ervaren, rigide

Deelnemers

- Elke deelnemer dient deel te kunnen nemen in de organisatie doormiddel van een op IT gebaseerde infrastructuur.
 - Indicatoren:
 - § Alle deelnemers zijn behandelaar, DTL, cliëntmanager en veldregisseur

Sociale structuur

- 'Sense-making'-informatie wordt verspreid in de vorm van duidelijke opgestelde rolverwachtingen protocollen en procedures, waardoor vertrouwen tussen deelnemers wordt versterkt.
 - Indicatoren:
 - § Geformaliseerde protocollen en procedures in convenants of afspraken

Technologie

- Informatie wordt effectief en efficiënt verzameld en gedistribueerd in een centrale database.
 - Indicatoren:
 - § Gegevens kunnen worden opgeslagen of opgevraagd via een centrale database. Bijvoorkeur toegang op werkplek.
- Er wordt gebruik gemaakt van modules door producten/diensten op te splitsen in componenten, zonder verlies van controle.
 - Indicatoren:
 - § Online informatievoorzieningen en services zijn afgestemd op de gebruiker. Deze zijn beschikbaar wanneer nodig.
- Er is een integraal controlesysteem om coördinatie op teamniveau en de uitwisseling van informatie en kennis mogelijk te maken.
 - Indicatoren:
 - § Controle en coördinatie door uitwisseling van informatie (e-mails, berichten) is mogelijk door alle gebruikers via een informatiesysteem.

- Ontwikkelende virtuele gemeenschappen dienen als een mechanisme voor het verzamelen en legitimeren van kennis en expertise over de grenzen van de organisatie heen
 - Indicatoren:
 - § Kennis over werkwijze kan worden verzameld en opgevraagd via gemeenschappelijke online fora of notities over behandelgeschiedenis van cliënt. Tips en opmerkingen worden hierin genoteerd.

Omgeving

- Er bestaat een netwerk waarin alle benodigde middelen en competenties aanwezig zijn.
 - Indicatoren:
 - § Zijn alle deelnemers aanwezig op gebieden
 - Wonen en opvang
 - Medische / psychische zorg & verslavingzorg
 - Inkomen en schuld
 - Arbeid, opleiding, dagbesteding
 - Justitie en politie
 - Sociaal netwerk en relaties
 - § Zijn bepaalde behandelingen onmogelijk door gebrek aan faciliteiten

Management

- De VO dient de flexibiliteit van onafhankelijke niet verticaal geïntegreerde organisaties te combineren met de strakkere connecties die gevonden worden in een hiërarchie.
 - Indicatoren:
 - § Gebruik van centrale regie, centrale leiding
 - § Gebruik standaardprocedures
 - § Mate van vrijheid in besteden van middelen door uitvoerende organisaties

Introductie

Ik ben Nick Timmerman, student Bedrijfskunde aan de Universiteit Twente. In opdracht van het adviesbureau Van De Geijn Partners bv te Houten, doe ik onderzoek naar de samenwerkingsverbanden in de zorgsectoren voor dak- en thuislozen in de grote vier gemeente van Nederland. Voor mijn opdracht wil ik bepalen in welke mate de zorgnetwerken in uw gemeente overeenkomsten vertonen met een virtuele organisatie. Het uiteindelijke resultaat van mijn opdracht is aan de hand van criteria een beschrijving geven van welke elementen nodig zijn om te komen tot een virtuele organisatie voor dak- en thuislozen.

Vragen

Ik heb een aantal vragen voor u opgesteld. Dit interview zal ongeveer een half uur duren.

Ik begin eerst met enkele vragen over uw functie en organisatie:

Wat is uw functie?

Wat is het doel en visie van uw organisatie?

Nu volgt de centrale vraag:

Ik zou met uw graag alle processtappen willen doorlopen die uw cliënten doorlopen in uw organisatie. Hier heb ik de volgende stappen bij onderscheiden: Toegang & Probleeminventarisatie, Opstellen concept-Trajectplan, Toewijzing en plaatsing, Uitvoering en monitoren en Evaluatie.

Hoe vindt de toegang & probleeminventarisatie van cliënten plaats?

Hoe vindt het opstellen en uitvoeren van het concept-trajectplan plaats

Hoe vindt de toewijzing en plaatsing van een client bij een instellingen plaats?

Hoe vindt het uitvoeren en monitoren van een trajectplan plaats bij uw instelling?

Hoe wordt de uitvoering en afronding van trajectplannen geëvalueerd?

Afsluiting

Dit waren alle vragen van mijn interview. Heeft u hier nog iets op aan te vullen?

Wat ziet u zelf als de grootste uitdagingen in het zorgnetwerk voor dak- en thuislozen waar u zich in bevindt?

Bij deze dank ik u hartelijk voor de verstrekte informatie en uw tijd.