



# VERANDERENDE ZORG



---

## COLOFON

Titel:	De rol van een zorgpark in een veranderende zorg
Student:	Jeroen Custers
Jaargang:	2016-2017
Begeleider 1:	Mevr. S. Visser
Begeleider 2:	Dhr. H. Elshof
Versie:	Versie 2 10-07-2017 [DEFINITIEF]



## - DE ROL VAN EEN ZORGPARK IN EEN VERANDERENDE ZORG - Draagt zorgbundeling bij aan langer zelfstandig wonen?

Titel: De rol van een zorgpark in een veranderende zorg

Student: Jeroen Custers

Jaargang: 2016-2017

Begeleider 1: Mevr. S. Visser

Begeleider 2: Dhr. H. Elshof

Versie: Versie 2 10-07-2017 [DEFINITIEF]



## VOORWOORD

Voor u ligt de definitieve versie van het Bachelor project 'Langer zelfstandig thuis wonen'. Het onderzoek is tot stand gekomen in samenwerking met CMO-STAMM en de Rijksuniversiteit Groningen. CMO-STAMM is een kenniscentrum voor sociaal-maatschappelijke vraagstukken in de provincies Groningen en Drenthe.

Het doel van het onderzoek is om verschillende kleinere onderzoeken te doen binnen het thema 'Langer zelfstandig thuis wonen'.

Gedurende 90 dagen is onderzoek gedaan naar de invloed van eerstelijnszorgbundeling in Maastricht om langer zelfstandig thuis wonen mogelijk te maken.

Een speciaal woord van dank aan mijn begeleiders mevrouw Sanne Visser en de heer Hans Elshof voor hun ondersteuning.

Tot slot bedank ik alle andere betrokkenen voor hun bijdrage aan dit onderzoek en de leerzame periode.

Jeroen Custers  
Groningen, 10 juli 2017



## SAMENVATTING

Een veranderende zorgvraag, vraagt ook om een andere aanpak. Hulpbehoevende mensen blijven tegenwoordig steeds langer thuis wonen. Dit langer thuis wonen vergt een andere manier van zorg krijgen. Naast woningaanpassingen zal ook de zorg moeten veranderen. Tezamen met de veranderende wetgeving, waarin de huisarts steeds meer taken maar minder budgetten krijgt.

Een van deze alternatieve concepten is een zorgpark. Een multidisciplinair gebouw waar meerdere eerstelijns zorgaanbieders bij elkaar gevestigd zijn. Eventueel aangevuld met een dependance afdeling van het ziekenhuis, GGD of andere zorginstantie. Bij Zorgpark Scharn, te Maastricht, waar dit onderzoek specifiek op gericht is, zitten; huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen, apotheek en een aantal praktijkondersteuners aangevuld met een ambulancepost van de GGD, dermatologieafdeling, thuiszorginstantie, hoorspecialist en een logopediepraktijk.

Het zorgpark heeft daarmee niet alleen een eerstelijnszorg aanbod maar ook een regionaal doel om in (spoed)zorg te voorzien.

### Bevindingen

Van uit verschillende invalshoeken zijn respondenten benaderd voor een kwalitatief onderzoek, aan de hand van interviews. Op deze manier kan een totaalbeeld gecreëerd worden en worden van verschillende kanten de voor- en nadelen van Zorgpark Scharn belicht. Daarmee kan uiteindelijk de vraag gesteld worden of het zorgpark bijdraagt aan de veranderingen in de zorg.

Het park werd in eerste instantie ontwikkeld om de aanrijtijden van de ambulance te kunnen halen in het Heuvelland aan de oostkant van Maastricht. Later in de ontwikkeling kwam hier de functie van een zogenaamd zorgpark of gezondheidscentrum bij. Vanaf het begin zijn de respondenten enthousiast over het project. Het zorgpark voldoet aan zijn verwachtingen en de zorgaanbieders kunnen de patiënten goed behandelen, daarnaast zijn de gebruikers tevreden met het gemak welke het zorgpark biedt. Zo kan er bijvoorbeeld vanuit de huisarts kan direct een medicijn opgehaald worden of een afspraak worden gemaakt bij de Fysiotherapeut.

De bereikbaarheid van het zorgpark goed. Met een bushalte voor de deur en voldoende parkeerplaatsen. Deze parkeerplaatsen zijn tevens ook het meest genoemde negatieve punt, er is betaald parkeren voor de deur wat niet tot iedereen tevredenheid zorgt. De ontwikkelaar geeft echter aan, dat dit bij bijvoorbeeld het ziekenhuis ook moet. Ook zijn de exploitatiekosten hoger omdat het een compleet nieuw pand is, hierdoor maken de zorgverleners meer kosten dan in hun oude situatie.

De locatie aan de rand van de wijk wordt daarbij dan weer niet als een nadeel gezien.

Het is echter niet aangetoond dat het zorgpark bijdraagt aan langer zelfstandig thuis wonen. Er is sprake van meer overleg tussen de zorgverleners, maar onvoldoende om dit een uitwerking te laten hebben op langer zelfstandig thuis wonen. Daarvoor zou een meer multidisciplinaire aanpak nodig zijn, waarbij niet de huisarts iedere keer langs gaat bij patiënten maar echt een wisselwerking ontstaat van thuiszorg, fysiotherapeut en bijvoorbeeld de huisarts in een sleutelrol. Ook zal daarvoor meer afgestemd moeten worden met mantelzorgers en thuiszorg.

In een eventueel vervolgonderzoek kan dan ook gezocht worden naar de mogelijkheden van meer multidisciplinaire zorg.



## INHOUDSOPGAVE

<b>AFKORTINGENLIJST &amp; VERKLARENDE WOORDENLIJST .....</b>	<b>IV</b>
<b>INLEIDING .....</b>	<b>5</b>
<i>Probleemstelling .....</i>	<i>6</i>
<i>Onderzoeksopzet .....</i>	<i>7</i>
<b>THEORETISCH KADER.....</b>	<b>8</b>
<i>Professionalisering en schaalvergroting zorg .....</i>	<i>8</i>
<i>Zorg zwaarte pakket.....</i>	<i>8</i>
<i>Formele zorg .....</i>	<i>8</i>
<i>Zorgbundeling.....</i>	<i>9</i>
<i>Informele zorg (Mantelzorg).....</i>	<i>9</i>
<i>Zorg op afstand .....</i>	<i>10</i>
<i>Conceptueel Model.....</i>	<i>10</i>
<b>CONCEPT ZORGPARK &amp; ZORGPARK SCHARN .....</b>	<b>11</b>
<i>Locatie .....</i>	<i>11</i>
<i>Verschillende vormen van het zorgpark .....</i>	<i>11</i>
<b>METHODOLOGIE .....</b>	<b>12</b>
<i>Onderzoeksmethode.....</i>	<i>12</i>
<i>Case study.....</i>	<i>12</i>
<i>Data-analyse.....</i>	<i>12</i>
<i>Respondenten .....</i>	<i>13</i>
<i>Ethiek.....</i>	<i>13</i>
<b>RESULTATEN &amp; INTERVIEWS.....</b>	<b>14</b>
<i>Keuze voor een zorgpark .....</i>	<i>14</i>
<i>Veranderingen in de zorg.....</i>	<i>15</i>
<i>Obstakels om rekening mee te houden bij de veranderingen.....</i>	<i>15</i>
<i>Wat voegt het zorgpark dan toe?.....</i>	<i>16</i>
<b>CONCLUSIE .....</b>	<b>18</b>
<b>DISCUSSIE.....</b>	<b>19</b>
<b>LITERATUURLIJST.....</b>	<b>20</b>
<b>BIJLAGE 1 DATA COLLECTIE INSTRUMENT .....</b>	<b>23</b>
<i>Interview guide .....</i>	<i>23</i>
<i>Uitbaters, Rob, Erik &amp; John .....</i>	<i>23</i>
<i>Gebruiker, Anne .....</i>	<i>25</i>
<i>Ontwikkelaar &amp; Bemiddelaar, Jasper &amp; Tim .....</i>	<i>27</i>



## AFKORTINGENLIJST & VERKLARENDE WOORDENLIJST

<b>Afkorting</b>	<b>Betekenis</b>
<i>CIZ</i>	Centrum Indicatiestelling Zorg
<i>Eerstelijnszorg</i>	Zorg van een huisarts, fysiotherapeut, tandarts thuiszorg, maatschappelijk werk etc.
<i>GGD</i>	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
<i>Satelliet vestiging</i>	Bij een satelliet vestiging is er één hoofdvestiging waar de meeste bereidingen en activiteiten van een apotheek plaatsvinden. De andere, zo genaamde satellietvestigingslocatie is dan vooral een afhaallocatie voor medicijnen of een informatiepunt.
<i>Zorg Zwaarte Pakket</i>	Tien verschillende pakketten waarin omschreven staat welke zorg een persoon nodig heeft. Vanaf pakket vier is er echt zorg nodig, dit is voornamelijk begeleiding, bij bijvoorbeeld dementie. Pakket tien is in een terminale fase.
<i>ZIO</i>	Zorg in Ontwikkeling

## INLEIDING

De zorg in Nederland is al jaren onderwerp van discussie. In een veranderende economie, waar zorgkosten en taken van hulpverleners steeds verder onder de loep genomen worden, moet het allemaal goedkoper en sneller (Van der Aa, 2017). Daarnaast groeit het aantal inwoners in Nederland; in 2017 wonen er 17 miljoen mensen in Nederland, in 2045 zijn dit naar schatting al 18 miljoen inwoners. Ook worden sinds de Jaren '40 van de vorige eeuw Nederlanders steeds ouder (CBS statline, 2017a). Mannen worden ten opzichte van 1950 negen jaar ouder en vrouwen tien jaar zoals te zien is in figuur 1 (CBS Statline, 2017).

Waar de totale bevolking stijgt met 1 miljoen inwoners in ongeveer 30 jaar, stijgt het aantal ouderen, inwoners van 65 jaar en ouder, met 1,5 miljoen zoals te zien is in figuur 2. (CBS Statline, 2017b). Er komen dus steeds meer ouderen, naast dat ook de levensverwachting stijgt. Hiermee stijgt ook de zorgvraag en daarmee de druk op verzorgingstehuizen, aangezien de zogenaamde grijze druk<sup>1</sup> toeneemt (Schumacher, 2017).

In 2007 is in Nederland het zorgstelsel veranderd. Nederlanders dienen zich individueel te verzekeren bij een zorgverzekeraar die dan voor hun de zorg, al dan niet gedeeltelijk, betaald (Rijksoverheid, 2008).

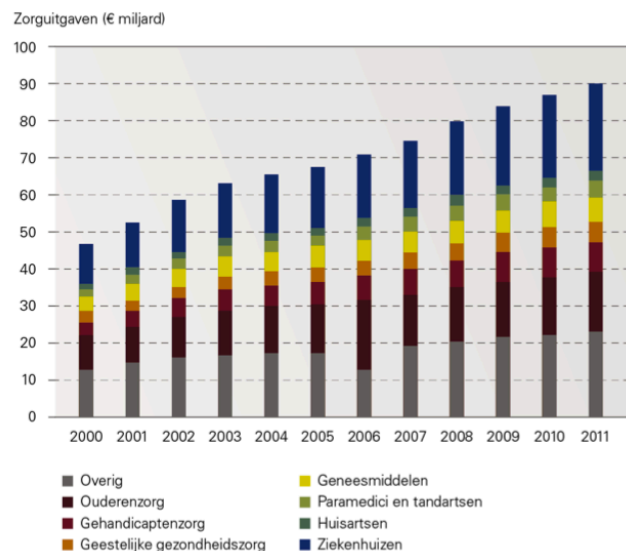
Mensen die niet meer in staat zijn om voor zichzelf te zorgen, verhuisden naar een verzorgingstehuis. Meer zorg brengt vanzelfsprekend ook meer kosten met zich mee. De zorgkosten stegen van 47 miljoen euro naar 90 miljoen euro in 11 jaar tijd (figuur 3). Die stijging is bijna een verdubbeling terwijl de vergrijzing de komende jaren alleen maar toeneemt. Deze veranderingen vragen om een andere aanpak. Een van die andere vormen van aanpak is mantelzorg. Mantelzorg is een van de meer sociaal-maatschappelijke oplossingen in de zorg (Timmermans, 2003).

Geslacht	Totaal mannen en vrouwen	Mannen	Vrouwen
Onderwerpen	Levensverwachting	Levensverwachting	Levensverwachting
Perioden	jaar		
1936 tot 1941	.	65,87	67,86
1941 tot 1946	.	59,70	65,11
1946 tot 1951	.	68,69	71,26
1951 tot 1956	72,03	70,70	73,39
1956 tot 1961	73,03	71,29	74,81
1961 tot 1966	73,49	71,16	75,89
1966 tot 1971	73,63	70,97	76,38
1971 tot 1976	74,17	71,23	77,21
1976 tot 1981	75,33	72,10	78,62
1981 tot 1986	76,21	72,88	79,53
1986 tot 1991	76,82	73,56	79,99
1991 tot 1996	77,32	74,30	80,22
1996 tot 2001	77,93	75,18	80,52
2001 tot 2006	78,83	76,42	81,08
2006 tot 2011	80,40	78,26	82,37
2011 tot 2016	81,31	79,47	83,03

Figuur 1: Levensverwachting in Nederland. Overgenomen van: CBS Statline

Onderwerpen	Bevolkingsomvang	Leeftijdsgroepen		
		0 tot 20 jaar	20 tot 65 jaar	65 jaar en ouder
Perioden	aantal			
2017	17 045 154	3 810 723	10 069 561	3 164 871
2020	17 248 834	3 781 970	10 064 814	3 402 050
2025	17 524 138	3 736 660	9 981 836	3 805 642
2030	17 748 974	3 781 915	9 739 179	4 227 879
2035	17 905 596	3 862 654	9 466 838	4 576 104
2040	17 982 704	3 891 472	9 338 732	4 752 501
2045	18 002 344	3 861 419	9 414 152	4 726 772
2050	18 008 402	3 819 491	9 506 194	4 682 717
2055	18 023 386	3 802 112	9 556 972	4 664 303
2060	18 057 326	3 825 603	9 538 944	4 692 778

Figuur 2: bevolkingsprognose. Overgenomen van: CBS Statline



Figuur 3: Zorguitgaven 2000-2011. Bron: De vergrijzing voorbij

<sup>1</sup> Het aantal personen van 65 jaar en ouder ten opzichte van het aantal personen tussen 20 en 46 jaar oud.



Hulpbehoevende mensen krijgen hulp van familie of vrienden. Hierdoor kunnen ze vaak langer thuis wonen.

Mantelzorg is niet de enige verandering in de zorg. Niet alle woningen zijn geschikt om mensen langer zelfstandig te laten wonen. Er kunnen obstakels in een huis zijn, waardoor het zelfstandig voortbewegen moeilijk gaat of de hulpbehoevende beperkt. Een van de meer bekende oplossingen hiervoor is Domotica. Hierbij maakt men gebruik van onder andere elektronische apparatuur om gordijnen te sluiten of de verwarming op afstand te kunnen bedienen. Ook kunnen patiënten makkelijker digitaal communiceren met een arts (Merilampi et al., 2017).

Samenwerking in de zorg is een van de veranderingen, zorgverleners gaan steeds vaker met elkaar samenwerken om zo de zorg te professionaliseren. Eén van de manieren van samenwerking is via een zorgpark.

In Nederland ontstaan nu op verschillende plaatsen zorgparken, ook wel Gezondheidscentra genoemd. Hier zitten deze zorgverleners, eerstelijnszorgaanbieders, bij elkaar gebundeld in een gebouw. Dit vergroot de kans op samenwerking en biedt voor patiënten een totaalplaatje (Strassel et al., 2017). Dit onderzoek is gericht op de vraag of deze samenwerking ook daadwerkelijk mensen langer laat thuis wonen.

### Probleemstelling

Het doel van het onderzoek is uitzoeken wat de mogelijke invloed is van een zorgpark, ook wel gezondheidscentrum genoemd, op de veranderingen in de zorg.

Daarmee kan de volgende hoofdvraag gesteld worden:

#### **Wat is de rol van een zorgpark in de veranderende zorg?**

De deelvragen die hierbij horen zijn:

1. Wat verandert er in de zorg?

De zorg verandert al geruime tijd, zoals eerder aangegeven. De veranderende aanpak die daarmee gepaard gaat levert een aantal nieuwe initiatieven en ontwikkelingen op. Maar welke veranderingen zijn er op dit moment?

2. In welke mate speelt (informele) samenwerking een rol in de veranderende zorg?

Mantelzorg en zorgparken lijken voor een groot deel gericht op samenwerking. Maar in welke mate wordt er samen gewerkt en is dit vooral tussen zorgverleners? Wat zou er daarnaast nog meer mogelijk zijn qua samenwerking?

3. Welke zorg kan een zorgpark bieden en opvangen?

De voorlaatste deelvraag wordt beantwoord door de uitbaters van het zorgpark. Deze respondenten weten het best welke zorg ze leveren of zouden kunnen leveren. Maar zouden ze hierbij een andere rol kunnen aannemen? En kunnen ze participeren in het langer zelfstandig thuis wonen?

4. Hoe ervaren zorgaanbieders in het zorgpark hun rol in langer zelfstandig wonen van ouderen?

De laatste deelvraag, is tevens de laatste vraag in het kwalitatieve onderzoek. Aan de respondenten wordt gevraagd wat zij kunnen bijdragen, dan wel ervaren van de rol van een zorgpark in het langer zelfstandig thuis wonen.





### Onderzoeksopzet

Het onderzoek is opgedeeld in verschillende fases, die ook terug te zien zijn in de hoofdstukindeling. In hoofdstuk 2 zal begonnen worden met een onderzoek met een theoretisch kader naar alternatieve concepten van zorg. In hoofdstuk 3 volgt het concept van een zorgpark. Hierin staat centraal, wat het zorgpark inhoudt en wat de meerwaarde daarvan is. De eerste twee deelvragen worden daarmee beantwoord.

In hoofdstuk 4 komt de methode selectie, op welke manier kan het onderzoek gedaan worden en waarom een kwalitatief onderzoek hiervoor het meest geschikt is. In Hoofdstuk 5 volgen de resultaten van het kwalitatieve onderzoek; de respondenten van de interviews komen aan het woord. De overige deelvragen kunnen daarmee beantwoord worden. Het onderzoek sluit af met een conclusie en discussie waarin aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek.



## THEORETISCH KADER

Zoals aangegeven in de inleiding, stijgt de levensverwachting van mensen en blijven mensen steeds langer thuis wonen. Verschillende theorieën kunnen hierbij gevonden worden. In dit hoofdstuk vindt u meer informatie over de theorie van het ouder worden en het langer thuis wonen en welke bijdrage een zorgpark hieraan kan leveren.

### Professionalisering en schaalvergroting zorg

Het langer zelfstandig thuis wonen vraagt een andere aanpak van zorg met zich mee. Mensen blijven langer zelfstandig thuis wonen, terwijl hun gezondheid steeds meer hulp nodig heeft. Met name ouderen die moeite hebben met dagelijkse taken als het huishouden leunen op zowel formele, de professionele hulp (Li, 2005), als ook informele hulp; De hulp die vooral komt van familie en vrienden (Allen et al., 2012). Daarmee stijgt de zorgvraag en daarmee de zorgkosten. In 2014 stegen de zorgkosten alleen al met 1,8% (CBS, 2015). De hulpbehoevende mensen worden daarmee steeds afhankelijker van anderen. Zorg wordt duurder en daarmee niet altijd even bereikbaar voor iedereen, daardoor zijn mensen eerder geneigd terug te vallen op hun familie, vrienden en hun sociale netwerk (Vleugels, 2005).

### Zorg zwaarte pakket

Wanneer iemand in Nederland zorg nodig heeft, wordt deze ingedeeld in een zorg zwaarte pakket. Het CIZ is de partij die dit bepaald (Sensire, 2017). Het CIZ bepaald, wanneer de gezondheid van een persoon achteruit gaat of, en wanneer er zorg nodig. Wanneer zorg nodig is wordt iemand ingedeeld in een zorg zwaarte pakket. Daarbij wordt ook gekeken of er aansprak gemaakt kan worden op de WLZ, de wet Langdurige Zorg (Offerman, 2009).

Wanneer de fysieke gesteldheid achteruit blijft gaan, komt er een moment dat de hulpbehoevende niet meer in staat is om thuis te blijven wonen. Het is lastig te bepalen wanneer dit moment is. Niet iedereen kan even goed voor zichzelf zorgen, of kan rekenen op steun van familie of vrienden. Daarbij speelt ook de mentale gesteldheid een rol. Iemand die mentaal gezond is kan langer thuisblijven, dan iemand die dat niet is (Sensire, 2017).

Het kan ook zo zijn dat iemand fysiek in orde is, maar juist mentaal niet meer in staat is om thuis te blijven wonen. Het moment dat thuis wonen niet meer gaat is dan ook moeilijk te bepalen en per persoon verschillend. De hoeveelheid zorg en daarmee de gesteldheid van een hulpbehoevende is dus afhankelijk van de omgeving en zowel van de formele als de informele zorgverlener (Sensire, 2017).

### Formele zorg

Formele zorg kan onderverdeeld worden in twee soorten. De zorg van zorgverleners en de zorg van huishoudelijke hulp of thuiszorg (Morée, 2007). De zorg van de zorgverleners is daarbij dan de eerstelijnszorg (GGZ in de bres, 2017). De eerstelijnszorg is echter ook het sterkst in ontwikkeling. Het vormen van een zorgketen is een van deze ontwikkelingen. Ook wel *Integrated care* genoemd. Integrated care is het coördineren van zorg, wat leidt tot een hogere kwaliteit (Gröne & Garcia-Barber, 2002). De samenwerking tussen zorgprofessionals is essentieel bij integrated care.



### Zorgbundeling

Een redelijk nieuwe ontwikkeling binnen de formele zorg is een zorgpark. Door de bundeling van zorg kunnen mensen op een andere manier zorg ontvangen. Een onderzoek hierover is van de Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven) over de aansluiting van zorg en woningen in België (Winters, 2003). In het onderzoek stelt men dat België achter loopt op de ontwikkeling van alternatieve mogelijkheden voor de stijgende zorgvraag, een probleem welke in België net zo groot lijkt te zijn als in Nederland.

Ook stelt men dat Nederland en een aantal Scandinavische landen veel verder zijn in de alternatieve ideeën voor de stijgende zorgvraag (Winters, 2003).

De KU Leuven gaat daarbij in op nog een aantal andere interessante concepten die langzaamaan in België uitgerold worden. Een van de concepten is een zorgkruispunt, dit is het best te vergelijken met een zorgcentrum of zorgpark in Nederland. Het concept biedt een lokale bundeling van zorg in een wijk van een stad of dorpskern. Het centrum bevat eerstelijnszorg waar vraag naar kan zijn. In zo'n centrum zit bijvoorbeeld een huisarts, tandarts, fysiotherapeut en psycholoog (GGZ in de bres, 2017). In Nederland ontstaan deze zorgparken ook. Gevoed door schaalvergroting en professionalisering in de zorg (Groenewegen et al., 2007). Een zorgverlener krijgt steeds meer te maken met andere arbeidsvoorwaarden als deeltijdbanen en meer administratieve verantwoordelijkheden (Zorg in ontwikkeling, 2017).

Door deze veranderingen groeien de praktijken en ontstaan nieuwe kansen, als het delen van een praktijk met andere eerstelijnszorgverleners. Het delen van praktijk levert niet alleen samenwerking op, maar kan ook voordelen voor patiënten bieden, deze hoeven immers niet meer naar verschillende locaties te reizen om hun zorgverlener te bezoeken.

### Informele zorg (Mantelzorg)

Een van de veranderingen in de zorg is het terugvallen op het sociale netwerk. Opvallend daarbij is dat niet iedereen het vanzelfsprekend vindt om zorg te verlenen aan vrienden of familie (Broese van Groenou et al., 2013). Deze hulp van familie of vrienden wordt ook wel Mantelzorg genoemd. Mantelzorg is het vaak langdurig zorgen, op onbetaald en vrijwillige basis, voor familie of vrienden (Rijksoverheid, 2017). De zorg kan zowel hulp zijn in de zorg, als ook de meer dagelijkse activiteiten als boodschappen doen. Daarnaast is er de informele kant van zorg, als ouderen langer zelfstandig wonen kunnen ze vereenzamen (Redeker & Callis, 2015). Daarvoor zijn verschillende projecten ontwikkeld zoals de zorgkaart van Redeker & Callis (2015) om eenzame mensen dichterbij elkaar te brengen en meer contact te laten hebben met hun omgeving. Waar ze die contacten anders eventueel in een verzorgingstehuis gehad zouden hebben.

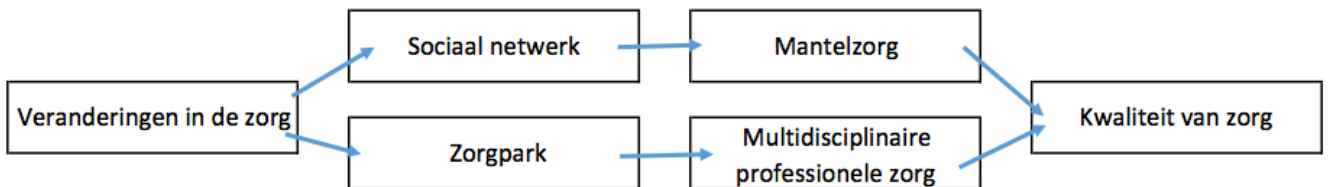
Brandt et al., (2009) onderzocht of kinderen later voor hun ouders gaan zorgen en tot op welk niveau dit acceptabel is en of het op vrijwillige basis te verantwoorden is. Ook wordt er rekening gehouden met culturele verschillen van bevolkingsgroepen. Opvallend is dat de (mantel)zorg in het onderzoek opgesplitst is in twee soorten, op basis van geografische verschillen. Kinderen in Noord-Europese landen zijn vooral bezig met dagelijkse hulp als boodschappen doen en het huishouden van hun ouders. De zorg laten ze voornamelijk over aan professionals. In Zuid-Europese landen (waar overigens ook minder zorg professionals zijn), lijkt de zorg vooral te richten op zorgen en minder op dagelijkse hulp (Brandt et al., 2009).

### Zorg op afstand

Naast de zorg die iemand krijgt aan huis dan wel buitenshuis zijn er ook nog andere vormen mogelijk. Een van de andere vormen is zorg op afstand, daarbij hoeft een arts of verpleegkundige niet altijd de patiënt in de praktijk te ontvangen maar kan dit ook bij de patiënt thuis, of op afstand. De arts kan bijvoorbeeld telefonische ondersteuning geven of foto's beoordelen. Ook kan veel communicatie digitaal gaan via e-mail of app. Een andere recente ontwikkeling is beeldbellen. De arts kan dan vanuit de praktijk via internet contact hebben met de patiënt en beide kunnen elkaar dan ook zien. Dit gaat echter moeilijk voor een tandarts of fysiotherapeut, deze zullen nog steeds bezoek moeten krijgen van de patiënt, dan wel op bezoek gaan bij de patiënt (Evers et al., 2009). Daartegen staat dat met name ouderen vaak digitaal niet zo goed onderlegd zijn of niet comfortabel voelen met digitaal communiceren, dat maakt het digitaal ontvangen van zorg minder aantrekkelijk voor deze doelgroep (Van Ingen, 2007).

### Conceptueel Model

In het conceptueel model is het theoretische kader op een schematische manier weergegeven. In de theorie wordt omschreven dat mensen steeds ouder worden en ze langer thuis blijven wonen. De nieuwe zorgaanpak die daarbij nodig is, kan wellicht gevonden worden in een zorgpark. In het model is te zien hoe de gevolgen van langer zelfstandig thuis wonen weergegeven kunnen worden en hoe een zorgpark daarin past. Het thuis blijven wonen blijft echter afhankelijk van een achteruitgaande gezondheid. Bij een steeds verslechterende gezondheid, zal uiteindelijk het langer thuis wonen niet meer kunnen. Professionele hulp blijft daarbij onvermijdelijk (Flikweer & van Maanen, 2015). Een mantelzorger kan tenslotte niet alle taken van een verpleegkundige of arts overnemen, tenzij deze over gelijke kennis beschikt. De arts zal altijd medicijnen blijven voorschrijven en een patiënt onderzoeken wanneer deze ziek wordt.



Figuur 4: Conceptueel model. Bron: eigen werk

## CONCEPT ZORGPARK & ZORGPARK SCHARN

Door de ontwikkelingen in de zorg, het betaalbaar en toegankelijk houden, is er steeds meer multidisciplinaire zorg nodig. Samenwerking speelt daarbij een belangrijke rol. Een zorgpark kan een weg zijn naar meer samenwerking binnen eerstelijnszorgverleners. Door het land zijn er meerdere zorgparken ontwikkeld, zo ook in Zuid-Limburg. Een van de eerste zorgparken ligt in Limburg en werd ontwikkeld door zorgbemiddelaar ZIO (Zorg in Ontwikkeling, 2017). Het ZIO probeert een brug te slaan tussen de verschillende aanbieders van eerstelijns zorg. Het ZIO is ontstaan omdat bij gebrek aan kennis van ondernemen bij zorgaanbieders. Het ZIO helpt hen hier onafhankelijk bij. Vanwege de concrete informatie en relaties die bij de schrijver bekend zijn, is een zorgpark welke door ZIO ontwikkeld is, gekozen als uitgangspunt in dit onderzoek.

Vanuit het ZIO is ook zorgpark Scharn ontstaan. Door de vele wegwerkzaamheden in en rond Maastricht kon de ambulancedienst de aanrijtijden in het Heuvelland maar moeilijk halen. Daarop besloot men om aan de rand van de stad een nieuwe uitvalsbasis voor de ambulancedienst te bouwen. Deze werd gebundeld met een dependance van het Maastricht Universitair Medisch Centrum. Het ziekenhuis kon hierdoor deels ontzien worden én er ontstonden meer mogelijkheden om sneller en gericht onderzoek te kunnen doen voor bijvoorbeeld dermatologie.

Van daaruit ontstond het idee om meerdere eerstelijnszorg aanbieders samen te voegen in één pand. In 2014 werd het pand uiteindelijk opgeleverd met: twee huisartspraktijken, apotheek, tandartsenpraktijk, fysiotherapiepraktijk, logopedie, thuiszorg, hoorzorg en dus de eerdergenoemde stadspoli en GGD, die ambulancedienst uitbaat (Zorgpark Scharn, 2017).

Het zorgpark vervult daarmee een compleet aanbod van eerstelijnszorg en anderhalvelijns zorg in de wijk (GGZ in de bres, 2017).

### Locatie

De locatie van een zorgpark dient zorgvuldig gekozen te worden. Nu liggen eerstelijnszorgpraktijken vaak verspreid in een wijk. Het patiëntenbestand is meestal binnen een kleine straal van de praktijk, wanneer de zorgverleners dan gaan verhuizen kunnen ze patiënten verliezen, of zorgbehoevende mensen worden geconfronteerd met een langere reis, welke voor problemen kan zorgen voor hen.

### Verschillende vormen van het zorgpark

Er zijn verschillende vormen van een zorgpark. Zorgpark Scharn is een van de grotere zorgparken, maar heeft ook meerdere functies. Andere zorgparken zijn kleiner of anders van opzet. Op internet zijn verschillende parken te vinden, veelal opgezet met een huisarts en wisselende zorgverleners daaromheen.



Figuur 5: Locatie Zorgpark Scharn. Overgenomen en aangepast van: Google Maps.



## METHODOLOGIE

### Onderzoeksmethode

Met name naar de verandering van de bevolkingsopbouw in Nederland en de veranderingen in de zorg is onderzoek gedaan. Gaandeweg het onderzoek verplaatste die focus meer richting zorgparken. De literatuur is met name gezocht via de universiteitsbibliotheek, Google Scholar en Smartcat. Daarbij is gezocht op zoektermen als: vergrijzing, veranderingen in de zorg, zorgwet en zorgpark.

Om het onderzoek verder vorm te geven en te toetsen aan de praktijk is gekozen voor kwalitatief onderzoek. Aan de hand van *semi-structured interviews* zijn een aantal vragen voorgelegd, het voordeel hieraan is dat er een vaste vragenlijst is, waar eventueel van afgeweken kan worden voor meer diepgang (Clifford et al., 2016). Op deze manier kan er dieper ingegaan worden op de werking van een zorgpark. Ook is doorvragen op een specifiek antwoord van de respondent mogelijk (Baarda et al., 2012). Met het doen van enquêtes was dit niet mogelijk geweest.

In eerste instantie zijn negen respondenten benaderd. De respondenten zijn zorgvuldig gekozen, door vanuit verschillende invalshoeken betrokkenen te benaderen kan van meerdere kanten gekeken worden naar een zorgpark. De respondenten zijn bewust benaderd binnen Zorgpark Scharn. Door langs te gaan in het zorgpark en een e-mail met meer informatie te sturen zijn de respondenten benaderd. Zes respondenten wilden uiteindelijk deelnemen aan een interview. Daarmee is gekozen om zowel de gebruiker, zorgaanbieder, bemiddelaar als ontwikkelaar te interviewen. Op deze manier kan een compleet beeld gecreëerd worden van het zorgpark en worden de verschillende kanten en belangen belicht. Uiteindelijk kan daarmee een gefundeerde conclusie gemaakt worden. Het nadeel aan interviews doen is dat er relatief weinig respondenten zijn en het onderzoek dus concentreert op een beperkte respons.

### Case study

Om een gefundeerd en betrouwbaar onderzoek te kunnen doen, dient er naast literatuuronderzoek, ook een dataverzameling en data-analyse plaats te vinden, daarmee kan het onderzoek verder uitgediept worden.

Voor het onderzoek naar de rol van een zorgpark in een woonwijk, kan gebruik gemaakt worden van een case study. Deze case study wordt gedaan aan de hand van interviews worden, onderverdeeld in meerdere categorieën. De interviews zijn onderverdeeld in de volgende categorieën: gebruikers, uitbaters, ontwikkelaar en beheerder.

Door het benaderen van respondenten vanuit verschillende hoeken zijn alle kanten van Zorgpark Scharn belicht. Gezien de beschikbare tijd is ervoor gekozen om alleen Zorgpark Scharn te onderzoeken en andere zorgparken buiten beschouwing te laten. Daarbij dient gesteld te worden wanneer er andere manieren van uitbaten bij deze zorgparken zijn, deze dan onderbelicht blijven.

### Data-analyse

De zes interviews zijn in eerste instantie opgenomen en later getranscribeerd. Voor het transcriberen is gebruik gemaakt van het programma Word. Later zijn aan de transcripten verschillende codes toegevoegd. Het zogenaamde coderen. Zo ontstaat een patroon in de antwoorden en kan de relevantie van de antwoorden beter ingeschat worden (Barendsen, 2017). De transcripten zijn alleen beschikbaar voor de begeleiders en schrijver van dit onderzoek.

Met de transcripten kunnen de verschillende antwoorden en meningen gekoppeld worden aan de theorie. Op deze manier ontstaat een compleet beeld van een zorgpark en de eventuele invloed op het langer zelfstandig thuis wonen.



### Respondenten

Alle respondenten hebben vergelijkbare vragen gekregen, aangepast op de rol van de respondent. Uiteindelijk zijn er deze zes respondenten:

	Respondent	Beroep:	Geslacht	Leeftijd	Pseudoniem
1.	Bemiddelaar	N.v.t.	Man	42	Jasper
2.	Ontwikkelaar	N.v.t.	Man	44	Tim
3.	Uitbater	Huisarts	Man	41	Rob
4.	Uitbater	Tandarts	Man	63	Erik
5.	Uitbater	Apotheker	Man	41	John
6.	Gebruiker	N.v.t.	Vrouw	82	Anne

*N.B. het is toeval dat er zoveel mannen geïnterviewd zijn.*

### Ethiek

Ethiek vormt een belangrijk onderdeel van kwalitatief onderzoek. Voor het begin van het onderzoek is afgebakend dat de tijd beperkt is en het onderzoek binnen het kader van langer zelfstandig thuis wonen past. Door het onderzoek onder te verdelen in een hoofdvraag met enkele deelvragen kan het onderzoek afgebakend worden (Clifford et al., 2016).

### Privacy

Respondenten moeten de kans krijgen om zich op hun gemak te voelen bij het antwoorden (Clifford et al., 2016). Bij het plannen van de interviews is daarom al rekening gehouden met privacy, daarbij is toen al aangegeven dat het interview alleen beschikbaar zou zijn voor begeleiders en schrijver. Bij de resultaten is het onderzoek geanonimiseerd, om de privacy te waarborgen. Voor de leesbaarheid is gebruik gemaakt van Pseudoniemen als naam. Aan het begin van het interview is nogmaals aangegeven dat de respondenten de mogelijkheid hebben om vragen niet te beantwoorden of het interview te pauzeren of stoppen op elk gewenst moment.

Aan het begin van elk interview is getracht contact te maken met de respondent. Door eerst enkele vragen te stellen over wie de respondent is en hoe lang deze al werkt of patiënt is.

## RESULTATEN & INTERVIEWS

In dit hoofdstuk worden de eerste resultaten uiteengezet. Deze komen voort uit de gedane interviews. Omwille van privacy zijn de respondenten niet bij naam genoemd in het onderzoek, maar is er een pseudoniem bedacht. De vragen aan de respondenten zijn toegevoegd in bijlage 1, aan het eind van dit onderzoek.

### Keuze voor een zorgpark

Ook in Maastricht zijn huisartsen opzoek naar andere bedrijfsvoering en nieuwe manieren van het runnen van hun praktijken. Het ZIO (zie ook het vorige hoofdstuk) is daar speciaal voor in het leven geroepen. *“Het ZIO probeert een brug te slaan tussen de verschillende aanbieders van eerstelijnszorg.”* *“Ook kregen zorgverleners steeds meer te maken met ondernemen. Daarvoor hadden ze echter niet de juiste kennis. Het ZIO helpt hen hier onafhankelijk bij.”* (Jasper, Bemiddelaar).

Het ZIO is daarmee een van de belangrijkste initiatiefnemers van Zorgpark Scharn. Het ZIO zocht een aantal eerstelijnszorgverleners bij elkaar, gesteund door de GGD, die belang had bij een nieuwe Ambulancepost aan de rand van de stad Maastricht, om zo de aanrijtijden voor het Heuvelland rondom de stad op tijd te kunnen blijven bedienen. Deze werden niet meer gehaald door de werkzaamheden rond de A2 ondertunneling in Maastricht.

In samenspraak met de gemeente Maastricht zocht het ZIO een geschikte locatie en zocht daar ondertussen geschikte eerstelijnszorgverleners bij. De uitbaters zaten nu in verouderde praktijken of moesten om andere redenen hun praktijkruimte gaan verlaten.

Voor de huisartsenpraktijk was verhuizing een noodzaak, gezien de oude praktijkruimte verouderd was en nog aan het woonhuis zat van de voorganger van de praktijk. Om toch in dezelfde buurt te blijven, in de buurt zit tenslotte het grootste deel van het klantenbestand, is toen gekozen om in te stappen in het zorgpark concept.

De huisarts is verder tevreden over de modernisering en samenwerkingsmogelijkheden die hij heeft in het zorgpark, maar is niet specifiek gericht op die samenwerking. De intentie bij de verhuizing naar het zorgpark was dan ook niet gericht op meer samenwerking, maar op een nieuwe praktijkruimte met modernere mogelijkheden.

De tandarts had dan weer een andere reden om mee te gaan in het project: *“Ik moest zwaar gaan investeren in mijn oude praktijk, de vraag was of ik die investering ooit zou terugverdienen. De keuze om mee te gaan in het zorgpark was dan ook een van de weinige keuzes die ik had om mijn praktijk te kunnen voortzetten.”* (Erik, Tandarts).

Ook de apotheek zat in een verouderd pand, welke niet meer voldeed aan de huidige eisen. In *“We wilden eerst in het zorgpark een satelliet vestiging<sup>2</sup> opzetten, maar dat bleek later onhaalbaar. Met wat passen en meten konden we volledig over naar ons huidige pand. Daarvoor heb ik het eigen bereiden van medicijnen moeten afstoten, dat vind ik nog steeds jammer.”* (John, Apotheker).

Met de nieuwe bedrijfsvoering van zorgverleners, welke meer en meer regels krijgt en een groter takenpakket kreeg: *“Zo kregen huisartsen meer en meer personeel in dienst, bijvoorbeeld praktijkondersteuners en werd daardoor meer een ondernemer. Daarnaast hebben we geëxperimenteerd met een aantal soorten zorg die eigenlijk onder ziekenhuiszorg vielen, maar die het ziekenhuis te zwaar belastten. In eerste instantie zat dit als een soort losse arts in een huisartsenpraktijk en daarna zelfstandig. Beide bleken niet zo goed te werken.”* (Jasper, Bemiddelaar). De huisartsen hadden hier weinig ervaring mee en dit in hun opleiding ook niet geleerd, het ZIO is mede daarom opgericht en helpt de artsen hierbij.

---

<sup>2</sup> Satelliet vestiging: bij een satelliet vestiging is er één hoofdvestiging waar de meeste bereidingen en activiteiten plaatsvinden. De andere locatie is dan vooral een afhaallocatie voor medicijnen of informatiepunt.





## Veranderingen in de zorg

### *Samenwerking voor zorgverleners*

Met de verhuizing naar het zorgpark veranderde voor de zorgverleners, niet alleen de locatie en hun nieuwe praktijk, maar ook hun manier van werken. Niet elke zorgverlener heeft evenveel overleg met elkaar, blijkt uit de interviews.

*“Ik heb voornamelijk overleg met de apotheek voor een specifiek recept, als ik bijvoorbeeld twijfel over het beste medicijn of combinatie van, maar dit zou eigenlijk ook telefonisch kunnen. We hebben verder maar weinig contact met de andere zorgverleners. Hooguit nog met de thuiszorg instantie, maar ook daarvoor geldt dat dit ook telefonisch zou kunnen.”* (Rob, Huisarts). Informatiedeling tussen zorgverleners is ook een van de belangrijkste aanbevelingen uit eerder onderzoek. Het opbouwen van een netwerk van zorgverleners rond een patiënt is essentieel om goed te kunnen samenwerken en de patiënt de beste zorg te kunnen bieden (Van Tomme et al., 2011).

### *Locatievoordelen*

Het grootste voordeel voor de huisarts is de zichtlocatie, de praktijk is veel zichtbaarder en levert daardoor nieuwe patiënten op. Daarnaast is de praktijk voorzien van de laatste ontwikkelingen voor een huisartsenpraktijk, wat het werk makkelijker en beter maakt. De huisarts kan zo een sneller en beter een diagnose stellen (Zorg in Ontwikkeling, 2017).

De tandarts ondervindt dan weer op een andere manier de veranderingen in het zorgpark, voor de tandarts is er maar weinig overleg, ook hij kent een grote toestroom van nieuwe patiënten. *“Er kwamen zelfs zoveel nieuwe patiënten dat ik niet een stapje terug kon doen in mijn laatste jaren voor mijn pensionering, maar er moesten zelfs extra stoelen bij komen om aan de vraag van patiënten te kunnen voldoen.”* (Erik, Tandarts).

### *Schaalvergroting voor zorgverleners*

Voor de apotheker veranderde eigenlijk het meest. Er lagen meerdere apotheken op relatief kleine afstand maar aan de andere kant van de wijk en waar het zorgpark zou komen was er geen apotheek. De apotheker besloot daarop een alliantie te vormen met een aantal apotheken in de omgeving en zo een groter geheel te gaan vormen. Ook voor de apotheek groeide het klantenbestand behoorlijk. De apotheker gaf ook aan het fijn te vinden dat er nu meer overleg mogelijkheden zijn met de huisarts. *“Ik kan nu makkelijk even binnenlopen en overleggen over een medicijn welke misschien meer geschikt kan zijn voor een patiënt”* (John, Apotheker).

## Obstakels om rekening mee te houden bij de veranderingen

### *Ethiek*

Toch zijn er ook punten waar alle respondenten meer van verwacht hadden. Zo blijft privacy een gevoelig punt. Er is weinig multidisciplinair overleg tussen de zorgverleners. Dat heeft verschillende oorzaken. Enerzijds omdat men niet specifiek opzoek is naar meer overleg, maar zeker ook vanwege privacy. De privacy van patiënten wanneer er een gezamenlijk overleg zou zijn bijvoorbeeld. Wanneer een patiënt bij de huisarts komt, die daarvoor moet overleggen met de thuiszorg, dan heeft de tandarts daar eigenlijk niets mee van doen. Zeker niet als de patiënt in kwestie geen eens patiënt is bij de tandarts, maar zijn mondzorg elders haalt.

In Nederland is men erg gesteld op de privacy die een patiënt heeft bij de arts. Ook wel het beroepsgeheim van een arts. Dit maakt het erg moeilijk om multidisciplinair te overleggen (Nouwt & Lucieer, 2005).

### Kosten

Daarnaast worden de hogere kosten als een nadeel gezien, de uitbaters zijn niet blij met de hogere huren die ze nu betalen voor hun praktijk. Deze waren op hun oude locatie lager. Tegelijkertijd geeft het ZIO daarbij aan dat de kwaliteit van het vastgoed dan weer aanzienlijk beter is.

Ook rekent men parkeerkosten voor patiënten die met de auto komen. *“Ik vind dat niet klantvriendelijk, dat mijn patiënten moeten betalen als ze voor een consult komen.”* (Erik, Tandarts) Daartegen geeft het ZIO aan dat wanneer men naar het ziekenhuis gaat, daar ook parkeerkosten gerekend worden. De patiënt betaald dus meer om zorg te kunnen krijgen in het zorgpark. Hierover zijn het ZIO en de zorgverleners het niet met elkaar eens.

### Voordelen van een zorgpark

Gebruikers zijn op verschillende manieren patiënt geworden van Zorgpark Scharn, sommigen kwamen al bij een van de zorgverleners in de oude praktijk, maar er zijn ook nieuwe patiënten gekomen vanwege de nieuwe locatie dan wel omdat de praktijken ineens meer opvallen, zoals bleek uit een enquête die de huisartsenpraktijk gehouden heeft.

Voor de gebruiker heeft het zorgpark een aantal voordelen. Zo is de bereikbaarheid goed, er zijn parkeerplaatsen voor de deur en stoppen er meerdere buslijnen direct voor de deur.

De zorgbundeling wordt als voordeel gezien. Wanneer iemand nu naar de huisarts gaat, kunnen vaak de medicijnen direct daarna opgehaald worden bij de apotheek, zonder dat daarvoor weer eerst gereisd moet worden. Met name voor de huisarts was dit een groot voordeel. *“Onze rol wordt dan meer het coördineren, dus dat je toch vaker contact hebt met de wijkverpleegkundige of de fysiotherapeut die daar wel aan huis komt, om vinger aan de pols te houden en te kijken hoe het loopt. In plaats van dat jezelf maar op visite gaat om te kijken hoe het loopt.”* (Rob, Huisarts).

Bijkomend voordeel was dat meteen afspraken met de fysiotherapeut gemaakt konden worden, na een bezoek aan de huisarts. *“Ik kan nu na mijn bezoek aan de huisarts met een lichamelijke klacht, meteen afspraken bij de fysiotherapeut.”* *“Het gemak van alles onder een dak draagt bij aan de mogelijkheden om voor mijzelf te blijven zorgen.”* (Anne, Gebruiker).

### Wat voegt het zorgpark dan toe?

Het zorgpark lijkt dus vooral in gemak te voorzien voor gebruikers die van meerdere eerstelijnszorg aanbieders gebruik maken, die in het park gevestigd zijn. Ze kunnen hun bezoeken combineren en het zorgpark is makkelijk te bereiken.

Het zorgpark is dan ook niet specifiek gebouwd voor multidisciplinaire zorg, maar om de aanrijtijden voor ambulances te halen en om enige druk weg te halen van het Ziekenhuis.

Andere zorgparken, zoals Gezondheidsplein Heer, zouden wel meer gericht zijn op multidisciplinaire zorg en daarmee eerder mogelijkheid geven tot langer zelfstandig thuis wonen.



Figuur 6: Zorgpark Scharn overgenomen van [www.dietheek.nl](http://www.dietheek.nl)



Uit het theoretisch kader bleek daarnaast dat mantelzorg een van de alternatieven is waar veel gebruik van gemaakt wordt. Mantelzorg is onlosmakelijk verbonden met het langer zelfstandig wonen, wanneer hulpbehoevende mensen bijvoorbeeld niet meer zelf boodschappen kunnen doen, is het een kleine stap voor familie of vrienden wanneer zij hen gaan helpen (Van Oudenhove & De Clerq, 2007). Ook de relatief eenvoudige zorgtaken zouden zij kunnen doen.

Het zorgpark komt niet specifiek terug in de stappen van langer thuis wonen, die lijken toch vooral gericht op hulp aan huis, van mantelzorg dan wel professionele zorg. Dat is ook wat de respondenten aangaven, het zorgpark heeft zijn doel voornamelijk liggen bij zorg verlenen en niet specifiek op mensen langer zelfstandig laten wonen.



## CONCLUSIE

Concluderend kan gesteld worden dat door de veranderingen in de zorg, ook de manier van zorg veranderd. Er wordt meer ingezet op schaalvergroting en samenwerking. Door het creëren van zorgbundeling kunnen patiënten concreter en sneller hun zorg krijgen. Tevens speelt mantelzorg een steeds grotere rol.

### *Zorgpark en zorgontwikkeling*

Zorgpark Scharn te Maastricht, draagt niet specifiek bij aan langer zelfstandig thuis wonen. Dat wil zeggen, niet in de huidige vorm. Zorgpark Scharn biedt, ondanks dat er ook een deel thuiszorg gevestigd is, weinig toevoeging aan hulpbehoevende mensen om langer zelfstandig thuis te wonen.

Tegelijkertijd biedt een zorgpark wel perspectief voor de toekomst, zo gaven de meeste respondenten aan. Uit de interviews is gebleken dat er een basis ligt voor meer multidisciplinaire zorg. Door de samenwerking, kan de zorg beter worden afgestemd en completer worden. Dat biedt kansen voor langer zelfstandig thuis wonen. Toch zal het afhankelijk blijven van het ziektebeeld van de patiënt, alsmede de zorg die aan huis geboden wordt of hulpbehoevende mensen langer thuis kunnen blijven. Wanneer de huisarts niet meer regelmatig op bezoek hoeft te gaan, maar de fysiotherapeut of de thuiszorg de hulpbehoevende mensen meer in de gaten kan houden, ontstaat vanzelf meer samenspraak. Het voordeel daaraan is, dat deze zorgverleners toch al bij de mensen thuiskomen en daarmee de huisarts meer ruimte geven.

### *Mensen worden steeds ouder*

Doordat mensen in Nederland steeds ouder worden en langer zelfstandig thuis blijven wonen, stijgt de zorgvraag. Mantelzorg lijkt daarbij het meest van invloed. Door de (vrijwillige) hulp van mantelzorgers kunnen hulpbehoevenden tot op zekere hoogte hulp krijgen bij het onderhouden van hun levensbehoeftes en taken. Op lokaalniveau zou dit met een zorgpark voor deel opgevangen kunnen worden, mits het zorgpark meer zorgaanbieders heeft dan alleen de eerstelijnszorg. Ook zal er meer (structureel) overleg en samenwerking moeten zijn tussen de zorgverleners.

### *Manier van zorg*

De manier van zorg is al deels veranderd de afgelopen jaren. Waar de zorg eerst vooral van de formele kant, van de zorgverlener, kwam, komt de zorg nu ook vanuit de informele kant. Steeds vaker zijn familie of vrienden van de zorgbehoevende onderdeel van het zorgpakket. De formele zorg is daarbij steeds meer multidisciplinair gericht.

### *Resultaat*

Uiteindelijk kan er gesteld worden dat het zorgpark in deze vorm niet specifiek bijdraagt aan langer zelfstandig wonen. Daarvoor zou nog meer samenwerking nodig zijn. Deze samenwerkingsideeën zijn er al wel, maar worden nog onvoldoende uitgevoerd (Van den Beld & Van Zalk, 2010).



## DISCUSSIE

Gaandeweg het onderzoek bleek dat maar weinig literatuur beschikbaar is over zorgparken. Zeker in combinatie met langer zelfstandig wonen. Middels dit onderzoek is getracht beide meer bij elkaar te brengen. Echter is door de beperkte tijd slechts 1 zorgpark onderzocht. Zorgpark Scharn kent een andere opzet dan van tevoren gedacht en is niet specifiek gericht op multidisciplinaire zorg. Dat lijkt meer een positieve bijkomstigheid. De respondenten gaven dit ook aan. Al ze zouden wel open staan om meer te kijken naar de mogelijkheden van meer samenwerking.

Het aantal respondenten is met zes beperkt. Niet iedereen die benaderd is, was bereid deel te nemen aan het onderzoek, ook de mogelijkheden tot het benaderen van mensen was uit privacyoverwegingen beperkt.

Uiteindelijk ligt er een onderzoek, welke mogelijkheden biedt voor verder onderzoek, zo zijn er andere zorgparken die wel meer samenwerken. Als ook een conclusie dat er op dit moment meer gehaald kan worden uit de samenwerkingsmogelijkheden. Binnen Zorgpark Scharn gebeurt dat weinig, de invloed op langer zelfstandig thuis wonen is op dit moment dan ook klein, maar alle betrokkenen gaven aan er wel toekomst in te zien, wanneer de samenwerking vergroot wordt.

Een vervolgonderzoek kan het best breder gericht worden; meer op de totale veranderingen in de zorg, met als aandachtspunten: schaalvergroting, professionalisering en multidisciplinaire zorg.



## LITERATUURLIJST

- Allen, S., Lima, J., Goldscheider, F. & Roy, J. (2012). *Primary caregiver characteristics and transitions in community-based care*. Oxford: Journal of Gerontology.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., De Goede, M., Peters, V. & Van der Velden, T. (2012). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Barendsen, E. (2017). *Onderzoeksvaardigheden*. Nijmegen: Radboud Universiteit. Geraadpleegd op 09-06-2017 via:  
<http://www.cs.ru.nl/E.Barendsen/onderwijs/onderzoeksvaardigheden/doc9.pdf>
- Brandt, M., Haberkern, K. & Szydlik, M. (2009). *Intergenerational Help and Care in Europe*. Oxford: Oxford University Press. pp. 585-601.
- Broese van Groenou, M., De Boer, A. & Iedema, J. (2013). *Positive and negative evaluation of caregiving among three types of informal care relationships*. Springer: European Journal of Ageing.
- CBS (2017a). *Statline*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de statistiek. Geraadpleegd op 20-05-2017 via:  
<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37360NED&D1=3&D2=a&D3=0&D4=15-16,18,24,30,36,42,48,54,60,66,72,78,84,90,I&HDR=G1,T&STB=G2,G3&VW=T>
- CBS (2017b). *Statline*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de statistiek. Geraadpleegd op 20-05-2017 via:  
<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37296ned&D1=0-2,57-67&D2=0,10,20,30,40,50,60,65-66&HDR=G1&STB=T&VW=T>
- CBS (2015). *Zorguitgaven stijgen met 1,8 procent in 2014*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de statistiek.
- Clifford, N., Cope, M., Gillespie, T & French, S. (2016). *Key methods in Geography*. Londen: SAGE Publications Ltd.
- Dietheek (2017). *Maastricht-Heuvelland*. Woerden: Dietheek. Geraadpleegd op 10-04-2017 via:  
[www.dietheek.nl](http://www.dietheek.nl)
- Evers, H., Blijham, N & Willems, C. (2009). *Zorg op afstand*. Utrecht: Vilans.
- Flikweert, M. & van Maanen, M. (2015). *Monitor ouderen langer thuis – Leiden*. Leiden: Zorgbelang Zuid-Holland.
- GGZ in de bres. (2017). *De verschillen tussen Eerstelijns en Tweedelijns*. Geraadpleegd op 10-06-2017 via:  
<http://ggzindebres.nl/wp-content/uploads/2013/03/A.13-Verschil-1e-en-2e-lijn.pdf>
- Google (2017). *Google Maps – Scharn, Maastricht*. Geraadpleegd op 18-05-2017 via:  
<https://www.google.nl/maps/place/Scharn,+Maastricht/@50.8489799,5.7168816,14z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x47c0e98a536ba27d:0xf73aab0f3809acce!8m2!3d50.848074!4d5.7368362>



Groenwegen, P., Hanssen, J. & Bekke, ter, S. (2007). *Professies en de toekomst: veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg*. Utrecht: VVAA.

Gröne, O. & Garcia-Barbero, M. (2002). *Trends in integrated care: reflections on conceptual issues*. Copenhagen: World Health Organization.

Li, L. (2005). *Longitudinal changes in the amount of onformal care among publicl paid home care recipients*. Oxford: The Gerontologist.

Merilampi, S. & Sirkka, A. (2017). *Introduction to Smart EHealth and ECare technologies*. Londen: CRC Press.

Morée, M., Van der Zee, B. & Struijs, A. (2007). *Formalisering van informele zorg*. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.

Nouwt, J. & Lucieer, J. (2005). *De staat van privacybescherming van patiënten en cliënten in 2005-2006*. Den Haag: SDU uitgevers.

Offerman, M. (2009). *Invoering van de zorgzwaartebekostiging in de intramurale AWBZ*. SDU, Den Haag: Tijdschrift voor gezondheidsrecht.

Redeker, I. & Callis, W. (2015). *Werkwijzer werken aan sociale netwerken cliënten*. Utrecht: Vilans.

Rijksoverheid (2007). *Loonheffingen en verwerkingen teruggaaf inkomensafhankelijke bijdrage zorgverzekeringswet en premies werknemersverzekering*. Den Haag: Rijksoverheid.

Rijksoverheid (2017). *Mantelzorg*. Den Haag: Rijksoverheid. Geraadpleegd op 20-05-2017 via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg>

Schumacher, J. (2017). *Cijfers: vergrijzing en toenemende zorg*. Utrecht: Zorg voor Beter.

Sensire (2017). *Indicatie*. Varsseveld: Sensire Geraadpleegd op 09-06-2017 via: [http://www.sensire.nl/onze\\_diensten/wonen\\_met\\_zorg/onze\\_huizen/indicatie.aspx](http://www.sensire.nl/onze_diensten/wonen_met_zorg/onze_huizen/indicatie.aspx)

Strassel, J., Vrijhoef, H. & De Bakker, D. (2012). *Ontwikkeling van een tool om de personele inzet voor huisartspraktijken te analyseren*. Maastricht: NHG-Wetenschapsdag.

Timmermans, J. (2003). *Mantelzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Van Audenhove, C. & Declercq, A. (2007). *De mantelzorg: over zorglast, veerkracht en het belang van een goede zorgrelatie*. Leuven: KU Leuven.

Van den Beld, H. & Van Zalk, D. (2010). *Essenties voor samenwerking in wonen en zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Van der Aa, E. (2017). *Werkgevers: Zorg kan beter, slimmer en goedkoper*. Rotterdam: Algemeen Dagblad.

Van Ingen, E., De Haan, J. & Duimel, M. (2007). *Achterstand en afstand. Digitale vaardigheden van lager opgeleiden, ouderen, allochtonen en inactieven*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.



Van Tomme, N., Voets, J. & Verhoest, K. (2011). *Samenwerking in ketens en netwerken: praktijkervaringen uit zorg- en welzijnssector*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Vleugels, A. (2005). *Zorg voor de kwaliteit van de zorg*. Leuven: Leuven University Press.

Winter, S. (2003). *Gedwongen om na te denken: naar een betere aansluiting van wonen en zorg voor ouderen*. Leuven: KULeuven. Geraadpleegd op 18-02-2017 via:

<https://lirias.kuleuven.be/>

Zorg in Ontwikkeling (2017). *Zorgvastgoed*. Maastricht: ZIO. Geraadpleegd op 05-06-2017 via:

<http://www.zio.nl/zorgvastgoed/algemene-informatie/>

Zorgpark Scharn (2017). *Over ons*. Maastricht: ZIO. Geraadpleegd op 29-05-2017 via:

<http://www.zorgparkscharn.nl>





## BIJLAGE 1 DATA COLLECTIE INSTRUMENT

### Interview guide

#### **Uitbaters, Rob, Erik & John**

De uitbaters van het zorgpark worden benaderd als de zorgprofessionals. De uitbaters hebben waarschijnlijk het beste beeld van de werking van een bundeling van zorg.

#### *Algemene introductie*

*Niet vergeten om de recorder klaar te zetten.*

#### **Uitleg onderzoek**

Goedendag, mijn naam is Jeroen Custers en ik ben pre-master student aan de Rijksuniversiteit Groningen. Zelf ben ik patiënt van het Zorgpark Scharn en daarom doe ik een onderzoek in Zuid-Limburg. Het onderzoek is onderdeel van de bachelor thesis van de bachelor opleiding Sociale Geografie en Planologie.

Centraal in het onderzoek staat het langer zelfstandig thuis wonen. Tegenwoordig wordt zorg steeds duurder en blijven (hulpbehoevende) mensen langer thuis. De Rijksuniversiteit Groningen doet samen met kenniscentrum CMO-STAMM onderzoek naar de mogelijkheden van langer zelfstandig thuis wonen en wat daarvoor nodig is. Een van de zaken die onderzocht wordt zijn de mogelijkheden van zorgbundeling in een zogenaamd zorgpark of zorgcentrum.

Het interview duurt ongeveer een half uur en de antwoorden die u geeft worden vertrouwelijk behandeld. Als u het goed vindt, wil ik graag een audio-recorder gebruiken om het gesprek op te nemen. Daarmee kan ik mij volledig focussen op het interview en uw antwoorden later analyseren.

De opnames zullen alleen beschikbaar zijn voor mijn begeleiders en mijzelf. Als u een vraag niet wilt beantwoorden of even pauze wilt, kan dat natuurlijk altijd. De informatie wordt uiteindelijk gebruikt in mijn scriptie en de bijbehorende posterpresentatie. Maar de informatie wordt niet letterlijk in het onderzoek opgenomen.

Als alles duidelijk is en u geen vragen meer heeft, kunnen we nu beginnen met het interview.

Graag zou ik het interview willen beginnen met een aantal inleidende vragen.

1. Wie bent u?
2. Hoe lang werkt u al in de zorg?
3. Sinds wanneer werkt u in het zorgpark Scharn?

Dan een aantal vragen gericht op de werking van een zorgpark.

4. Kunt u een korte beschrijving van het zorgpark?
  - a. Wat was de aanleiding om te starten met het project?
  - b. Hoe ziet de organisatie van het zorgpark eruit?
  - c. Wat werd er met de ontwikkeling gerealiseerd?
5. Wat zijn uw ervaringen met het zorgpark?
  - a. Kunt u meer vertellen over verschillen tussen een praktijk hier of buiten het zorgpark?
  - b. Was het een bewuste keuze om praktijk te gaan houden in een zorgpark?
  - c. Hoe biedt u nu zorg? [Completer?]
  - d. De aanpak lijkt mij anders dan bij losse praktijken, kunt u de verschillen omschrijven?



6. Wat merkt u van de samenwerkingsmogelijkheden met uw collega's in het zorgpark?
  - a. Hoe zou u de samenwerking met collega's in het zorgpark omschrijven?
  - b. waarom hebt u voor deze vorm gekozen?

Dan een aantal vragen over de omgeving.

7. Kunt u mij meer vertellen over de rol van het zorgpark in de wijk?
  - a. Wat is er, volgens u, veranderd voor de mensen in de wijk, mbt zorg?
  - b. Ziet u andere mensen, dan wanneer u niet in een zorgpark zou werken?
  - c. Hoe denkt u dat uw gebruikers het zorgpark ervaren? Wat zijn de reacties?
8. Hoe denkt u over langer zelfstandig wonen?
  - a. Denkt u dat het zorgpark daar een bijdrage aan kan leveren? Op welke manier?

Tot slot, zijn er nog zaken die we nu niet besproken hebben, maar wel van belang zijn?

Dan wil ik u graag hartelijk danken voor uw tijd en uw antwoorden. Mocht u de uitkomsten van het onderzoek willen ontvangen, dan kan dat uiteraard.



### **Gebruiker, Anne**

De gebruiker van het zorgpark worden benaderd via de zorgprofessional. In samenspraak met de praktijkhouders kunnen deze gezocht worden, omdat het vaak om persoonlijke omstandigheden van mensen gaat, men heeft tenslotte niet zomaar zorg nodig, is discretie belangrijk.

Ook is het mogelijk om langs de deuren te gaan, met als grootste valkuil dat de bewoners niet aangesloten zijn bij het zorgpark.

### *Algemene introductie*

*Niet vergeten om de recorder klaar te zetten.*

### **Uitleg onderzoek**

Goedendag, mijn naam is Jeroen Custers en ik ben pre-master student aan de Rijksuniversiteit Groningen. Zelf ben ik patiënt van het Zorgpark Scharn en daarom doe ik een onderzoek in Zuid-Limburg. Het onderzoek is onderdeel van de bachelor thesis van de bachelor opleiding Sociale Geografie en Planologie.

Centraal in het onderzoek staat het langer zelfstandig thuis wonen. Tegenwoordig wordt zorg steeds duurder en blijven (hulpbehoevende) mensen langer thuis. De Rijksuniversiteit Groningen doet samen met kenniscentrum CMO-STAMM onderzoek naar de mogelijkheden van langer zelfstandig thuis wonen en wat daarvoor nodig is. Een van de zaken die onderzocht wordt zijn de mogelijkheden van zorgbundeling in een zogenaamd zorgpark of zorgcentrum.

Het interview duurt ongeveer een half uur en de antwoorden die u geeft worden vertrouwelijk behandeld. Als u het goed vindt, wil ik graag een audio-recorder gebruiken om het gesprek op te nemen. Daarmee kan ik mij volledig focussen op het interview en uw antwoorden later analyseren.

De opnames zullen alleen beschikbaar zijn voor mijn begeleiders en mijzelf. Als u een vraag niet wilt beantwoorden of even pauze wilt, kan dat natuurlijk altijd. De informatie wordt uiteindelijk gebruikt in mijn scriptie en de bijbehorende posterpresentatie. Maar de informatie wordt niet letterlijk in het onderzoek opgenomen.

Als alles duidelijk is en u geen vragen meer heeft, kunnen we nu beginnen met het interview.

Graag zou ik het interview willen beginnen met een aantal inleidende vragen.

1. Wie bent u?
2. Hoe lang woont u al in deze buurt?
3. Sinds wanneer bent u patiënt in het zorgpark Scharn?
4. Mag ik vragen, hoe vaak komt u gemiddeld in het zorgpark?

Dan een aantal vragen gericht op het zorgpark.

5. Waarom bent u patiënt geworden in het zorgpark?
  - a. Wat was de aanleiding?
  - b. Was het ook deels een keuze uit gemak? Of een bewuste keuze?
6. Wat zijn uw ervaringen met het zorgpark?
  - a. Hoe ontvangt u nu zorg?
  - b. De aanpak lijkt mij anders dan bij losse praktijken, kunt u de verschillen omschrijven? (*Beter?*)
  - c. Kunt u het verschil omschrijven met uw vorige (huis)arts?



Dan een aantal vragen over de omgeving.

7. Hoe denkt u over langer zelfstandig wonen?
  - a. Denkt u dat het zorgpark daar een bijdrage aan kan leveren? Op welke manier?
  - b. Wat is er, volgens u, veranderd voor de mensen in de wijk?
  - c. Kent u andere reacties van gebruikers? Welke?
  
8. Kent u andere zorgconcepten die bij een zorgpark, dan wel het langer thuis wonen aansluiten?

Tot slot, zijn er nog zaken die we nu niet besproken hebben, maar wel van belang zijn?

Dan wil ik u graag hartelijk danken voor uw tijd en uw antwoorden. Mocht u de uitkomsten van het onderzoek willen ontvangen, dan kan dat uiteraard.



### **Ontwikkelaar & Bemiddelaar, Jasper & Tim**

De ontwikkelaar en bemiddelaar zijn door middel van fieldresearch benaderd. De ontwikkelaar, Amvast uit Landgraaf, kan inzicht geven in de achtergrondinformatie, waarom hij een zorgpark ontwikkeld heeft en wat zijn baten en lasten daarbij zijn. De bemiddelaar, het ZIO kan aangeven hoe het zorgpark ontstaan is en wat de eerste ideeën waren.

### *Algemene introductie*

*Niet vergeten om de recorder klaar te zetten.*

### **Uitleg onderzoek**

Goedendag, mijn naam is Jeroen Custers en ik ben pre-master student aan de Rijksuniversiteit Groningen. Zelf ben ik patiënt van het Zorgpark Scharn en daarom doe ik een onderzoek in Zuid-Limburg. Het onderzoek is onderdeel van de bachelor thesis van de bachelor opleiding Sociale Geografie en Planologie.

Centraal in het onderzoek staat het langer zelfstandig thuis wonen. Tegenwoordig wordt zorg steeds duurder en blijven (hulpbehoevende) mensen langer thuis. De Rijksuniversiteit Groningen doet samen met kenniscentrum CMO-STAMM onderzoek naar de mogelijkheden van langer zelfstandig thuis wonen en wat daarvoor nodig is. Een van de zaken die onderzocht wordt zijn de mogelijkheden van zorgbundeling in een zogenaamd zorgpark of zorgcentrum.

Het interview duurt ongeveer een half uur en de antwoorden die u geeft worden vertrouwelijk behandeld. Als u het goed vindt, wil ik graag een audio-recorder gebruiken om het gesprek op te nemen. Daarmee kan ik mij volledig focussen op het interview en uw antwoorden later analyseren.

De opnames zullen alleen beschikbaar zijn voor mijn begeleiders en mijzelf. Als u een vraag niet wilt beantwoorden of even pauze wilt, kan dat natuurlijk altijd. De informatie wordt uiteindelijk gebruikt in mijn scriptie en de bijbehorende posterpresentatie. Maar de informatie wordt niet letterlijk in het onderzoek opgenomen.

Als alles duidelijk is en u geen vragen meer heeft, kunnen we nu beginnen met het interview.

Graag zou ik het interview willen beginnen met een aantal inleidende vragen.

1. Wie bent u?
2. Wanneer kwam u op het idee om een zorgpark te ontwikkelen?
3. Waarom een zorgpark?
4. Waarom een zorgpark in de wijk Scharn te Maastricht?
  - a. Wat is de doelgroep?
  - b. Is de doelgroep specifiek uitgezocht?
5. Wat waren uw beweegredenen om een zorgpark te ontwikkelen?
  - a. Hoe kwam u op het idee om een zorgpark te realiseren?
6. Welk verdienmodel hoort erbij?
  - a. Is dat geslaagd? Waarom wel of waarom niet?
7. Wilt u in de toekomst meer zorgparken ontwikkelen?
8. Kent u andere zorgconcepten die bij een zorgpark, dan wel het langer thuis wonen aansluiten?
  - a. Zou u deze ook willen ontwikkelen?