

Kwaliteitsbewaking en -verbetering in de sector verpleging en verzorging

Een studie naar kwaliteitsactiviteiten in instellingen in Amsterdam en Utrecht

W.M.C.M. Caris-Verhallen
A. Kerkstra

Nivel

Utrecht, juli 2000



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Kwaliteitsbewaking en verbetering in de sector verpleging en verzorging: een studie naar kwaliteitsactiviteiten in instellingen in Amsterdam en Utrecht

Caris-Verhallen, W.M.C.M.; Kerkstra, A.

Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel), 2000

Met lit.opg.

ISBN:90-6905-485-X

Trefw.: Kwaliteit van zorg, continuïteit van zorg, wachtlijsten, ouderenzorg, samenwerking

lay-out : W. de Mes

Omslag: R. van Kruysdijk

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|----|
| VOORWOORD | 7 |
| 1 ALGEMENE INLEIDING | 11 |
| 1.1 Maatschappelijke achtergronden en landelijke ontwikkelingen | 11 |
| 1.2 Het Referentiekader Verpleging en Verzorging | 12 |
| 1.3 Doel en onderzoeksvragen | 13 |
| 1.4 Opzet van het onderzoek | 13 |
| 1.5 Opbouw van het rapport | 14 |
| Literatuur | 16 |
| 2 KWALITEITSACTIVITEITEN IN DE SECTOR VERPLEGING EN VERZORGING IN AMSTERDAM EN UTRECHT | 17 |
| Samenvatting | 19 |
| 2.1 Inleiding | 21 |
| 2.1.1 Ketenkwaliteit | 21 |
| 2.1.2 Doel van het onderzoek | 22 |
| 2.2 Methode | 22 |
| 2.2.1 Onderzoekspopulatie en respons | 23 |
| 2.2.3 Dataverwerking en analyse | 23 |
| 2.3 Resultaten | 26 |
| 2.3.1 Kwaliteitssystemen of deelsystemen in instellingen | 26 |
| 2.3.2 Kwaliteitsactiviteiten in de samenwerking tussen instellingen | 28 |
| 2.4 Beschouwing | 30 |
| Literatuur | 33 |
| 3 CONTINUÏTEIT VAN ZORG VOOR CLIËNTEN OP DE WACHTLIJST VOOR EEN VERPLEEG- OF VERZORGINGSHUIS | 35 |
| Samenvatting | 37 |
| 3.1 Inleiding | 38 |
| 3.1.1 Theoretische achtergronden | 39 |
| 3.1.2 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen | 40 |
| 3.2 Methode | 40 |
| 3.2.1 Steekproef | 40 |
| 3.2.2 Meetinstrumenten | 41 |
| 3.2.3 Data analyse | 42 |
| 3.3 Resultaten | 42 |
| 3.3.1 De mate van zelfredzaamheid | 42 |
| 3.3.2 Oordeel over de intakeprocedure | 43 |
| 3.3.3 Aard en omvang van de zorg die cliënten ontvangen terwijl men op de wachtlijst staat | 44 |
| 3.3.4 Het oordeel van cliënten over de continuïteit van zorg | 46 |
| 3.4 Discussie | 48 |
| 3.4.1 Een overzicht van de resultaten | 48 |
| 3.4.2 Methodologische kanttekeningen | 49 |
| 3.4.3 Aanbevelingen | 49 |
| Literatuur | 51 |
| 4. HET REFERENTIEKADER EN SAMENHANG IN DE ZORG IN AMSTERDAM | 53 |
| Samenvatting | 55 |
| 4.1 Inleiding | 56 |
| 4.1.1 Ketenkwaliteit | 56 |
| 4.1.2 Het Referentiekader Verpleging en Verzorging in Amsterdam | 56 |
| 4.1.3 Doel van het onderzoek | 57 |
| 4.2 Methode | 57 |
| 4.2.1 Onderzoekspopulatie en respons | 57 |

| | | |
|----------|---|-------------------|
| 4.2.2 | Dataverwerking en analyse | 58 |
| 4.3 | Resultaten | 58 |
| 4.3.1 | Kwaliteitsbeleid in instellingen | 58 |
| 4.3.2 | Kwaliteitsactiviteiten in de samenwerking tussen instellingen | 63 |
| 4.4 | Beschouwing | 66 |
| | Literatuur | 68 |
| | Appendix | 69 |
| 5 | IMPLEMENTATIE VAN HET REFERENTIEKADER VERPLEGING & VERZORGING: effecten en belemmerende en bevorderende factoren | 71 |
| 5.1 | Inleiding | 73 |
| 5.2 | Methode | 76 |
| 5.2.1 | Onderzoeksopzet | 76 |
| 5.2.2 | Meetinstrumenten | 76 |
| 5.2.3 | Onderzoekspopulatie en respons | 77 |
| 5.2.4 | Analyse | 77 |
| 5.3 | Resultaten | 78 |
| 5.3.1 | Kwaliteitsactiviteiten van instellingen | 78 |
| 5.3.2 | Transparantie van het kwaliteitsbeleid van de instellingen | 82 |
| 5.3.3 | Samenhang en ketenkwaliteit | 83 |
| 5.3.4 | Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van het Referentiekader V&V | 89 |
| 5.4 | Nabeschouwing | 91 |
| 5.4.1 | Samenvatting van de onderzoeksresultaten | 91 |
| 5.4.2 | Methodologische kanttekeningen | 92 |
| 5.4.3 | De effecten van het Referentiekader Literatuur | 93 94 |
| 6 | DE EFFECTEN VAN HET REFERENTIEKADER VERPLEGING EN VERZORGING OP DE SAMENHANG EN TRANSPARANTIE VAN DE ZORGVERLENING | 95 |
| | Samenvatting | 97 |
| 6.1 | Inleiding | 98 |
| 6.1.1 | Ontwikkeling in kwaliteitsbeleid | 99 |
| 6.1.2 | Doel van het onderzoek | 100 |
| 6.2 | Onderzoeksmethode en dataverzameling | 100 |
| 6.2.1 | Inhoud van de vragenlijst | 101 |
| 6.2.2 | Onderzoekspopulatie | 101 |
| 6.2.3 | Procedure | 102 |
| 6.2.4 | Respons | 102 |
| 6.2.5 | Kenmerken van respondenten | 103 |
| 6.2.6 | Analyses | 105 |
| 6.3 | Resultaten | 105 |
| 6.3.1 | De aanmelding | 105 |
| 6.3.2 | De intake | 107 |
| 6.3.3 | Aard en omvang van de zorg en voorzieningen die men gedurende de periode op de wachtlIJst ontvangt | 108 |
| 6.3.4 | Oordeel over de continuïteit van de zorgverlening | 110 |
| 6.3.5 | Oordeel over de samenwerking tussen verschillende disciplines | 113 |
| 6.4 | Nabeschouwing | 114 |
| 6.4.1 | Samenvatting van de onderzoeksresultaten | 114 |
| 6.4.2 | Methodologische kanttekeningen | 116 |
| 6.4.3 | De effecten van het Referentiekader Literatuur Appendix | 117 118 120 |
| 7 | Conclusies en aanbevelingen | 121 |
| 7.1 | Microniveau | 123 |
| 7.1.1 | Conclusies | 123 |
| 7.1.2 | Aanbevelingen | 124 |
| 7.2 | Mesoniveau | 125 |
| 7.2.1 | Conclusies | 125 |

| | | |
|-------|---------------|-----|
| 7.2.2 | Aanbevelingen | 125 |
| 7.3 | Macroniveau | 126 |
| 7.3.1 | Conclusies | 126 |
| 7.3.2 | Aanbevelingen | 127 |
| | Literatuur | 129 |

| | |
|-----------------------|-----|
| LITERATUUR | 131 |
| LIJST MET AFKORTINGEN | 135 |

BIJLAGEN

| | |
|-----------|--|
| Bijlage 1 | Vragenlijst kwaliteitssystemen in instellingen |
| Bijlage 2 | Topic lijst interviews met sleutelfiguren |
| Bijlage 3 | Deelnemerslijst interviews |
| Bijlage 4 | Telefonische interviews cliënten |

VOORWOORD

Sinds het begin van de jaren negentig spannen instellingen die verpleging en verzorging bieden zich in om het kwaliteitsbeleid gestalte te geven. Geïnspireerd door de Leidschendam-conferentie van 1995 ziet men daarbij een verschuiving optreden van een intern gericht kwaliteitsbeleid naar een meer externe oriëntatie. Instellingen zijn zich er van bewust dat men in samenwerking met andere instellingen en partijen het kwaliteitsbeleid vorm dient te geven, zodat er, met name in gevallen waarin meerdere disciplines en organisaties betrokken zijn in de zorgverlening, sprake is van samenhang in de zorgverlening en continuïteit van zorg. In dat kader werd in Amsterdam het 'Referentiekader Verpleging en Verzorging' ontwikkeld. Daarin hebben vertegenwoordigers van alle bij de verpleging en verzorging betrokken partijen zoals de zorginstellingen, cliëntenorganisaties, gemeentelijke overheid en zorgverzekeraar, hun visie op kwaliteit van zorg weergegeven. Volgens het Van Dale woordenboek is een referentiekader een 'patroon van regels en normen' dat als uitgangspunt dient voor het handelen. Het Referentiekader voor verpleging en verzorging had dan ook als doel de normen en waarden die aan de zorgverlening ten grondslag liggen te beschrijven en daarmee richting te geven aan een gezamenlijke kwaliteitsbewaking.

Dit rapport beschrijft welke activiteiten sindsdien in gang zijn gezet om de kwaliteit van zorg in het algemeen te verbeteren en meer in het bijzonder om meer samenhang in de zorg te creëren en de transparantie van de zorgverlening te bevorderen.

Het onderzoek werd uitgevoerd door het NIVEL en werd gefinancierd binnen het programma Kwaliteit van Zorg (KWAZO) van de NWO (Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek).

De volgende personen hebben gedurende de onderzoeksperiode (of een deel daarvan) geparticipeerd in de begeleidingscommissie:

Mw. Prof. dr. J.M. Bensing, voorzitter (Universiteit Utrecht)
Mw. A. Bolle (Amsterdams Patiënten Consumenten Platform, AP/CP)
Dhr. J.F. Kogehop (COSBO)
Dhr. C. Zwaan (COSBO)
Dhr. E. Van Wijk (Amsterdams Patiënten Consumenten Platform, AP/CP)
Dhr. J.J.W.H. Crasborn, arts (ZAO Zorgverzekeringen)
Mw. M. de Nie (ZAO Zorgverzekeringen)
Dhr. W. Hogervorst, arts (Amsterdamse Huisartsenvereniging, AHV)
Prof. dr. C. Spreeuwenberg (Academisch Ziekenhuis Maastricht)
Dr. A. Pool (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, NIZW)
Mw. prof.dr. C. Frederiks (Katholieke Universiteit Nijmegen)
Mw. drs. H.W. Voermans (Gemeente Amsterdam, afdeling MGZ)
Mw. T. Wilcke (Amsterdam Thuiszorg)
Mw. drs. T. Vermeulen (SIGRA)
Mw. drs. F. de Jonge (SIGRA)
Drs. R.P.J. Rademaker (SIGRA)
Mw. drs. M. van der Waal (NWO, gebied Medische Wetenschappen)
Mw. drs. S. van den Toorn (NWO, gebied Medische Wetenschappen)

Het onderzoek werd uitgevoerd door mw. dr. W.M.C.M. Caris-Verhallen en mw. dr. A. Kerkstra.

Graag willen wij op deze plaats een woord van dank uitspreken aan de leden van de begeleidingscommissie, de vertegenwoordigers van de branche- en koepelorganisaties en aan de zorginstellingen die aan dit onderzoek hebben meegewerkt. Ook willen we dank zeggen aan alle cliënten die hun medewerking hebben verleend aan de telefonische interviews.

Utrecht, juli 2000

Wilma Caris-Verhallen
Ada Kerkstra

Hoofdstuk 1

ALGEMENE INLEIDING

ALGEMENE INLEIDING

In dit rapport wordt inzicht gegeven in de wijze waarop verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor thuiszorg in Amsterdam en Utrecht vorm geven aan hun kwaliteitsbeleid. In het bijzonder wordt aandacht besteed aan het interne kwaliteitsbeleid van instellingen en aan activiteiten die worden ondernomen om gezamenlijk met andere partners in de zorg te werken aan samenhang in de zorgverlening.

De aanleiding voor het onderzoek was de ontwikkeling en implementatie van het Referentiekader Verpleging & Verzorging in Amsterdam (Commissie Referentiekader V&V Amsterdam, 1995). In deze notitie hebben zorgaanbieders, cliëntenorganisaties, lokale overheid en zorgverzekeraar een gezamenlijke zorgvisie gepresenteerd met als doel de kwaliteit van verpleging en verzorging in de stad Amsterdam te waarborgen. De effecten van dit ingezette kwaliteitsbeleid in Amsterdam worden beschreven op het niveau van de zorgverlening, op het niveau van de instelling en op het niveau van (regionale) samenwerking en vergeleken met het kwaliteitsbeleid in de stad Utrecht.

De resultaten van dit onderzoek kunnen van betekenis zijn voor zorgverleners, leidinggevenden, directie en management van zorginstellingen in Amsterdam en Utrecht. Tevens kunnen de gegevens van nut zijn voor beleidsmakers en bestuurders in de betrokken steden en daarbuiten. In de nadagen van de kwaliteitsconferentie Leidschendam 2000, valt te verwachten dat in meerdere regio's initiatieven genomen gaan worden tot het formuleren van een gemeenschappelijke zorgvisie en de bewaking van kwaliteit in de zorgregio. Deze rapportage geeft inzicht in de vorderingen van kwaliteitsbewaking in twee stedelijke regio's en in bevorderende en belemmerende factoren die daarbij een rol kunnen spelen. Als zodanig kunnen de ervaringen in Amsterdam en Utrecht een bredere relevantie krijgen, bijvoorbeeld wanneer deze als voorbeeld kunnen dienen voor ontwikkelingen die elders in het land plaatsvinden.

1.1 MAATSCHAPPELIJKE ACHTERGRONDEN EN LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN

Al sinds het einde van de jaren tachtig, stimuleert de overheid dat zorginstellingen zelf zorg dragen voor hun kwaliteitsbeleid. Tijdens de eerste Leidschendamconferenties in 1989 en 1990 werden door zorgaanbieders, consumenten, financiers en overheid landelijke afspraken gemaakt over het te voeren kwaliteitsbeleid. Een van die afspraken was dat instellingen, net als in het bedrijfsleven, vorm zouden geven aan systematische bewaking en verbetering van kwaliteit (De Bakker e.a. 1996). Tijdens de Leidschendamconferentie van 1995 werd geëvalueerd in welke mate de invoering van kwaliteitssystemen in de zorgsector daadwerkelijk gestalte had gekregen. Uit voorafgaand onderzoek (Wagner e.a. 1995) bleek dat een meerderheid van de zorginstellingen daarin initiatieven had ontplooid. Echter de meeste instellingen werkten projectsgewijs en de toepassing van integrale kwaliteitssystemen en inbedding daarvan in de organisatie zou nog de nodige tijd en inspanning vereisen. Besloten werd om op de ingeslagen weg door te gaan en afspraken werden herbevestigd (Bennema-Broos e.a. 2000). Bovendien werd een aantal nieuwe afspraken gemaakt voor de periode 1995-2000 (NRV 1995). Naast een verdere ontwikkeling en invoering van kwaliteitssystemen, werd afgesproken dat zorgaanbieders in onderlinge samenwerking dienden te gaan werken aan het kwaliteitsbeleid. Dit kwam voort uit het gegeven dat ten tijde van de conferentie in 1995 bleek dat kwaliteitsactiviteiten veelal nog intern gericht waren. Er werd een behoefte geconstateerd aan samenhang in de zorg en een daarbij behorend kwaliteitsbeleid. Bovendien zouden zorginstellingen er naar gaan streven de transparantie van het zorgaanbod te verbeteren. Cliënten en ook zorgverzekeraars moeten zich een duidelijk beeld kunnen vormen van de zorgverlening en de wijze waarop de kwaliteit wordt bewaakt. Tot slot zou er in het kwaliteitsbeleid van instellingen meer aandacht geschonken worden aan de participatie van cliënten. Kwalitatief goede zorg is immers zorg die bij uitstek cliëntgericht is. Enerzijds dient men aan cliënten vaker te vragen naar hun oordeel over de kwaliteit van de zorgverlening en zij dienen betrokken te worden bij het kwaliteitsbeleid van een

instelling. Anderzijds dienen cliënten en hun organisaties nauwer betrokken te worden bij het (re)organiseren van de gezondheidszorg, zoals bij de opstelling van de regiovisies ouderenzorg (Sluijs & Wagner 2000). In 2000 zou tijdens een vierde kwaliteitsconferentie het in gang gezette kwaliteitsbeleid opnieuw worden geëvalueerd en geactualiseerd. Hoewel de conferentie Leidschendam 2000 inmiddels heeft plaatsgevonden, dient de hier gepresenteerde rapportage geplaatst te worden tegen de achtergrond van ontwikkelingen ten tijde van de Leidschendamconferentie 1995.

1.2 HET REFERENTIEKADER VERPLEGING & VERZORGING

Zoals hierboven beschreven werden tijdens de kwaliteitsconferentie in 1995 het streven naar samenhang in de zorg en transparantie van het zorgaanbod hoog op de agenda geplaatst. Dit was er mede de aanleiding voor dat bij de zorg betrokken partijen in Amsterdam, zoals zorgaanbieders, zorgverzekeraar en gemeente, gezamenlijk een initiatief namen om een referentiekader op te stellen, waarmee men de kwaliteit van verpleging en verzorging zeker wilde stellen. Geheel passend in de afspraken die tijdens de Leidschendamconferentie waren gemaakt werden ook cliëntenorganisaties uitgenodigd om in de ontwikkeling van dit kwaliteitskader te participeren. Het kwaliteitskader richtte zich op de verpleging en verzorging van langdurig zorgbehoevenden en het domein beperkte zich dus tot verpleging en verzorging die geboden wordt door verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties. Hoewel erkend werd dat ziekenhuizen een grote rol vervullen op het gebied van de verpleging en verzorging, is omwille van de haalbaarheid van dit project bepaald dat het kader zich vooralsnog niet zou richten op het domein in zijn volle breedte.

In de nota is gedefinieerd vanuit welke uitgangspunten (zie kader 1) de functies verpleging en verzorging kwalitatief vorm moeten krijgen. Van elk uitgangspunt zijn de consequenties omschreven voor de verschillende fasen en niveaus in het zorgproces. Op grond daarvan zijn kwaliteitseisen gespecificeerd voor de functies verpleging en verzorging ten behoeve van het micro-niveau (het niveau van de individuele zorgverlening), het meso-niveau (het niveau van de zorginstelling) en het macroniveau (het niveau van de zorgregio¹ c.q. de stad Amsterdam). Het ontwikkelde raamwerk van eisen voor de functies verpleging en verzorging biedt aanknopingspunten bij de ontwikkeling van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid. Daarbij wordt benadrukt dat in de zorgverlening de belangen van de cliënt centraal moeten staan en niet de belangen van een zorginstelling. Bovendien moet de totale zorgverlening een sluitend geheel zijn waarin de verschillende onderdelen in de zorg goed op elkaar zijn afgestemd. Het Referentiekader richt zich dus, naast kwaliteitsactiviteiten binnen de afzonderlijke instellingen, ook uitdrukkelijk op het aanbrengen van meer samenhang binnen de sector verpleging en verzorging, en daarmee op het tot stand komen van ketenkwaliteit.

Het Referentiekader is bedoeld om directies van zorginstellingen en financiers een uitgangspuntie aan te reiken bij het verwezenlijken van het kwaliteitsbeleid en bij het aangaan van samenwerkingsvormen. Met het Referentiekader als basis hebben de bij de zorg betrokken partijen voldoende ruimte om invulling te geven aan de eigen verantwoordelijkheid inzake het kwaliteitsbeleid. Tevens biedt het kader de mogelijkheid voor partijen om elkaar aan te spreken over hoe men kwaliteit vorm geeft (Commissie Referentiekader Verpleging en Verzorging, 1995).

1 De term zorg regio kan aanleiding geven tot verwarring. Volgens de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) is Nederland opgedeeld in 27 WZV regio's. Amsterdam en Diemen vormen een subregio, binnen zo'n WZV gebied. Waar in dit artikel voor de stad Amsterdam de term zorgregio wordt gebruikt, worden zes deelgebieden bedoeld waarin deze subregio is onderverdeeld. Deze variëren in grootte van 80.000 inwoners tot 215.000 inwoners. De stad Utrecht is een sub-regio binnen de WZV-regio Utrecht, welke nagenoeg gelijk is aan de provincie Utrecht.

Kader 1 Zes uitgangspunten voor Verpleging en Verzorging

1. Elke Amsterdammer heeft principieel dezelfde rechten
Dat betekent dat iedereen die zorg nodig heeft gelijke rechten heeft op toegang en gebruik van zorgvoorzieningen. Wanneer er schaarste in de zorg heerst, dan dienen de beperkte middelen zo goed mogelijk verdeeld te worden.
2. De benadering in de verpleging en verzorging is vraaggericht
De zorgvraag van de cliënt geldt als uitgangspunt voor de zorgverlening. Op basis van de zorgvraag stellen zorgverlener en cliënt een individueel zorgplan op.
3. De zorggebruiker is participant in het zorgproces
De cliënt is partner in het zorgproces, de besluitvorming en uitvoering van zijn/haar behandeling. Daarom dient de cliënt zoveel mogelijk informatie te krijgen over relevante zaken die in verband staan met zijn/haar ziekte, het verzorgingsproces en de positie als gebruiker.
4. Elke Amsterdammer heeft vrijheid van keuze
Elke zorggebruiker heeft een optimale keuzevrijheid met betrekking tot de inhoud van het zorgpakket, de zorgverlener, of de locatie van de voorziening waarvoor hij/zij geïndiceerd is.
5. De benadering van de zorgvraag is integraal en continuïteit van zorg is gewaarborgd
Binnen het zorgproces zijn de verschillende zorgonderdelen onderling goed op elkaar afgestemd. De zorgverlening is gericht op de cliënt in zijn totaliteit en houdt rekening met gezins- of familieleden.
6. Er is inzicht voor de zorggebruiker op welke wijze er keuzes in de zorg worden gemaakt. In geval van schaarste door gebrek aan mensen, middelen of capaciteit, zijn de keuzes die gemaakt moeten worden gebaseerd op voor iedereen inzichtelijke criteria.

1.3 DOEL EN ONDERZOEKSVRAGEN

Doel van dit onderzoek is een beeld te geven van de mate waarin het Referentiekader is geïmplementeerd en na te gaan welke voortgang sinds de totstandkoming van de notitie is geboekt. Meer in het bijzonder wordt nagegaan wat de effecten zijn op de samenhang in de zorg, de transparantie van de zorg en de continuïteit van zorg gezien vanuit de cliënt. De implementatie van het Referentiekader Verpleging & Verzorging in Amsterdam wordt geëvalueerd aan de hand van de volgende vraagstellingen:

1. Heeft de implementatie van het Referentiekader Verpleging en Verzorging de beoogde effecten op (a) de samenhang in de zorg die verleend wordt door verschillende beroepsbeoefenaren en instellingen, en (b) de transparantie van de zorg voor patiënten en financiers?
2. Welke factoren werken bevorderend of belemmerend op de implementatie van het Referentiekader voor de kwaliteit van Verpleging en Verzorging in Amsterdam?

1.4 OPZET VAN HET ONDERZOEK

Het onderzoek heeft plaatsgevonden over een periode van ruim drie jaar en werd in juni 2000 afgesloten. Omdat er tijdens deze periode veel landelijke ontwikkelingen gaande zijn op het gebied van kwaliteitsverbetering in de zorg, die elk weer invloed hebben op de vormgeving en kwaliteit van de functies verpleging en verzorging wordt de Amsterdamse situatie vergeleken met de ontwikkelingen en activiteiten in een andere grote stad, waar men (nog) geen gezamen-

lijke zorgvisie ontwikkeld heeft die als raamwerk dient voor het kwaliteitsbeleid in zorginstellingen. Gekozen is voor de stad Utrecht.

Het onderzoek is uitgevoerd volgens een zogenaamd pre-test/post-test controlegroep design. Overigens dient hier vermeld te worden dat vanwege de omstandigheid dat een complexe praktijksituatie werd gevolgd men niet echt kan spreken van een onderzoek met een experimenteel karakter. Het gekozen design wordt voornamelijk gebruikt om te beschrijven hoe de situatie wat betreft samenhang in de zorg, continuïteit van zorg en transparantie zich heeft ontwikkeld. De stad Amsterdam, waar het Referentiekader is ontwikkeld vormt de 'experimentele' conditie en de stad Utrecht is de 'controle' conditie. Er waren drie verschillende meetmomenten gepland, waarvan de eerste en de derde meting in de termen van het design worden beschouwd als voor- en nameting.

De eerste meting is van start gegaan in het najaar van 1997 en had als doel in kaart te brengen hoe ver instellingen op het terrein van verpleging en verzorging in Amsterdam en Utrecht gevorderd waren met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Een tussenmeting vond plaats in najaar 1998. Omdat deze meting met name als doel had de experimentele groep feedback te geven over de voortgang van het implementatie-traject, werd deze alleen in Amsterdam uitgevoerd. In de periode najaar 1999 tot voorjaar 2000 werden voor de derde keer gegevens verzameld, nu weer in beide steden.

Tijdens elk meetmoment vond de dataverzameling op verschillende wijzen plaats:

1. Er werden mondelinge interviews gehouden met stedelijke koepelorganisaties van de thuiszorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Verder werden ook vraaggesprekken gehouden met functionarissen van de indicatie-organen, met zorgverzekeraars, de gemeentelijke overheid en met cliëntorganisaties binnen Amsterdam en Utrecht. In deze interviews was de aandacht met name gericht op (kwaliteits)activiteiten op stedelijk of regionaal niveau.
2. Bij de individuele verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties werd door middel van een schriftelijke enquête informatie verzameld over kwaliteitsactiviteiten binnen instellingen, met andere woorden: over de ontwikkeling van interne kwaliteitssystemen.
3. Ook aan de zorggebruikers werd gevraagd om hun mening over de kwaliteit en continuïteit van de zorg te geven. Tijdens de eerste en de derde meting zijn hiervoor cliënten benaderd die een positieve indicatie hebben en op de wachtlijst staan voor een verpleeg- of verzorgingshuis omdat deze groep het eerst iets zal merken van een verbetering in de samenhang en de transparantie van de zorg.

1.5 OPBOUW VAN HET RAPPORT

Het rapport bestaat uit zeven hoofdstukken, waarvan er vijf zijn geschreven in de vorm van een artikel. Deze artikelen zijn al aangeboden voor publicatie of worden nog bewerkt om als publicatie in wetenschappelijke tijdschriften te worden aangeboden. Dat heeft als voordeel dat elk hoofdstuk afzonderlijk leesbaar is. Echter daardoor zijn er ook teksten die elkaar overlappen. Het rapport is als volgt opgebouwd. Na deze algemene inleiding wordt in *Hoofdstuk 2* beschreven hoe ver instellingen op het terrein van verpleging en verzorging in Amsterdam en Utrecht gevorderd waren met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen bij aanvang van het onderzoek. Daarbij wordt in het bijzonder aandacht besteed aan activiteiten die men binnen instellingen en samen met andere instellingen onderneemt met als doel 'samenhang in de zorg' te bewerkstelligen, met name wanneer meerdere zorgaanbieders bij de zorg betrokken zijn. De gegevens in dit hoofdstuk fungeren als base-line informatie om op termijn de effecten van de interventie te kunnen bepalen. In *Hoofdstuk 3* wordt beschreven hoe cliënten die op de wachtlijst staan voor een verpleeg- of verzorgingshuis de continuïteit van zorg ervaren.

Hoofdstuk 4 geeft de ontwikkelingen aan voor de stad Amsterdam. De gegevens uit dit hoofdstuk zijn destijds gebruikt om feedback te geven op het implementatietraject. *Hoofdstuk 5* beschrijft de ontwikkelingen in kwaliteitsbeleid binnen en tussen instellingen over de afgelopen drie jaren. Nagegaan wordt welke concrete kwaliteitsactiviteiten de afzonderlijke zorginstellingen ondernomen hebben om de uitgangspunten van het Referentiekader gestalte te geven. Vervolgens wordt onderzocht in hoeverre het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieders transparant is, omdat transparantie een belangrijke voorwaarde is om met andere zorgaanbieders samenhang in de zorgketen te bewerkstelligen. Voorts wordt aandacht besteed aan de samenwerking binnen de zorgregio. *Hoofdstuk 6* gaat vervolgens in op de ervaringen van cliënten op de wachtlijst gemeten op twee verschillende tijdstippen. Onderzocht wordt in hoeverre de implementatie van het Referentiekader Verpleging en Verzorging inderdaad heeft geleid tot meer vraaggerichte zorg en tot meer samenhang in de zorg.

Het rapport wordt besloten met een overzicht van de belangrijkste onderzoeksbevindingen en een beschouwing daarop. Daarnaast worden aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor toekomstig onderzoek.

Literatuur

Bakker D.H.de, Wagner C. & Sluijs E.M. (1996) Kwaliteitssystemen in de thuiszorg, de verpleeghuiszorg en de zorg voor mensen met een verstandelijk handicap. Utrecht: NIVEL.

Bennema-Broos M., Sluijs, E.M. & Wagner C. (2000) Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000. Utrecht: NIVEL.

Commissie Referentiekader Verpleging en Verzorging.(1995) Referentiekader Verpleging en Verzorging regio Amsterdam. Amsterdam.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. (1995) Naar een samenhangend kwaliteitsbeleid in de zorgsector; Kwaliteitsconferentie 7 juni 1995.Zoetermeer: NRV.

Sluijs E.M. & Wagner C. (2000) Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000. Utrecht: NIVEL.

Wagner C., Bakker D.H.de & Sluijs E.M. (1995) Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 1995. Utrecht: NIVEL.

Hoofdstuk 2

KWALITEITSACTIVITEITEN IN DE SECTOR VERPLEGING EN VERZORGING IN AMSTERDAM EN UTRECHT

Dit is een bewerking van het artikel:

Caris-Verhallen WMCM, Laurant MW, De Veer AJE, Kerkstra A. Kwaliteitsactiviteiten in de sector verpleging en verzorging in Amsterdam en Utrecht. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* (in druk).

SAMENVATTING

In dit artikel wordt beschreven hoe ver instellingen op het terrein van verpleging en verzorging in Amsterdam en Utrecht gevorderd zijn met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Daarbij wordt in het bijzonder aandacht besteed aan activiteiten die men binnen instellingen en samen met andere instellingen onderneemt met als doel 'samenhang in de zorg' te bewerkstelligen, met name wanneer meerdere zorgaanbieders bij de zorg betrokken zijn.

Bij verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties is met behulp van vragenlijsten informatie verzameld over de ontwikkeling van interne kwaliteitssystemen. Daarnaast is via mondelinge interviews met vertegenwoordigers van stedelijke koepelorganisaties, samenwerkingsverbanden, indicatie-organen, zorgverzekeraars, gemeente en cliëntorganisaties zicht gekregen op (kwaliteits)activiteiten op stedelijk of regionaal niveau.

De resultaten laten zien dat een meerderheid van de instellingen in Amsterdam en Utrecht het kwaliteitsbeleid op papier heeft gezet en inmiddels vertaald heeft naar concrete activiteiten. Binnen de interne kwaliteitsactiviteiten richten instellingen zich op samenwerkingsmogelijkheden met andere zorgaanbieders. Een aantal instellingen heeft protocollen over samenwerking, zorgcoördinatie en overdracht ontwikkeld. In de zorgregionale samenwerking oriënteren instellingen zich op een samenhangend zorgaanbod in situaties waarin een cliënt al wel geïndiceerd is voor zorg maar een periode moet overbruggen voordat de zorg geëffectueerd zal worden.

Trefwoorden: kwaliteit van zorg, kwaliteitsbevordering, transparantie, cliëntenparticipatie, ketenkwaliteit

2.1 INLEIDING

In 1995 werd ten behoeve van een derde kwaliteitsconferentie te Leidschendam geëvalueerd hoe ver de zorgaanbiedende organisaties in Nederland gevorderd waren met de implementatie van kwaliteitssystemen. Een kwaliteitssysteem is een samenhangend geheel van instrumenten, procedures en maatregelen met behulp waarvan kwaliteit van zorg kan worden genormeerd, getoetst en verbeterd (Place, 1996). Hoewel nog slechts 13% van de zorginstellingen over een kwaliteitssysteem beschikte, bleek toch 59% projectsgewijs bezig te zijn met kwaliteitsbewaking en bevordering. Slechts een minderheid (26%) bevond zich nog in een voorwaardenscheppende fase (Wagner e.a., 1995). Deze cijfers lieten een positieve ontwikkeling zien in het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. Bovendien zou de invoering van kwaliteitssystemen vastgelegd worden in de kwaliteitswet zorginstellingen (Ministerie van VWS, 1996), die ten tijde van de kwaliteitsconferentie op stapel stond. Toch realiseerde men zich ook dat een aantal doelstellingen van Leidschendam 1990, waarbij zorgaanbieders voor de eerste maal afspraken maakten over het te volgen kwaliteitsbeleid, niet waren gehaald. Zo vond men dat, ondanks het feit dat het emancipatieproces van de cliënt voortschrijdt, diens positie in het kwaliteitsbeleid nog te weinig aandacht kreeg (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1995). Ook bleef de transparantie van de kwaliteit van het zorgaanbod op de agenda staan voor Leidschendam 2000. Immers als voor de consument en de zorgverzekeraar duidelijk is welke zorg instellingen bieden en hoe men kwaliteit realiseert dan kunnen deze partijen een keuze maken voor een bepaalde zorgaanbieder. Voorts realiseerde men zich bij de derde Leidschendamconferentie dat kwaliteit niet eindigt bij de grenzen van een instelling, maar tevens bepaald wordt door de mate van continuïteit die de cliënt ervaart, wanneer hij met meer instellingen te maken heeft. De ontwikkeling van 'ketenkwaliteit' leek dan ook een logische stap in het kwaliteitsbeleid (Spreeuwenberg, 1995).

2.1.1 Ketenkwaliteit

Met ketenkwaliteit wordt bedoeld het aanbrengen van **samenhang** in het kwaliteitsbeleid van de verschillende gezondheidszorginstellingen (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1995). De aandacht voor dit betrekkelijk nieuwe begrip op de agenda voor Leidschendam 2000 lijkt dan ook van groot belang. Immers straks is een scala van activiteiten ontwikkeld binnen de eigen circuits (beroepen, instellingen en consumentengroeperingen) en ontbreekt het aan samenhang (Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteitsbeleid Zorgsector, 1997).

Ketenkwaliteit is de laatste stap in de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem, welke volgens Hardjono en Hes in opeenvolgende fasen verloopt (Hardjono & Hes, 1993):

1. Productkwaliteit (controle van afzonderlijke producten)
2. Proceskwaliteit (beheersing van processen)
3. Systeemkwaliteit (samenhang tussen processen)
4. Samenhang tussen processen buiten de instelling (ketenkwaliteit)

Fase 1 t/m 3 betreffen de opbouw van kwaliteitssystemen binnen een instelling. Wanneer het kwaliteitssysteem eenmaal is opgebouwd, wordt de zorg over kwaliteit uitgebreid naar omringende zorgaanbieders (Wagner e.a., 1995). In de gezondheidszorg is het bijvoorbeeld voorstelbaar dat de kwaliteit van een thuiszorginstelling tevens wordt beïnvloed door de kwaliteit in een ziekenhuis, of in de organisatie die de indicatie stelt. Een samenhangend zorgaanbod, afstemming, samenwerking en coördinatie van zorg zijn dus belangrijke onderwerpen bij het tot stand brengen van ketenkwaliteit (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1995).

Andere voorwaarden zijn dat zorgaanbieders inzicht hebben in de kwaliteit van het zorgaanbod van de hen omringende zorgaanbieders. Dit vraagt per instelling om een transparant kwaliteitsbeleid, waarin producten en diensten omschreven zijn en bij voorkeur geprotocolleerd. Daarnaast is de zorg die verleend wordt inzichtelijk en toetsbaar wanneer instellingen een registratiesysteem hanteren, waarmee naast informatie over het zorgproces, ook gegevens worden aangeleverd voor planning, beheer en toetsing met betrekking tot de geleverde kwaliteit (Wagner e.a., 1995).

Tot slot dienen instellingen een externe oriëntatie te ontwikkelen, waarbij men zich met gemeenschappelijke richtlijnen, standaarden en protocollen richt op de bewaking van de kwaliteit en continuïteit van zorg (Frissen & Van der Lans, 1995).

Activiteiten die als doel hebben ketenkwaliteit te bewerkstelligen dienen zowel binnen instellingen plaats te vinden als binnen samenwerkingsverbanden.

2.1.2 Doel van het onderzoek

Passend in de aandacht voor ketenkwaliteit, is in 1995 in Amsterdam het 'Referentiekader Verpleging en Verzorging' ontwikkeld (Commissie Referentiekader Verpleging en Verzorging, 1995). Zorgaanbieders, cliëntorganisaties, verzekeraar en gemeente hebben hierin een gezamenlijke visie gepresenteerd op een samenhangend kwaliteitsbeleid voor de verpleging en verzorging in de thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen. Deze visie, die geformuleerd werd vanuit het cliëntenperspectief, richt zich naast kwaliteitsactiviteiten binnen de afzonderlijke instellingen ook uitdrukkelijk op het aanbrengen van transparantie en meer samenhang binnen de sector verpleging en verzorging, met andere woorden op het tot stand komen van ketenkwaliteit. Met het verschijnen van dit Referentiekader ontstond de behoefte aan een overzicht in welke mate activiteiten gericht op de positie van de cliënt, continuïteit van zorg en transparantie al gerealiseerd zijn. Dit beschrijvende onderzoek zal een antwoord op deze vraag geven en levert tevens een inventarisatie van knelpunten op, alsmede inzichten in hoe in de toekomst interventies vorm kunnen krijgen. De verzamelde gegevens fungeren bovendien als base-line informatie om op termijn effecten van interventies te kunnen bepalen. Omdat er, zowel landelijk als lokaal, veel ontwikkelingen gaande zijn op het gebied van kwaliteitsverbetering in de zorg, die elk weer invloed hebben op de vormgeving en kwaliteit van de functie verpleging en verzorging wordt de Amsterdamse situatie vergeleken met de ontwikkelingen en activiteiten in een andere grote stad, namelijk Utrecht.

Het doel van dit onderzoek is na te gaan in hoeverre instellingen op het terrein van verpleging en verzorging in Amsterdam en Utrecht gevorderd zijn met de ontwikkeling van kwaliteits-systemen. Dit onderzoek beperkt zich tot de verpleging en verzorging van langdurig zorgbehoevenden. Het domein is daarmee beperkt tot verpleeghuizen, verzorgingshuizen, en thuiszorg. Nagegaan wordt welke activiteiten men binnen instellingen en in de samenwerking tussen instellingen onderneemt om de kwaliteit te verbeteren. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe ziet het (intern) kwaliteitsbeleid van instellingen eruit? In het bijzonder wordt aandacht besteed aan transparantie, het versterken van de positie van de cliënt en de externe oriëntatie van een instelling.
2. In hoeverre ondernemen instellingen kwaliteitsactiviteiten die noodzakelijk zijn om ketenkwaliteit te bereiken? Ook hier wordt in het bijzonder aandacht besteed aan transparantie en de positie van de cliënt.

2.2 METHODE

Om de kwaliteitsactiviteiten goed in kaart te brengen zijn de gegevens op twee manieren verzameld. Door middel van een schriftelijke vragenlijst is bij alle zorginstellingen, zoals verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties, informatie verzameld over aspecten van interne kwaliteitssystemen: kwaliteitsbeleid, protocollering van producten en diensten, cliëntenparticipatie en externe oriëntatie (Wagner, 1995). De vragenlijst werd ingevuld door een lid van de directie of het management of door een kwaliteitsfunctionaris.

Inzicht in de stedelijke of regionale¹ samenwerking binnen de verpleging en verzorging werd

¹De term zorg regio kan aanleiding geven tot verwarring. Volgens de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) is Nederland opgedeeld in 27 WZV regio's. Amsterdam en Diemen vormen een subregio, binnen zo'n WZV gebied. Waar in dit artikel voor de stad Amsterdam de term zorgregio wordt gebruikt, worden zes deelgebieden bedoeld.

verkregen door middel van interviews bij de betrokken partijen (zie Kaders 1 en 2) zoals stedelijke koepelorganisaties van de thuiszorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen, functionarissen van de indicatie-organen, cliëntorganisaties, zorgverzekeraars en de gemeentelijke overheid. Alle in dit artikel vermelde gegevens hebben betrekking op de situatie in het najaar van 1997.

2.2.1 Onderzoekspopulatie en respons

De vragenlijst is verzonden naar 59 zorginstellingen in Amsterdam en naar 21 zorginstellingen in Utrecht. Van de 59 organisaties in Amsterdam hebben 49 instellingen gereageerd (83%). In Utrecht respondeerden 14 van de 23 organisaties (61%).

In Amsterdam werden 18 interviews gehouden met sleutelfiguren van de secties voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg, cliëntenorganisaties, zorgverzekeraar, gemeente, Regionale SamenwerkingsVerbanden (RSV) en Indicatiebureaus voor thuiszorg. In Utrecht bestaan op stedelijk niveau 9 organisaties en samenwerkingsverbanden, derhalve werden met 9 sleutelfiguren interviews gehouden.

2.2.2 Dataverwerking en analyse

Vragenlijsten

Dit deel van onderzoek is een populatie-onderzoek, omdat alle instellingen van de doelgroep zijn ondervraagd. Vanwege het beschrijvende karakter is met name gebruik gemaakt van rechte tellingen en uitsplitsingen.

Interviews

Alle interviews zijn met behulp van een cassetterecorder opgenomen en vervolgens is een verslag gemaakt, dat ter autorisatie aan de geïnterviewden is voorgelegd. Vervolgens zijn de gegevens per onderwerp met een tekstverwerker gesorteerd, waarmee een overzicht is gekregen van de ervaringen, werkwijze en mening van de verschillende geïnterviewden betreffende de onderwerpen.

den bedoeld waarin deze subregio is onderverdeeld. Deze variëren in grootte van 80.000 inwoners tot 215.000 inwoners. De stad Utrecht is een sub-regio binnen de WZV-regio Utrecht, welke nagenoeg gelijk is aan de provincie Utrecht.

Geografie

Amsterdam heeft een inwonertal van \pm 750.000. De stad Amsterdam is verdeeld in zes zorgregio's: Nieuw West, Centrum/Oud West, Oost, Zuidoost, Zuid en Noord.

Voorzieningen

Op het gebied van de verpleging en verzorging zijn er naast 10 ziekenhuizen, 10 verpleeghuizen, 35 verzorgingshuizen en 8 huizen die gecombineerd verpleging en verzorging bieden. De extramurale zorg wordt geleverd door Thuiszorg Amsterdam, een instelling die per 1-1-97 is ontstaan uit een fusie tussen Stichting Amsterdams Kruiswerk (wijkverpleging) en Stichting Thuiszorg Amsterdam (gezinsverzorging). Binnen Thuiszorg Amsterdam zijn drie thuiszorgbedrijven verantwoordelijk voor de levering van alle thuiszorgproducten in het werkgebied Amsterdam en een stedelijk concern waar beleid, beheer en controle plaatsvindt.

Samenwerkingsverbanden

De SIGRA (Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam) is een breed samenwerkingsverband waarin alle genoemde instellingen participeren. Verder ziet men per regio Regionale Samenwerkingsverbanden (RSV). Van oorsprong komt zo'n samenwerkingsverband voort uit samenwerking tussen verpleeg- en verzorgingshuizen in een regio. Sommigen zijn uitgegroeid tot meer integrale samenwerkingsrelaties, waarbij ook andere zorgaanbieders betrokken zijn. De samenstelling en activiteiten van RSV's en de wijze van samenwerking wisselt sterk per regio.

Indicatiestelling

De indicaties voor verpleging en verzorging in een verpleeg- of verzorgingshuis worden uitgevoerd door de Stichting Tot en Met (Regionaal Indicatie Orgaan). Tot en Met omvat zes regio-kantoren waar indicatie-adviseurs belast zijn met het opstellen van indicatieadviezen, een stedelijke indicatiecommissie die de indicaties beoordeelt en een stedelijk bureau dat gericht is op algemene beleidsvorming.

Het SIGRA Verplegings- en Verzorgings- Plaatsingsbestedingsbureau (SVP) draagt zorg voor de bemiddeling en voor snelle en efficiënte plaatsing. Binnen de thuiszorg bestaan drie bureaus Verkoop en Indicatie, die onder het mandaat van Tot en Met zorg dragen voor indicaties voor thuiszorg.

Cliëntenorganisaties

Er zijn verschillende cliëntenorganisaties in Amsterdam actief. Sinds najaar 1997 bestaat de Amsterdamse Bundeling Consumenten Zorginstellingen (ABCZ), waarin vertegenwoordigd zijn: het Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform (APCP), het Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden voor Ouderen (COSBO), de Stichting Gehandicapten Overleg Amsterdam (SGOA) en Regionale Federatie van Ouderverenigingen (RFvO).

Financiers

ZAO is een regionaal georiënteerde zorgverzekeraar. ZAO voert met ingang van 1 januari 1998 als Zorgkantoor Amsterdam (ZKA) wettelijke taken uit in het kader van AWBZ en ziekenfondsverzekeringen en is verantwoordelijk voor de contractering van zorgaanbieders het gebied Amsterdam en Diemen, dat als sub-regio deel van uitmaakt van de WZV regio. De subregio is onderverdeeld in zes zorgregio's. De afdeling Maatschappelijke GezondheidsZorg van de gemeente Amsterdam is financier van Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). De afdeling MGZ vervult een overheidsfunctie op het gebied van zorg, wonen en welzijn voor Gemeente Amsterdam. Sinds de overgangsregeling WBO (Wet Bejaardenoorden) wordt de rol van financier voor de verzorgingshuizen overgeheveld naar ZKA.

Ontwikkelingen

De functies verpleging en verzorging in Amsterdam zijn volop in beweging. Naast de genoemde fusie tussen kruiswerk en gezinsverzorging wordt het aantal verpleeghuisbedden en verzorgingshuisplaatsen teruggebracht. Ook is er een tendens tot schaalvergroting en vinden er tal van fusies plaats tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

Geografie

Inwonertal van \pm 235.000 groeiend tot \pm 325.000 bij de realisering van de nieuwe wijk Leidsche Rijn in 2020. De stad is te verdelen in 4 stadsdelen en 8 wijken.

Voorzieningen

Op gebied van verpleging en verzorging zijn er 4 ziekenhuizen, 5 verpleeghuizen, 12 verzorgingshuizen, 1 instelling die gecombineerd verpleging en verzorging biedt en 2 voorzieningen voor verzorgd wonen. De extramurale verpleging en verzorging wordt geboden door Thuiszorg Stad Utrecht, die in 3 deelorganisaties de producten thuiszorg voor het werkgebied leveren.

Samenwerkingsverbanden

De verpleeghuizen zijn verenigd in het Verenigd Overlegorgaan Verpleeghuizen Utrecht (VOVU), een collegiaal overlegorgaan tussen de directies van verpleeghuizen.

De verzorgingshuizen zijn verenigd in de Vereniging van Verzorgingshuizen in de stad Utrecht (VVU) die sinds januari 1997 deel uit maakt van de Verenigde Samenwerking Verzorgingshuizen stad en provincie Utrecht (VSVU).

Indicatiestelling

De indicatiecommissie voor verpleeg- en verzorgingshuizen maakt deel uit van de afdeling ouderen en gehandicapten van de gemeente Utrecht. Daarnaast functioneert een Stedelijk indicatiebureau voor de thuiszorg.

Cliëntenorganisaties

In Utrecht is het Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform (PP/CP Utrecht) actief. Het COSBO behartigt de belangen van ouderen

Financiers

ANOVA is de zorgverzekeraar voor Utrecht. Per 1 januari 1998 voert ANOVA in de functie van zorgkantoor wettelijke taken uit in het kader van AWBZ en ziekenfondsverzekeringen en is verantwoordelijk voor de contractering van zorgaanbieders. Sinds de overgangsregeling WBO (Wet Bejaardenorden) heeft het zorgkantoor van ANOVA tevens de rol van financier voor de verzorgingshuizen.

De gemeente heeft een rol bij voorzieningen op het gebied van zorg, welzijn en wonen en wijst WVG voorzieningen toe.

Ontwikkelingen

Sanering van de intramurale zorgcapaciteit met consequenties voor extramurale voorzieningen.

Men werkt aan de totstandkoming van één onafhankelijk indicatieorgaan voor de functies verpleging en verzorging: Loket 1.

2.3 RESULTATEN

2.3.1 Kwaliteitssystemen of deelsystemen in instellingen

Via de vragenlijst is nagegaan in welke mate men zich binnen instellingen richt op kwaliteitsbeleid en de ontwikkeling van kwaliteitsdeelsystemen. Uit de gegevens blijkt dat het kwaliteitsbeleid van een instelling zich in belangrijke mate richt op het personeel. Deskundige zorgverleners worden als een belangrijke factor beschouwd in zorgverlening die doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht is. In ruim tweederde van de instellingen stimuleert men de medewerkers om zich vakinhoudelijk te ontwikkelen. Men ziet bovendien dat scholing en deskundigheidsbevordering een belangrijke rol speelt in het voeren van kwaliteitsbeleid.

Transparantie

Wanneer men wil men ijveren voor transparantie is het van belang dat binnen een instelling het kwaliteitsbeleid geformuleerd en inzichtelijk is, zodat omringende zorgaanbieders inzicht hebben in de kwaliteit van het zorgaanbod. Dit gebeurt meestal door het kwaliteitsbeleid en de missie op schrift te zetten (zie Tabel 1). Ook zijn in de meeste instellingen in Amsterdam (94%) en in Utrecht (86%) productomschrijvingen gemaakt of in ontwikkeling. Slechts in respectievelijk 13% en 7% van de organisaties in Amsterdam en Utrecht heeft men de eisen die aan de producten of diensten worden gesteld vastgesteld in kwaliteitsprofielen. Hoewel op instellingsniveau vaak een kwaliteitsplan beschikbaar is, ziet men nog in beperkte mate dat deze voor alle afdelingen van instellingen beschreven zijn.

Er zijn in de totale onderzoeksgroep weinig verschillen tussen de verschillende sectoren. Het meest in het oog lopende verschil betreft het kwaliteitsjaarverslag. Dit is pas bij 5% van de thuiszorgorganisaties in ontwikkeling. In 60% van de verzorgingshuizen heeft men zo'n jaarverslag of is dit in ontwikkeling, terwijl bijna alle verpleeghuizen voldoen aan deze door de kwaliteitswet gestelde verplichting.

Tabel 1 Percentage van de instellingen dat beschikt over formele documenten waarin het kwaliteitsbeleid is geëxpliciteerd

| Documenten m.b.t. kwaliteitsbeleid | Amsterdam n= 49 | | Utrecht n=14 | | | |
|--------------------------------------|--------------------|---------------------------|-----------------|----------|---------------------------|---------|
| | nee % | in ont- wikkeling % | ja % | nee % | in ont- wikkeling % | ja % |
| Missie op schrift | 4 | 17 | 79 | - | - | 100 |
| Productomschrijvingen | 6 | 48 | 46 | 14 | 50 | 36 |
| Kwaliteitsprofielen | 38 | 50 | 13 | 14 | 79 | 7 |
| Kwaliteitsbeleid op schrift | 25 | 57 | 18 | 7 | 64 | 29 |
| Kwaliteitsplan voor de instelling | 33 | 49 | 18 | 14 | 36 | 50 |
| Kwaliteitsplan op sommige afdelingen | 43 | 33 | 25 | 43 | 36 | 21 |
| Kwaliteitsplan op alle afdelingen | 57 | 34 | 9 | 43 | 57 | - |
| Kwaliteitsjaarverslag | 39 | 25 | 37 | 7 | 57 | 36 |
| Kwaliteitshandboek | 49 | 31 | 20 | 36 | 57 | 7 |

Met betrekking tot het kwaliteitsjaarverslag zien we ook een verschil tussen de twee steden. In Utrecht hebben of ontwikkelen vrijwel alle instellingen een kwaliteitsjaarverslag, waarin men verantwoording aflegt van het kwaliteitsbeleid dat men voert. In Amsterdam gebeurt dat bij 60% van de instellingen.

Transparantie wordt ook verhoogd door het ontwikkelen van protocollen oftewel het beschrijven van de ideale wijze en volgorde waarop een handeling of proces wordt uitgevoerd, met als doel een constante kwaliteit te waarborgen. In Amsterdam geeft 30% van de instellingen aan in de hele organisatie protocollen te hanteren. In slechts 2 van de 49 organisaties heeft men nog

geen enkel protocol ontwikkeld (niet in Tabel).

In Utrecht werkt men in alle responderende organisaties wel in meer of mindere mate met protocollen voor de zorgverlening. Één instelling geeft aan in de hele organisatie protocollen te hebben ingevoerd, terwijl één instelling aangeeft slechts op één afdeling met protocollen te werken (niet in Tabel).

Cliëntenparticipatie

Het oordeel van een cliënt over de aan hem verleende zorg is een relevant onderdeel is bij de meting van kwaliteit van zorg, omdat dit gebruikt kan worden voor systematische kwaliteitsverbetering. Uit de gegevens blijkt dat bijna tweederde van de organisaties in Utrecht en Amsterdam tevredenheidsonderzoek uitvoert onder cliënten (niet in Tabel). Naast dit type onderzoek kunnen cliënten ook op andere wijze participeren aan activiteiten gericht op kwaliteitsverbetering. Uit Tabel 2 blijkt dat in bijna de helft van de organisaties de cliënten worden betrokken bij het ontwikkelen van protocollen en criteria. De instellingen laten dit meestal afhangen van het onderwerp. Dit geldt ook voor het participeren van cliënten aan kwaliteitscommissies en verbeterprojecten. Van het systematisch betrekken van cliënten bij het instellingsbeleid betreffende kwaliteit is over het algemeen geen sprake.

Naast de genoemde activiteiten kan de cliëntenparticipatie vorm krijgen via een ombudsfunctie in instellingen. Bijna de helft van de instellingen blijkt een ombudsfunctionaris te hebben, die kan bemiddelen tussen zorgaanbieder en cliënt. Het al of niet aanwezig zijn van een ombudsfunctionaris is afhankelijk van het type zorginstelling. Geen enkele thuiszorgorganisatie heeft zo'n functionaris, terwijl men in de helft van de verzorgingshuizen en driekwart van de verpleeghuizen een dergelijke functie heeft, of deze aan het ontwikkelen is (niet in Tabel).

Tabel 2 Percentage instellingen waar cliënten bij kwaliteitsactiviteiten betrokken worden

| Activiteiten | Amsterdam n=49 | | | Utrecht n=14 | | |
|--|----------------|--|--------|--------------|--|--------|
| | nee | afhanke- lijk van onder- werp | altijd | nee | afhan- kelijk van on- derwerp | altijd |
| Ontwikkeling van protocollen | 67 | 29 | 4 | 50 | 50 | 0 |
| Ontwikkeling van kwaliteitscriteria | 36 | 62 | 2 | 39 | 54 | 8 |
| Beoordelen of doelen t.a.v. kwaliteit worden be- haald | 43 | 45 | 13 | 36 | 57 | 7 |
| Participatie in kwaliteitscommissies | 53 | 40 | 6 | 46 | 54 | 0 |
| Participatie in verbeterprojecten | 54 | 39 | 7 | 39 | 46 | 15 |
| Bespreking uitkomsten satisfactieonderzoek, klach- tenregistratie ed. | 30 | 28 | 41 | 25 | 25 | 50 |

Externe oriëntatie en ketenkwaliteit

In het kader van ketenkwaliteit zijn protocollen over samenwerking, zorgcoördinatie en overdracht relevant. Uit de gegevens blijkt dat met name de samenwerking en zorgcoördinatie binnen de instelling aandacht krijgt. Zo'n 40% tot 50% van de instellingen heeft daar protocollen voor.

Voorts is het van belang dat de zorg voor een cliënt, met name wanneer hij met meerdere zorgaanbieders te maken heeft, zodanig is gestructureerd dat hij deze toch als een functioneel en samenhangend pakket ervaart. In bijna 60% van de instellingen in Amsterdam heeft men protocollen ontwikkeld waarbij de 'routing' van de cliënt van aanmelding tot afsluiting van de zorg vast ligt. In de Utrechtse organisaties komen dergelijke protocollen veel minder voor. Een protocol voor situaties waarin niet direct voldaan kan worden aan de indicatiestelling, een situatie waarin cliënten juist met alternatieve zorg en meerdere zorgverleners te maken krijgen, is in beide steden nog beperkt voor handen. Protocollen over samenwerking, zorgcoördinatie en overdracht buiten de instellingen worden eveneens in geringe mate gehanteerd (zie Tabel 3).

Tabel 3 Protocollen gericht op samenwerking, zorgcoördinatie en overdracht

| | Amsterdam n=49 % | Utrecht n=14 % |
|--|------------------------|----------------------|
| <hr/> | | |
| Protocollen | | |
| <hr/> | | |
| voor onderlinge samenwerking binnen instelling over informatie-uitwisseling | 43 | 43 |
| voor onderlinge samenwerking binnen instelling voor overlegsituaties | 49 | 43 |
| voor onderlinge samenwerking binnen instelling voor zorgcoördinatie | 51 | 50 |
| voor overdracht naar andere zorgverlener binnen de instelling | 31 | 21 |
| voor routing van cliënt van aanmelding tot afsluiting van zorg | 59 | 21 |
| voor situaties waarin niet direct kan worden voldaan aan indicatiestelling | 14 | 7 |
| voor voorlichting cliënt over wachtlijstperiode | 31 | 14 |
| voor samenwerking met zorgverleners buiten instelling voor info-uitwisseling | 20 | 14 |
| voor samenwerking met zorgverleners buiten instelling voor overlegsituaties | 20 | 7 |
| voor samenwerking met zorgverleners buiten instelling voor zorgcoördinatie | 22 | 14 |
| voor overdracht naar andere zorgverlener buiten instelling | 29 | 36 |

2.3.2 Kwaliteitsactiviteiten in de samenwerking tussen instellingen

Transparantie

Om keuzes en inbreng in het zorgproces te kunnen maken is het van belang dat een cliënt weet wat het zorgaanbod is. Uit het voorgaande bleek dat instellingen in vele gevallen hun producten omschreven hebben. Er bleek echter op het moment van onderzoek in geen van de steden een eenvoudig toegankelijk informatiesysteem beschikbaar dat belanghebbenden (bijvoorbeeld toekomstige cliënten) kunnen raadplegen om na te gaan wat er in hun buurt of regio beschikbaar is. In Utrecht heeft men concrete plannen op dit gebied. Men werkt daar aan de ontwikkeling van informatiebalies. Deze gaan onderdeel uitmaken van 'Loket 2000', waarin men naast een integrale indicatiestelling ook informatie voor potentiële klanten aanbiedt ten aanzien van producten op het gebied van zorg en welzijn.

In Amsterdam blijkt informatie voor cliënten ruim voor handen te zijn. De meeste zorgaanbieders hebben hun producten opgenomen in foldermateriaal, die via de koepelorganisaties is gebundeld tot informatie-mappen. Deze zijn op grote schaal uitgezet bij

intakebureaus, ouderenadviseurs, wijkposten voor ouderen, huisartsen, andere verwijzers en in bibliotheken. Daarnaast is informatie op internet beschikbaar. Desalniettemin beoordelen de cliëntenorganisaties de wijze waarop het zorgaanbod wordt gepresenteerd als onoverzichtelijk en weinig toegankelijk voor de cliënten.

De wachtlijstproblematiek kan transparanter worden gemaakt met inzichtelijk wachtlijstbeheer. Hoewel men zowel in Utrecht als Amsterdam over uniforme urgentiecriteria beschikt, is er in beide steden in meer of mindere mate gebrek aan samenwerking tussen de verschillende sectoren in het beheer van de wachtlijst. In de stad Utrecht, waar voor de drie verschillende secties eveneens drie wachtlijsten bestaan, beheren de verzorgingshuizen de eigen wachtlijsten, en worden de wachtlijsten voor verpleeghuizen beheerd door gemeente en verpleeghuizen gezamenlijk. Ook de thuiszorg heeft een wachtlijst en er bestaat geen onderlinge samenwerking in het beheer van de verschillende wachtlijsten. In Amsterdam bestaat het SVP (SIGRA Verplegings- en Verzorging Plaatsingsbestedingsbureau), dat verantwoordelijk is voor een efficiënte plaatsing van geïndiceerde ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Daarbij bemiddelt dit bureau ook voor cliënten die in ziekenhuizen en GGZ-instellingen verblijven. Het SVP draagt tevens zorg voor de registratie van gegevens van cliënten op de wachtlijst en de plaatsingen. De thuiszorg participeert niet in SVP. In de thuiszorg heeft elke van de drie organisaties een eigen wachtlijst, terwijl men een beheer op stedelijk niveau aan het ontwikkelen is. Afstemming tussen de wachtlijsten van de thuiszorg en de centrale wachtlijsten van het SVP vindt niet plaats. Dit leidt tot een gebrek aan samenhang en overzicht waardoor schrijnende situaties kunnen ontstaan. Bijvoorbeeld: een cliënt kan ten gevolge van krapte niet in aanmerking komen voor opname in een verpleeghuis en moet een beroep doen op de thuiszorg, terwijl tegelijkertijd cliënten uit een intramurale instelling niet naar huis kunnen omdat er onvoldoende thuiszorg is.

Participatie van de cliënt

Het contact dat cliëntenorganisaties hebben met instellingen speelt zich zowel in Amsterdam en Utrecht voornamelijk op instellingsniveau af. Afgevaardigden van het COSBO, AP/CP en het PP/CP zijn vertegenwoordigd in verschillende cliëntenraden. Uit de eerder beschreven onderzoeksresultaten blijkt bijvoorbeeld dat bij een aantal organisaties cliënten via de cliëntenraden worden betrokken bij de ontwikkeling van procedures of protocollen. Naast de instellingsprocedures voor klachten kent Amsterdam ook een stedelijke klachtencommissie. Echter daarvan wordt weinig gebruik gemaakt. Een belangrijke oorzaak hiervan is dat de klacht schriftelijk moet worden ingediend. Dit werpt voor de (vaak hoogbejaarde) cliënten een drempel op. Het APCP beschikt bovendien over een eigen informatie- en klachtenbureau; "Signaal". Signaal bemiddelt, ondersteunt en registreert in geval van klachten over behandeling of bejegening. In Utrecht heeft het PP/CP eveneens een Bureau Informatie en Klachten Gezondheidszorg (IKG).

Ketenkwaliteit

In sommige regio's van Amsterdam vindt via de RSV's overleg plaats over de juiste spreiding en afstemming van het zorgaanbod. De wijze waarop men daar in slaagt verschilt per regio en is mede afhankelijk van de wijze waarop en de mate waarin de samenwerking op regionaal niveau gestalte krijgt. Voorts zijn uit gezamenlijke projecten van verpleeg- en verzorgingshuizen in het kader van substitutie ('meer zorg projecten') protocollen en procedures voortgekomen, waarin is vastgelegd hoe men communiceert, op welke manier bewoners worden gevolgd, hoe zorgplannen er uitzien en hoe de rolverdeling is tussen verpleeg- en verzorgingshuizen. Daarmee beoogt men de zorg zodanig te structureren, dat de cliënt deze, ook al zijn meerdere disciplines betrokken, toch als een functioneel en samenhangend pakket ervaart. De sectie Verpleging en Verzorging van de SIGRA en de zorgverzekeraar hebben gezamenlijk productomschrijvingen en

tariefberekeningen gemaakt voor een zevental van deze projecten.

Met betrekking tot de continuïteit van zorg erkennen zowel de organisaties voor de indicatiestelling, de zorgaanbieders, de gemeente, de zorgverzekeraar en cliëntenorganisaties het belang van procedures om de verantwoordelijkheden duidelijk te maken, in situaties waarin een cliënt al wel geïndiceerd is maar een periode moet overbruggen voordat de zorg geëffectueerd wordt. Momenteel is daarover in geen van de beide steden een procedure vastgelegd, maar men zoekt wel naar oplossingen. In Amsterdam zijn plannen om voor de gezamenlijke zorgaanbieders een procedure te ontwikkelen voor cliënten op de wachtlijst, zodat er enige begeleiding en controle ontstaat voor deze cliënten gedurende het traject tussen indicatiestelling en plaatsing.

In Utrecht ziet men op stedelijk niveau weinig of geen geformaliseerde samenwerking tussen de thuiszorg, en verpleeg- of verzorgingshuizen. Wel zijn verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen, in antwoord op de sanering van intramurale zorgcapaciteit, samenwerkingsverbanden aangegaan om verspreid over de stad, diverse voorzieningen en flexibele functies aan te bieden. Zo heeft men het 'wachtlijst-service project' in het leven geroepen, waarmee cliënten op de wachtlijst een vorm van alternatieve zorg krijgen waarmee zij in hun eigen omgeving kunnen blijven. Met deze vorm van zorg wordt tevens de druk op de wachtlijsten verminderd.

2.4 BESCHOUWING

Het onderzoek naar kwaliteitsbeleid in de sector verpleging en verzorging in de steden Amsterdam en Utrecht laat zien dat meerderheid van de instellingen het kwaliteitsbeleid op papier heeft gezet en inmiddels vertaald heeft naar concrete activiteiten. Voorts ziet men dat de werkwijze voor samenwerking, zorgcoördinatie en overdracht binnen de instelling in protocollen is vastgelegd. Dergelijke protocollen zijn nog in beperkte mate beschikbaar wanneer het de samenwerking tussen verschillende instellingen betreft.

Hoewel deze resultaten hoopgevend zijn moet ook vast gesteld worden dat het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid een ingrijpend en tijdrovend traject is. Een deel van de instellingen verkeert ten aanzien van deelsystemen nog in de ontwikkelingsfase en voldoet bijvoorbeeld nog niet aan de eisen die in de kwaliteitswet zijn vastgesteld, zoals bijvoorbeeld het opstellen van een kwaliteitsjaarverslag.

De participatie van de cliënt op instellingsniveau heeft duidelijk vorm gekregen. Dit heeft voor een deel te maken met onderwerpen die bij de wet geregeld zijn zoals WGBO, klachtrecht en cliëntenraden, maar daarnaast betrekken instellingen ook op andere wijze cliënten bij activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en verbetering, zoals het opstellen van protocollen, het participeren aan een kwaliteitscommissie en dergelijke.

Uit de interviews, die inzicht hebben verschaft in de samenwerking binnen de bij verpleging en verzorging betrokken partijen, komt naar voren dat de trend naar samenhang in de zorg, die in 1995 te Leidschendam werd ingezet, gestalte begint te krijgen. Behalve dat daarmee doelen voor cliënten worden gediend, lijkt samenwerking tussen zorgaanbieders ook van strategisch belang. Immers sinds met de plannen van de Commissie Dekker in 1987, de marktwerking in de gezondheidszorg zijn intrede deed, kopen verzekeraars zorg in. Tevens hebben zij een functie in de bewaking van de kwaliteit van zorg. Daarmee is meer nog dan vroeger de noodzaak ontstaan dat een zorgregio een samenhangend stelsel van zorgvoorzieningen realiseert. Een dergelijke samenhang is van belang voor cliënten, maar niet in de laatste plaats ook voor de zorgaanbieders zelf. Immers zorgaanbieders kunnen pas echt goed functioneren als de producten en diensten aan de voordeur en de achterdeur van de instelling kwalitatief en kwantitatief goed geregeld zijn (Kolkman, 1991).

In Amsterdam zijn de bij de zorg betrokken partijen zich bewust van het belang van samenhang

in de zorg en hoewel er anno 1997 nog geen structurele oplossingen zijn voor het traject tussen indicatiestelling en plaatsing oriënteert men zich op de mogelijkheden. Zo hebben de gezamenlijke partijen plannen om zogenaamde 'zorgaanbiederstafels' op te richten, van waaruit de gezamenlijke zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het traject tussen de indicatiestelling en de daadwerkelijke levering van zorg. Deze kunnen een aanspreekpunt vormen voor cliënten en er voor zorgen dat de afstemming tussen de diverse partijen in de zorgregio beter wordt gestroomlijnd (SIGRA, 1998).

Voorts is verregaande samenwerking gewenst op zorgregionaal niveau tussen alle instellingen die in de zorgketen betrokken zijn. Een dergelijke samenwerking tussen verzorgingshuizen en voorzieningen binnen het flankerend ouderenbeleid kan leiden tot een gevarieerd pakket van zorg, waarvan cliënten gebruik kunnen maken als de benodigde intramurale zorg niet in voldoende mate voor handen is en men op een wachtlijst wordt geplaatst. Daarnaast kan een variatie in zorg en flankerende diensten mensen in staat stellen langer in de eigen omgeving te verblijven.

Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat de zorginstellingen, naast interne kwaliteitsactiviteiten, zich oriënteren op samenwerkingsmogelijkheden met andere zorgaanbieders. In Utrecht waar instellingen op kleine schaal en weinig geformaliseerd werken aan zorgproducten kan men spreken van een externe oriëntatie van instellingen. In Amsterdam heeft een dergelijke externe oriëntatie in een aantal gevallen geleid tot een gezamenlijk product met afspraken en protocollen over de samenwerking. In dat verband kan men spreken van ketenkwaliteit. Of een dergelijk verschil tussen de twee steden is toe te schrijven aan lokale initiatieven, zoals bijvoorbeeld het al eerder genoemde Referentiekader waarmee zorgaanbieders, cliëntenbonden, zorgverzekeraar en gemeente in een gezamenlijke visie op samenhang en transparantie van de kwaliteit van de zorg wilden verbeteren, is met de nu beschikbare onderzoeksgegevens niet vast te stellen.

Om te kunnen nagaan in hoeverre een verbetering in de samenhang en transparantie van de zorg is toe te schrijven aan de implementatie van dit Referentiekader en/of aan andere landelijke ontwikkelingen, is het noodzakelijk om dit project te volgen en na enige tijd opnieuw een vergelijking te maken tussen de beide steden. Vast staat dat er tal van ontwikkelingen gaande zijn. Dat maakt dat sommige van de in dit artikel geschetste problemen al weer door de tijd zijn ingehaald omdat de betrokken partijen actief bezig zijn om zwakke schakels in de zorgketen te versterken. Door op een later tijdstip de ontwikkelingen binnen de sector verpleging en verzorging in beide steden op nieuw te inventariseren, kan worden nagegaan in welke mate verschillende initiatieven leiden tot verschillende resultaten.

Tot slot nog een opmerking over de in dit onderzoek gebruikte methodes. Met de schriftelijke vragenlijsten en de interviews is brede informatie verzameld over de wijze waarop kwaliteitsbeleid in en tussen instellingen vorm krijgt. Toch zijn kanttekeningen te maken bij de kwaliteit van het verzamelde onderzoeksmateriaal. Daar waar het gaat over de informatie van zorgaanbieders geldt namelijk dat de gegevens van de schriftelijke enquête en de gegevens van de interviews, de visie van een lid van de directie of het management van de organisatie weergeven. Dit heeft zijn beperkingen omdat men daarbij geneigd kan zijn vooral verslag te doen van activiteiten die succesvol zijn gebleken. Deze beperking wordt enigszins te niet gedaan doordat ook interviews zijn gehouden bij cliënten-organisaties, verzekeraars en gemeente. Bovendien zijn de gegevens van de onderhavige studie vergeleken met de resultaten uit ander onderzoek. Zo bleek uit de resultaten van de inventarisatie naar kwaliteitsactiviteiten binnen instellingen dat in de organisaties in beide steden veel aandacht was voor deskundigheidsbevordering via bij- en nascholing. Deze resultaten kwamen overeen met gegevens van een recent landelijk onderzoek (Wagner e.a., 1997). Ook de bevindingen met betrekking tot het beschikbaar zijn van protocollen, die gericht zijn op het bevorderen van continuïteit van zorg zijn vergelijkbaar met het voornoemd onderzoek.

Overigens geldt dat bij onderwerpen die de continuïteit van zorg betreffen de mening van de cliënt zelf een wezenlijk gegeven is. Daarom zal in de volgende fase van het onderzoek uitgebreid aandacht worden besteed aan de ervaringen van cliënten met betrekking tot continuïteit en kwaliteit van zorg, gedurende de tijd dat zij op de wachtlijst staan voor een verpleeghuis of verzorgingshuis.

Literatuur

- Place M. (1996) Ontwikkeling en invoering van een kwaliteitssysteem: een leidraad voor RIAGG's. Utrecht: NcGv
- Wagner C, Bakker DH De, Sluijs EM.(1995) Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken 1995. Utrecht: NIVEL.
- Ministerie van VWS. Indicatiestelling in de Zorg (K24608). (1996) Den Haag: SDU.
- Nationale raad voor de volksgezondheid. (1995) Kwaliteitsbeleid zorgsector: evaluatie 1990-1995 en Leidschendamafspraken 1995-2000. Zoetermeer: NRV.
- Spreeuwenberg C.(1995) Afspraken over kwaliteit te Leidschendam. Medisch Contact;50:841.
- Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteitsbeleid Zorgsector.(1997) Kwaliteitsbeleid Zorgsector: samen op weg naar Leidschendam 2000. Zeist: LCKZ,.
- Hardjono TW, Hes FW. (1993) De Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding. Deventer: Kluwer,.
- Commissie Referentiekader Verpleging en Verzorging. (1995) Referentiekader Verpleging en Verzorging regio Amsterdam. Amsterdam: ZAO.
- Frissen MAG, Lans S . van der. Kwaliteitsbeleid: de derde Leidschendam-conferentie. Medisch Contact, 1995, **50**,543-546.
- Kolkman HHE.. De rol van een regionaal samenwerkingsverband in de gezondheidszorg. Acta Hospitalia, 1991,**1**,21-30.
- Sigra.(1998) Verpleging Verzorging Plaatsingsbemiddeling. Jaarverslag 1997. Amsterdam: SIGRA.
- Wagner C, Stoop AP, Temmink D, Bakker DH DE.(1997) Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging. Utrecht: De Tijdstroom/Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging,.

Hoofdstuk 3

CONTINUÏTEIT VAN ZORG VOOR CLIËNTEN OP DE WACHTLIJST VOOR EEN VERPLEEG- OF VERZORGINGSHUIS

Dit is een bewerking van het artikel:

Caris-Verhallen WMCM & Kerkstra A. Continuity of care for patients on a waiting list for institutional long-term care *Health and Social Care in the Community* (Geaccepteerd voor publicatie)

SAMENVATTING

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe cliënten de continuïteit van zorg ervaren gedurende de periode dat zij op de wachtlijst staan voor residentiële zorg en gebruik maken van zorg en voorzieningen thuis. Aan de studie hebben 278 thuiswonende cliënten deelgenomen allen wonend in Amsterdam en Utrecht. Deze cliënten waren positief geïndiceerd voor een plaats in een verpleeg- of verzorgingshuis. Bij hen werd telefonisch een semi-gestructureerd interview afgenomen.

Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat cliënten die wachten op een residentiële voorziening over het algemeen hoog bejaard zijn en voor veel dagelijkse activiteiten afhankelijk zijn van anderen. Zij maken dan ook veelvuldig gebruik van thuiszorg en flankerende voorzieningen zoals 'maaltijd service' en personen-alarmering. Men is doorgaans tevreden met deze zogenaamde 'overbruggingszorg' en de termijn waarop deze wordt gerealiseerd. Minder tevreden is men over de coördinatie van de zorg en de wijze waarop men over het wachtlijsttraject wordt geïnformeerd. Bovendien blijkt dat bijna de helft van de mensen niet weet waar men terecht kan met vragen of problemen of als de zorgbehoefte tijdens de wachtperiode verandert. Dit is een belangrijk aandachtspunt omdat de wachtduur, afhankelijk van de urgentie, kan oplopen tot langer dan een jaar. Het verdient dan ook aanbeveling om een informatie- of steunpunt in te richten waar cliënten terecht kunnen bij verandering van zorgbehoefte of andere vragen en problemen.

3.1 INLEIDING

Verbeteringen in de gezondheidszorg en een verhoogde levensstandaard zorgen ervoor dat mensen, vooral in de westerse, geïndustrialiseerde landen, steeds ouder worden. Dit leidt tot een toename van ouderen in absolute zin. Echter daarnaast verandert ook de verhouding van het aantal ouderen ten opzichte van de totale bevolking. Op dit moment is 13,1% van de Nederlandse bevolking ouder dan 65 jaar en rond 2015 wordt verwacht dat dit percentage gegroeid zal zijn tot 17,3% (RIVM 1997). Binnen de groep van ouderen zien we bovendien dat de categorie hoogbejaarden (80+ of 85+) het snelst groeit. De verwachting is dat deze trend zich in de nabije toekomst gaat voortzetten (Glendinning 1998). Deze demografische ontwikkelingen hebben gevolgen voor de gezondheidszorg omdat er een toenemend beroep gedaan wordt op allerlei vormen van zorg en voorzieningen.

In Nederland zijn er twee typen residentiële voorzieningen waar ouderen kunnen verblijven. Verzorgingshuizen bieden aan ouderen duurzame huisvesting, met gehele of gedeeltelijke verzorging. Bij de meeste verzorgingshuizen zijn ook zelfstandige woningen (aanleunwoningen) of flats (serviceflats) gesitueerd, alwaar bewoners gebruik kunnen maken van diensten die het verzorgingshuis biedt. In het verzorgingshuis kan een bewoner verpleging ontvangen, echter deze wordt dan geleverd in het kader van een zorgbezoek van een (wijk)verpleegkundige (Meijer 1998). Verpleeghuizen daarentegen bieden 24 uur per dag verpleging en verzorging aan veelal oudere cliënten die als gevolg van een of meerdere functiestoornissen (tijdelijk) niet meer zelfstandig kunnen functioneren. Een verpleeghuis biedt ook psycho-sociale zorg en paramedische zorg zoals fysiotherapie en ergotherapie (Ribbe e.a.1994). In 1998 hadden de gezamenlijke Nederlandse Verpleeghuizen een capaciteit van 56.740 bedden. Dit komt neer op 27 bedden per 1000 inwoners van 65 jaar en ouder. De capaciteit van de gezamenlijke verzorgingshuizen bestond uit 113.970, of 54 plaatsen per 1000 inwoners van 65 jaar en ouder (Ministerie van VWS1999a, CBS 1999).

Door de hierboven geschetste demografische ontwikkelingen is de zorg voor ouderen de laatste decennia onder druk komen te staan. Dat komt omdat de capaciteit van intramurale voorzieningen geen gelijke tred heeft gehouden met de groeiende vraag. Bovendien wil de overheid terughoudendheid betrachten in verdere uitbreiding van residentiële zorg en men streeft, in navolging van het advies van de Commissie Modernisering Ouderenzorg (VWS 1994), naar substitutie van intramurale zorg door extramurale zorg. De gevolgen van de vergrijzing en deze budgetbeperkingen zijn niet uitgebleven. Cliënten die zijn geïndiceerd voor een verzorgingshuis of een verpleeghuis kunnen niet zonder meer geplaatst worden, maar komen eerst op een wachtlijst. In 1998 stonden er in Nederland 8260 mensen op de wachtlijst voor een opname in een verpleeghuis. De gemiddelde wachtduur voor een somatisch verpleeghuis was 7 weken, terwijl cliënten gemiddeld 18 weken moesten wachten voordat zij konden worden opgenomen in een psycho-geriatriesch verpleeghuis. In dat zelfde jaar wachtten 20300 personen op een plaats in een verzorgingshuis. De gemiddelde wachttijd daarvoor was 9,5 maanden (Ministerie van VWS 1999b).

Oudere cliënten die op de wachtlijst staan doen vaak een beroep op thuiszorg en allerlei flankerende voorzieningen, zoals maaltijdvoorziening en personen-alarmering. Daarnaast bestaat er vaak nog een mogelijkheid voor dagvoorziening en nachtopvang in een verpleeg- of verzorgingshuis. Verder bestaan er verzorgingshuizen die cliënten thuisbezoeken en een uitgebreid pakket aan thuiszorg bieden. Bij een dergelijk pakket aan 'overbruggingszorg', waarbij cliënten met meerdere zorgverleners, afkomstig van verschillende zorginstellingen te maken hebben, ontstaat het gevaar dat de zorg versnipperd raakt en dat cliënten een gebrek aan continuïteit van zorg ervaren.

Zowel op landelijk als lokaal niveau zijn initiatieven genomen om de geschetste problemen het hoofd te bieden. De overheid tracht de indicatiestelling voor de sectoren verpleging en verzorging via de wet te reguleren (Staatsblad, 1997). Door het instellen van Regionale Indicatieorganen (RIO), die gespecialiseerd zijn in het stellen van indicaties en werken onder de verantwoor-

nen (RIO), die gespecialiseerd zijn in het stellen van indicaties en werken onder de verantwoordelijkheid van de gemeente, beoogt men functiegericht in tegenstelling tot aanbodgericht te indiceren. Door bovendien de indicaties objectief en onafhankelijk van de zorginstellingen en de financiers te verrichten wordt verwacht dat er minder over- of ondergeïndiceerd wordt, waardoor een beter zicht wordt verkregen op de omvang en aard van de zorgvraag (Beemsterboer, 2000). Naast dit landelijke beleid zijn er allerlei lokale initiatieven genomen om de continuïteit van zorg voor cliënten op de wachtlijst te bewaken. Zo erkenden de zorgaanbieders, cliëntenorganisaties, verzekeraar* en gemeente in Amsterdam de problematiek rondom cliënten op de wachtlijst. Passend in een tijd waarin transparantie en ketenkwaliteit op de agenda stonden voor de kwaliteitsconferentie van Leidschendam 2000 ontwikkelden zij het 'Referentiekader Verpleging en Verzorging' (Commissie Referentiekader Verpleging en Verzorging, 1995). Daarin presenteerden deze vier partijen een gezamenlijke visie op de benodigde kwaliteit van de zorg in de thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen. Naast kwaliteit van zorg in het algemeen richt dit kwaliteitskader zich meer specifiek op de continuïteit van zorg wanneer meerdere zorgaanbieders betrokken zijn en op de transparantie wanneer keuzes gemaakt dienen te worden ten gevolge van schaarste.

In Utrecht is men vanuit een samenwerkingsverband tussen verpleeghuizen, de Riagg en de thuiszorg een project 'wachtlijstservice' gestart. Daarbij bieden de gezamenlijke instellingen cliënten op de wachtlijst een alternatief en passend zorgaanbod gedurende de periode op de wachtlijst. Voorts heeft de zorgverzekeraar in Utrecht een aantal verpleegkundigen in dienst, die in probleemsituaties actief betrokken worden bij het vinden van een oplossing.

Het landelijk beleid in zake de onafhankelijke indicatiestelling en de genoemde lokale projecten leidden tot een behoefte aan overzicht in welke mate activiteiten gericht op continuïteit van zorg en transparantie al gerealiseerd hebben kregen. Met dit beschrijvende onderzoek wordt nagegaan hoe de cliënt de continuïteit van zorg en de informatie over het zorgproces ervaart. Mogelijk levert dit ook een inventarisatie van knelpunten op alsmede inzichten in hoe in de toekomst interventies vorm dienen te krijgen. De verzamelde gegevens kunnen bovendien als base-line informatie worden beschouwd om op termijn effecten van interventies te kunnen bepalen.

3.1.1 Theoretische achtergronden

Het zorgproces, dat naar aanleiding van een hulpvraag in gang wordt gezet, kent de volgende fasen: de aanvraag van zorg, het indiceren, de toewijzing, de zorgverlening en de afsluiting van de zorg. Het zorgproces kent een cyclisch verloop, waarin via regelmatige evaluatie wordt nagegaan of de ondernomen acties nog bijdragen aan het bereiken van gestelde doelen. In de laatste fase van het proces wordt nagegaan of de doelen zoals bepaald bij de indicatiestelling zijn verwezenlijkt. Op grond daarvan wordt de zorgverlening beëindigd of wordt een nieuwe zorgbehoefte geconstateerd.

Een belangrijk begrip voor de kwaliteit van zorg is de continuïteit van dit proces. Shortell (1976) geeft als definitie van het concept continuïteit van zorg: "the extent to which services are received as part of a coordinated and uninterrupted succession of events consistent with the medical needs of the patient". Vooral waar meerdere hulpverleners, gelijktijdig of na elkaar in het zorgproces zijn betrokken, kunnen hiaten ontstaan of kan overlap voorkomen. Casparie e.a. (1998) onderscheiden op grond van deze definitie drie aspecten van continuïteit:

1. Aansluiting: waaronder de mate wordt verstaan waarin het hulpaanbod aansluit op de hulpvraag van de cliënt. Aspecten die bepalend zijn voor de mate van aansluiting zijn toegankelijkheid, bereikbaarheid, beschikbaarheid, de mate van afstemming op de be-

* Bij de ontwikkeling van het Referentiekader Verpleging & Verzorging was ZAO-zorgverzekeringen betrokken. Deze zorgverzekeraar van de AGIS-groep, voert de functie van Zorgkantoor Amsterdam uit (ZKA), en is als zodanig met ingang van 1 Januari 1998 verantwoordelijk voor de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) voor de inwoners van Amsterdam.

hoefte van de cliënt, participatie van de cliënt in besluitvorming en uitvoering van de zorgverlening, en tot slot de keuzevrijheid voor wat betreft inhoud zorg, locatie en hulpverlener.

2. Afstemming en coördinatie van de zorg die verstrekt wordt door verschillende zorgverleners.
3. Overdracht van de zorg van de ene hulpverlener naar de andere, of van de ene zorginstelling naar de andere. Daarbij speelt de informatieoverdracht een belangrijke rol.

Met name de eerste twee aspecten van continuïteit zijn ook de basisprincipes van de eerder genoemde lokale projecten en zij zullen als uitgangspunt gehanteerd worden in het onderhavige onderzoek.

3.1.2 Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen

Het doel van dit beschrijvende onderzoek is na te gaan in hoeverre cliënten met een positieve indicatie en die op de wachtlijst staan voor een plaats in een verzorgingshuis of verpleeghuis transparantie en continuïteit van zorg ervaren.

De onderzoeksvragen zijn:

1. In welke mate krijgen cliënten informatie over het verloop van het zorgproces in het algemeen en over de intake- en wachtlijstprocedure in het bijzonder?
2. In welke mate ervaren cliënten op de wachtlijst dat de geboden zorg aansluit op hun hulpvraag?
3. In welke mate ervaren cliënten op de wachtlijst afstemming en coördinatie in de zorg, wanneer zij te maken hebben met verschillende hulpverleners?

3.2 METHODE

Om antwoord te verkrijgen op de in de inleiding geformuleerde onderzoeksvragen, werden telefonische interviews gehouden. Voor deze methode werd gekozen omdat met name kwantitatieve gegevens zouden worden verzameld. Een enquête is daartoe het meest geschikte middel. Voor een telefonisch afname werd gekozen omdat veelal oudere respondenten werden verwacht, voor wie het invullen van een vrij omvangrijke schriftelijke vragenlijst een probleem zou kunnen opleveren. Overigens was er voor de meest hulpbehoevende groep cliënten, die daar prijs op stelden, de mogelijkheid om persoonlijk te bezocht te worden. Bovendien werd aan elke cliënt de mogelijkheid geboden om zich door een mantelzorger te laten vertegenwoordigen.

3.2.1 Steekproef

Aan een a-selecte steekproef van 980 cliënten in Amsterdam en Utrecht, die op de wachtlijst stonden voor een verpleeg- of verzorgingshuis, werd een brief verzonden. In deze brief werd uitleg gegeven over het onderzoek en vervolgens om medewerking gevraagd. Nadat de cliënten schriftelijk hadden toegezegd mee te willen doen, werden zij telefonisch benaderd en werd een semi-gestructureerd interview afgenomen. Naar aanleiding van de brief reageerden 510 (52%) van de respondenten, waarvan er 322 (33%) instemden met een interview. Omdat uiteindelijk niet iedereen bereikbaar bleek op het opgegeven nummer of omdat mensen in tweede instantie afzagen van medewerking werden uiteindelijk 278 (28%) interviews gehouden met de cliënten zelf of met iemand van de mantelzorg.

In Tabel 1 zijn de kenmerken van de respondenten weergegeven. Van de deelnemers wachten er 164 op een plek in het verzorgingshuis en 114 personen wachten op opname in een verpleeghuis. Hun gemiddelde leeftijd is respectievelijk 84 en 82 jaar. Ongeveer driekwart van de cliënten woont alleen en de overigen wonen met partner of een familielid. Het opleidingsniveau van de totale groep is niet erg hoog. Ongeveer de helft van hen heeft alleen de lagere school.

Tabel 1 Gegevens over de deelnemende cliënten

| Achtergrondkenmerken | Op de wachtlijst voor een verzorgingshuis | | Op de wachtlijst voor een verpleeghuis | |
|--|--|-------|---|------|
| | n | % | n | % |
| | n= 164 | | n=114 | |
| Geslacht vrouw | 129 | (79) | 70 | (61) |
| Gemiddelde leeftijd | 84 | | 82 | |
| Aantal maanden op de wachtlijst (mediaan) | 10 | | 4,5 | |
| Leefsituatie | | | | |
| alleen wonend | 138 | (84) | 64 | (56) |
| met partner | 17 | (10) | 37 | (32) |
| met familielid | 8 | (5) | 10 | (9) |
| met anderen | 1 | (1) | 3 | (3) |
| Verblijfadres | | | | |
| thuis | 164 | (100) | 56 | (49) |
| ziekenhuis | | | 15 | (13) |
| verzorgingshuis | | | 43 | (38) |
| Opleidingsniveau | | | | |
| geen / LO | 90 | (55) | 51 | (45) |
| LBO | 23 | (14) | 20 | (18) |
| MAVO / MBO | 36 | (22) | 28 | (24) |
| VWO / HBO / universitair | 15 | (9) | 15 | (13) |

3.2.2 Meetinstrumenten

Het ontwikkelde enquête-schema is grotendeels gebaseerd op bestaande vragenlijsten. Er zijn gegevens verzameld over demografische kenmerken (geslacht, burgerlijke staat, leeftijd e.d.), mate van zelfredzaamheid, ervaringen met de intake-procedure, de zorg die men ontvangt gedurende de periode dat men op de wachtlijst staat en het oordeel dat men over deze zorg heeft.

Zelfredzaamheid

De zelfredzaamheid van de cliënt werd gemeten met twee vragenlijsten, beide ontwikkeld door Van Kempen en Suurmeijer (1990). De ADL-schaal meet de zelfredzaamheid in activiteiten van het dagelijks leven, waaronder lichamelijke verzorging, eten en naar het toilet gaan. Met de HDL-schaal wordt de zelfredzaamheid gemeten betreffende dagelijkse huishoudelijke activiteiten, zoals eten klaarmaken, boodschappen doen en schoonmaken. In navolging van Kempen en Suurmeijer werden de scores op deze schaal gedichotomiseerd, waarbij de oorspronkelijke scores 1 en 2 (1 = verricht deze activiteit zelfstandig en zonder moeite en 2 = verricht deze

activiteit zelfstandig, maar met moeite) werden samengevoegd. Score 3 (alleen met hulp van anderen) bleef ongewijzigd.

Inventarisatie van huidig zorggebruik

Met behulp van 12 vragen werd nagegaan welke vormen van zorg en aanvullende voorzieningen (maaltijden service, personen-alarmering, klussendienst) werden gebruikt, terwijl men op de wachtlijst stond. Met nog een twaalfal vragen werd nagegaan in hoeverre dit alternatief zorgaanbod voldeed aan de behoefte.

Het oordeel over de continuïteit van de zorg

Aan de hand van twaalf vragen werd het oordeel over de aanmelding en de intake gemeten. Er werd bijvoorbeeld gevraagd hoe men oordeelde over de hoeveelheid informatie die men bij de aanmelding kreeg (1 = ruim voldoende, 6 = zeer onvoldoende). Daarnaast waren vragen opgenomen om na te gaan hoe cliënten oordeelden over de continuïteit van zorg die zij gedurende de wachtperiode ontvingen. Deze vragen waren gebaseerd op de QUOTE-vragenlijst (Sixma e.a. 1998) en op de vragenlijst Continuïteit van Zorg (Casparie e.a. 1998).

3.2.3 Data analyse

Vanwege het beschrijvende karakter van dit onderzoek zijn veelal beschrijvende statistische technieken toegepast. In een enkel geval zijn vergelijkingen gemaakt tussen te onderscheiden subgroepen in de populatie. Daar waar het oordeel over de continuïteit wordt gegeven is steeds het percentage minder tevreden cliënten berekend.

3.3 RESULTATEN

3.3.1 De mate van zelfredzaamheid

In tabel 2 is te zien dat 84% van de personen die wachten op een plaats in het verzorgingshuis voor een aantal van de ADL-handelingen afhankelijk zijn van anderen. Daarnaast hebben de meesten, behalve voor de bereiding van een broodmaaltijd ook veelal ondersteuning nodig bij allerlei huishoudelijke activiteiten. Ongeveer tweederde is voor drie of meer huishoudelijke activiteiten op de hulp van anderen aangewezen.

Van de personen die wachten op een plaats in het verpleeghuis zijn vrijwel allen ernstig beperkt in het dagelijks functioneren. Vrijwel iedereen heeft hulp nodig bij het baden of douchen en niemand kan zonder hulp zijn nagels of voeten verzorgen. Bijna driekwart van de personen wachtend op een verpleeghuisplaats heeft bij vijf of meer ADL-functies hulp nodig en 80% van hen is voor vijf of meer HDL-functies aangewezen op de hulp van derden.

Tabel 2 Overzicht van percentage personen op de wachtlijst dat hulp nodig heeft bij ADL- en HDL functies

| | cliënten wachtend op verzorgingshuis | cliënten wachtend op verpleeghuis |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| | n=164 % | n=114 % |
| ADL functies | | |
| 1. in en uit bed stappen | 4 | 47 |
| 2. gezicht en handen wassen | 6 | 44 |
| 3. voeten en nagels verzorgen | 75 | 97 |
| 4. helemaal wassen, baden, douchen | 37 | 90 |
| 5. aan- en uitkleden | 9 | 75 |
| 6. naar de WC gaan | 3 | 54 |
| 7. gaan zitten en opstaan uit een stoel | 4 | 40 |
| 8. binnenshuis verplaatsen op zelfde verdieping | 2 | 37 |
| 9. traplopen | 40 | 69 |
| 10. buitenshuis lopen | 34 | 77 |
| 11. eten en drinken | 2 | 25 |
| totaal aantal ADL beperkingen | | |
| geen | 16 | 0 |
| 1-2 | 50 | 14 |
| 3-4 | 26 | 15 |
| 5-6 | 5 | 23 |
| 7-8 | 2 | 11 |
| 9-11 | 2 | 38 |
| HDL functies | | |
| 1. bed opmaken en verschonen | 52 | 84 |
| 2. licht poetswerk | 30 | 75 |
| 3. de was doen en strijken | 57 | 86 |
| 4. zwaar poetswerk | 86 | 85 |
| 5. broodmaaltijd klaarmaken | 9 | 73 |
| 6. warme maaltijd klaarmaken | 45 | 88 |
| 7. boodschappen doen | 59 | 91 |
| totaal aantal HDL beperkingen | | |
| geen | 9 | 3 |
| 1-2 | 27 | 4 |
| 3-4 | 34 | 13 |
| 5-7 | 31 | 80 |

3.3.2 Oordeel over de intakeprocedure

Alle cliënten die in aanmerking wensen te komen voor verpleging en/of verzorging in een zorginstelling kunnen zich (per telefoon) aanmelden bij een gemeentelijke organisatie die belast is met het stellen van de indicatie. Iedereen kan zich aanmelden en men heeft geen verwijzing nodig van een (huis)arts. Na de aanmelding wordt de intakeprocedure in gang gezet. De cliënt ontvangt een huisbezoek waarbij de benodigde zorg naar aard, inhoud en omvang wordt vastge-

steld. In het onderzoek werd nagegaan hoe de cliënt oordeelt over dit intakebezoek. Onder andere werd nagegaan of men vond dat er ruimte werd gegeven voor eigen inbreng en keuzes tijdens het intake gesprek en hoe de informatievoorziening was. In Tabel 3 zijn de resultaten weergegeven.

De gegevens laten zien dat de cliënt over het algemeen tevreden is over de gelegenheid die men tijdens het intakebezoek krijgt om zijn situatie uiteen te zetten en persoonlijk keuzes kenbaar te maken. Een meerderheid geeft aan dat er rekening wordt gehouden met persoonlijke voorkeuren. Ongeveer een vijfde van de cliënten vindt dat de informatie-verschaffing rondom plaatsing en duur op de wachtlijst onvoldoende is. Men weet niet waarom men op de wachtlijst staat en hoelang de wachttijd zal duren. Ook meldt bijna een derde van de ondervraagde personen dat men vrijwel geen informatie heeft gekregen over de gang van zaken totdat men in een instelling geplaatst kan worden. Men weet bijvoorbeeld niet waar men gedurende deze periode terecht kan wanneer de zorgbehoefte toeneemt of wanneer men vragen of problemen heeft.

Tabel 3 Het oordeel van cliënten ten aanzien van de kwaliteit van de indicatie-procedure.
n=278

| Aspecten van kwaliteit | | voldoende | voldoende/ onvoldoende | onvoldoende |
|---|-------|-----------|---------------------------|-------------|
| | | % | % | % |
| Ruimte om situatie uiteen te zetten en behoeften kenbaar te maken | n=216 | 90 | 7 | 3 |
| Informatie ontvangen over keuzemogelijkheden in de zorg | n=212 | 63 | 20 | 17 |
| Gelegenheid om keuzes kenbaar te maken | n=222 | 75 | 16 | 9 |
| Er wordt rekening gehouden met persoonlijk e wensen en voorkeuren | n=229 | 74 | 12 | 14 |
| Informatieverschaffing over de wachtlijst-procedure | n=248 | 69 | 11 | 20 |
| Informatieverschaffing over het traject tussen indicatiestelling en plaatsing | n=247 | 53 | 14 | 33 |

3.3.3 Aard en omvang van de zorg die cliënten ontvangen terwijl men op de wachtlijst staat

Zoals al bleek in paragraaf 3.3.1 zijn de personen die wachten op een plaats in een zorginstelling doorgaans beperkt in een aantal ADL- en HDL-verrichtingen. Voor de periode dat zij nog niet geplaatst kunnen worden, zijn zij dan ook aangewezen op andere vormen van zorg en hulp. Aan alle respondenten is gevraagd van welke vormen van zorg zij gebruik maken. In Tabel 4 wordt een overzicht gegeven. Bijna tweederde van de personen wachtend op een plaats in het verzorgingshuis doet een beroep op huishoudelijke zorg, welke geleverd wordt door een organisatie voor thuiszorg. Bovendien is 28% van hen voor de persoonlijke verzorging aangewezen op hulp van de thuiszorg en 17% ontvangt zorg van de wijkverpleegkundige. Naast de zorg die gegeven wordt door instellingen voor thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen is er nog

een aantal voorzieningen binnen het flankerend ouderenbeleid waarvan personen met een verzorgingshuis-indicatie gebruik maken. Bijna een kwart van de cliënten die wachten op het verzorgingshuis maakt geen gebruik van de diensten van een zorginstelling. De meesten van hen doen echter wel een beroep op de mantelzorg.

De cliënten op de wachtlijst voor een verpleeghuis lijken minder gebruik te maken van zorg die geboden wordt door de thuiszorginstellingen. Echter hier moet men rekening houden met het gegeven dat bijna de helft van hen al in een instelling verblijft. Ruim een kwart wacht bijvoorbeeld in een verzorgingshuis op een meer intensieve vorm van zorg en een vijfde van de ondervraagden verblijft tijdelijk in het ziekenhuis, omdat hun situatie dermate ernstig is en men via de thuiszorg niet over voldoende zorg kan beschikken. Van de cliënten die thuis wachten op een plaats in het verpleeghuis doen velen een beroep op vaak meerdere diensten van de thuiszorg. Bovendien maakt bijna een kwart van de cliënten voor enkele dagdelen per week gebruik van een dag- of nachtvoorziening. Deze vorm van zorgverlening wordt nogal eens geïndiceerd in die gevallen waarin mantelzorgers erg zwaar belast zijn, bijvoorbeeld in hun zorg aan een dementerende partner. Verblijf in een dag- of nachtvoorziening kan in dergelijke zware situaties enige verlichting geven aan de mantelzorger.

Tabel 4 Zorggebruik van personen op de wachtlijst

| Soort zorg of dienst | cliënten wachtend op verzorgingshuis | cliënten wachtend op verpleeghuis |
|---|---|--------------------------------------|
| | n=164 % | n=114 % |
| Thuiszorg | | |
| Huishoudelijke hulp | 63 | 20 |
| Lichamelijke zorg | 28 | 24 |
| Verpleegkundige zorg | 17 | 11 |
| Dagvoorziening | 12 | 24 |
| Nachtvoorziening | 0 | 3 |
| Aanvullende voorzieningen | | |
| Maaltijd service | 34 | 13 |
| Personen alarmering | 55 | 20 |
| Klussendienst | 17 | 1 |
| Hulpmiddelen | 55 | 26 |
| Mantelzorg | 69 | 79 |
| Tijdelijk verblijf in ziekenhuis of verzorgingshuis | 0 | 46 |

Van de alle 278 respondenten ontving 81% onmiddellijk na de indicatiestelling een vervangend pakket aan zorg om de wachtduur te overbruggen. Voor 7% was niet onmiddellijk doch binnen drie weken een pakket aan zorg geregeld, terwijl het voor de overigen langer dan drie weken duurde voordat zorg was gerealiseerd. Vijfzestig procent van de ondervraagden was tevreden

over de termijn waarop overbruggingszorg gerealiseerd kon worden. De hoeveelheid zorg beoordeelde ongeveer een kwart van de respondenten als onvoldoende. Van de personen die aangeven behoefte te hebben aan meer zorg, ligt die behoefte vooral op het huishoudelijk gebied.

3.3.4 Het oordeel van cliënten over de continuïteit van zorg

Uit het voorgaande blijkt dat cliënten die wachten op intramurale zorg veelvuldig zorg en ondersteuning ontvangen van diverse zorginstellingen. Veel cliënten maken gebruik van thuiszorg en wanneer men wacht op een verpleeghuis wordt ook vaak een beroep gedaan op een dag- of nachtvoorziening. Aan hen is gevraagd een oordeel te geven over een aantal aspecten van deze zorgverlening. In het kader van dit onderzoek is met name aandacht besteed aan aspecten die iets weergeven over de ervaren continuïteit van de zorgverlening.

Tabel 5 Het oordeel van cliënten over de continuïteit van zorg

| kwaliteitsaspecten | wijk verple- ging n=50 | gezins- verzor- ging n=133 | dag/ nacht voorzie- ning n=43 | zieken- huis n=15 | verzor- gings- huis n=43 |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------|-----------------------------------|
| Aantal zorgverleners waar men gemiddeld mee te maken heeft. | 5 | 3 | 5 | 6 | 5 |
| Minder tevreden over het aantal zorgverleners waar men gemiddeld mee te maken heeft | 37% | 15% | 3% | 5% | 23% |
| Minder tevreden over de mate van samenwerking tussen verschillende zorgverleners | 27% | 17% | 3% | 11% | 28% |
| Ervaring dat tegengestelde informatie wordt gegeven | 24% | 19% | 14% | 7% | 19% |
| Ervaring dat zorgverleners langs elkaar heen werken | 30% | 26% | 16% | 20% | 28% |
| Minder tevreden over wisseling van zorgverleners door verloop | 33% | 24% | 3% | 21% | 31% |
| Minder tevreden over de continuïteit van de zorgverlening bij vervanging | 22% | 11% | 0% | 5% | 53% |
| Minder tevreden over antwoorden die men ontvangt bij vragen over de zorgverlening | 14% | 8% | 6% | 5% | 21% |
| De zorg of het zorgproces wordt slechts soms of niet geëvalueerd. | 66% | 69% | 45% | 60% | 63% |
| Minder tevreden over de mate waarin zorgverleners zich houden aan afspraken | 14% | 5% | 3% | 6% | 7% |
| Minder tevreden over de telefonische bereikbaarheid | 26% | 12% | | | |
| Weet niet waar men met klachten terecht kan | 44% | 9% | 33% | 40% | 43% |

In Tabel 5 wordt voor vijf verschillende disciplines een overzicht gegeven van het oordeel van de cliënten ten aanzien van de continuïteit van zorg. Gemiddeld is een kwart van alle cliënten van oordeel dat er binnen een bepaalde discipline door zorgverleners langs elkaar heen wordt gewerkt. Een vijfde van de respondenten is van oordeel dat men nogal eens tegengestelde informatie ontvangt van verschillende zorgverleners. Ongeveer tweederde van de cliënten gaven aan dat zorgverleners slechts zelden of nooit het verloop van het zorgproces aan de orde stellen en zij checken dus ook zeer zelden hoe de cliënt de zorg ervaart en of hij tevreden is. In vier van de vijf genoemde disciplines weten cliënten niet waar zij heen moeten met een klacht. Een gunstig uitzondering is de discipline van de thuiszorg die de cliënten verzorging biedt.

Wanneer het binnen één bepaalde discipline al moeilijk is de continuïteit van zorg te bewaken, dan is het zeker voorstelbaar dat deze gevaar loopt wanneer meerdere disciplines betrokken zijn bij de zorg aan een cliënt. In het voorgaande zagen we al dat een cliënt binnen een type zorg al met drie tot zes verschillende zorgverleners te maken heeft. Daarbij wordt uitgegaan van een 'gewone' situatie, dus zonder extra wisselingen door verloop in personeel en ziekte of vakantie van zorgverleners. Het kan dus voorkomen dat een cliënt, die naast verpleging en verzorging thuis ook gebruik maakt van een dag- of nachtvoorziening met 15 verschillende zorgverleners te maken heeft. Het spreekt voor zich dat juist in deze situaties een goede coördinatie en afstemming van de zorg een voorwaarde is voor continuïteit.

Aan de cliënten die uit verschillende bronnen zorg ontvangen is daarom gevraagd hoe zij oordelen over de continuïteit van de zorg. De gegevens staan weergegeven in Tabel 6.

Tabel 6 Het oordeel van cliënten over de continuïteit van zorg als meerdere disciplines betrokken zijn

| Kwaliteitsaspecten | Samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging | Samenwerking tussen zorgverleners van de thuiszorg en zorgverleners van de dag- of nachtvoorziening |
|--|--|---|
| | n=32 | n=34 |
| Minder tevreden over de samenwerking | 33% | 44% |
| Ervaring dat tegengestelde informatie wordt gegeven door de zorgverleners van de verschillende disciplines | 12% | 7% |
| Ervaring dat zorgverleners van verschillende disciplines langs | 32% | 20% |
| Onduidelijke taakverdeling tussen zorgverleners van verschillende disciplines | 7% | 26% |
| Onduidelijk wie de zorg coördineert | 18% | 13% |

De samenwerking tussen de twee verschillende disciplines van de thuiszorg laat volgens de ondervraagden in een derde van de gevallen iets te wensen over. Het blijkt bijvoorbeeld dat zorgverleners van verschillende disciplines langs elkaar heen werken. Voor de meeste zorggebruikers blijkt de taakverdeling tussen de zorgverleners van de wijkverpleging en de gezinsverzorging wel duidelijk te zijn, echter 18% weet niet bij wie de coördinatie van zorg in handen is. Cliënten die zorg ontvangen van de thuiszorg en van een dag- of nachtvoorziening blijken gemakkelijk met een gebrek aan continuïteit te maken te krijgen. Vierenveertig procent is dan ook minder teverden over de samenwerking tussen de zorgverleners uit de verschillende instellingen. Voor een kwart van de respondenten was het niet duidelijk hoe de taken tussen de verschillende disciplines waren verdeeld en een vijfde vond dat de zorgverleners uit de verschillende disciplines langs elkaar heen werkten.

3.4 DISCUSSIE

In dit onderzoek werd nagegaan hoe cliënten de continuïteit van zorg ervaren wanneer zij op de wachtlijst staan voor een plaats in het verzorgingshuis of verpleeghuis. Meer specifiek is nagegaan hoe cliënten oordelen over de indicatie-procedure en over het pakket van overbruggingszorg dat hen wordt aangeboden.

3.4.1 Een overzicht van de resultaten

Hoewel cliënten aangeven over het algemeen tevreden te zijn met de wijze waarop de indicatiestelling tot stand komt, blijken zij toch meer behoefte te hebben aan informatie over de wachtlijst-procedures, alsmede informatie over waar men terecht kan wanneer zich gedurende de wachtperiode problemen voordoen. Informatie daarover wordt als zeer belangrijk beschouwd, te meer omdat de wachtperiode voor een verzorgingshuis kan oplopen tot meerdere jaren.

De zorg die aan cliënten wordt geboden ter overbrugging van de wachtperiode is doorgaans snel na de indicatiestelling gerealiseerd. Deze zorg voldoet in het algemeen aan de behoefte. Slechts een minderheid van de wachtenden heeft behoefte aan uitbreiding van deze zorg. Deze ligt doorgaans op huishoudelijk gebied. Op grond van deze resultaten zou men kunnen concluderen dat er voor deze groep cliënten voldoende zorg ter overbrugging is. Daarmee wordt een gerelateerd probleem onderbelicht. Immers een aanzienlijk deel van de cliënten die wacht op zorg in een verpleeghuis verblijft in een ziekenhuis, omdat hun situatie om meer zorg vraagt dan de reguliere mogelijkheden bieden. Er wordt in dit verband wel gesproken van de "verkeerde-bed-problematiek". Een 'verkeerd bed' wordt omschreven als een bed dat door een cliënt in een ziekenhuis wordt bezet, in afwachting van een opname in een verpleeghuis (Spreeuwenberg, 1991). Het hoeft geen betoog dat het verkeerd gebruiken van ziekenhuisbedden niet correct aansluit op de behoefte van de cliënt. Bovendien wordt daarmee een efficiënt gebruik van de gezondheidszorg in de weg gestaan.

Wanneer cliënten zorg uit verschillende bronnen ontvangen ontstaat het gevaar dat deze versnipperd raakt. Echter een gebrek aan continuïteit werd eveneens geconstateerd wanneer de zorg door verschillende zorgverleners binnen een discipline werd verleend. Een opmerkelijke bevinding was bijvoorbeeld dat zorgverleners zelden of nooit het verloop van de zorg bespreken. Daarmee laat men een kans liggen om de continuïteit van zorg te bewaken en de cliënt uitleg te geven en te informeren over hoe zaken zijn geregeld. Bovendien betekent dit resultaat dat er te weinig wordt gecheckt of de zorg nog wel goed is afgestemd op de individuele wensen van de cliënt en of de cliënt tevreden is met de geboden zorg.

3.4.2 Methodologische kanttekeningen

Hoewel dit onderzoek veel informatie heeft opgeleverd, is een aantal kanttekeningen te maken bij de methode van onderzoek. De data werden verzameld via een telefonisch enquête. Dit heeft wellicht tot enige selectie geleid in de onderzoeksgroep. Omdat de respondenten eerst via een schriftelijke uitnodiging werden gevraagd om te reageren en vervolgens pas telefonisch benaderd konden worden, is het denkbaar dat de meest hulp-behoevende groep, die niet in staat was schriftelijk te reageren en ook geen beroep kon doen op mantelzorg, is ondervertegenwoordigd. Dat betekent dat er over bepaalde onderwerpen, bijvoorbeeld de "verkeerde-bed-problematiek", geen algemene conclusies kunnen worden getrokken uit de onderzoeksgegevens. Een ander methodologisch probleem betreft de conceptuele validiteit van de gegevens waarmee werd nagegaan of cliënten tevreden waren over de zorg waarmee de wachtduur werd overbrugd. In diverse onderzoeken kwam aan het licht dat cliënten doorgaans een zeer positieve mening hebben wanneer hen om hun oordeel over de verleende zorg wordt gevraagd (Van Campen e.a. 1992, Van Campen e.a., 1995). Deze 'tevredenheid' lijkt discutabel en herhaaldelijk rijst de vraag: "is er wel goed gemeten?". In veel gevallen blijkt dat dankbaarheid en de wens niet als 'overmatig kritisch' of 'zeurend' te worden bestempeld er toe te leiden dat cliënten sociaal wenselijke antwoorden geven (De Heer e.a. 1988; Visser 1988). Op dit probleem werd geanticipeerd door de werkwijze van het Quote-instrument te volgen (Sixma e.a. 1998), en te vragen naar specifieke en feitelijke ervaringen met de zorg. Echter sommige indicatoren worden ook in het dagelijks leven zodanig positief gewaardeerd dat sociaal wenselijke antwoorden niet altijd te voorkomen zijn geweest.

3.4.3 Aanbevelingen

Zoals al in de inleiding van dit hoofdstuk werd vermeld is de zorgsector enorm in beweging. Naast een krapte in het zorgaanbod wordt gewerkt aan een onafhankelijke indicatiestelling. Bovendien hebben samenwerkende instellingen zich niet onbetuigd gelaten in de strijd tegen de wachtlijsten. Men ontwikkelt initiatieven en nieuwe zorgproducten die cliënten moeten helpen de periode op de wachtlijst te overbruggen. Tegen deze achtergrond maakt het hier beschreven onderzoek zichtbaar hoe cliënten de zorgverlening in het algemeen en de continuïteit van zorg in het bijzonder ervaren gedurende de periode dat zij op de wachtlijst staan. De onderzoeksresultaten maken tevens zichtbaar op welk gebied verbeteringen mogelijk zijn. De meest belangrijke voorwaarde om kwaliteit van zorg en daarmee ook continuïteit van zorg te waarborgen is een goede informatievoorziening aan de cliënt vanaf de aanvang van het zorgproces, dus ook bij de aanmelding en de indicatiestelling. Immers als iemand na een objectief gestelde indicatie aanspraak kan maken op een bepaald type zorg dan dient hij juist geïnformeerd te zijn waarom de aanspraak op zorg niet volgens de indicatiestelling geldend gemaakt kan worden. Voorts is het van het grootste belang dat de cliënt een aanspreekpunt heeft, waar hij bij voorkomende problemen terecht kan gedurende de periode die ligt tussen de indicatiestelling en de realisering van de zorg. Een belangrijk onderwerp van informatie is de klachtenprocedure bij zowel organisaties die de indicatiestelling verzorgen als bij de zorginstellingen. Een klachtenprocedure is van overheidswege verplicht gesteld. Elke zorginstelling beschikt ook over een procedure zoals uit eerder onderzoek bleek (Caris-Verhallen e.a. 2000). Echter ook hierover blijken cliënten niet goed geïnformeerd te zijn. Tot slot is een punt van aandacht het overleg tussen zorgverlener en zorgontvanger gedurende het zorgproces. Wanneer een cliënt en zorgverlener op gelijkwaardige voet met elkaar omgaan dan dient de zorgverlener de cliënt van alle relevante informatie in het zorgproces te voorzien. Het verloop van de zorgverlening en het oordeel van de cliënt daarover dient regelmatig te worden besproken. Regelmatig informatie en uitleg geven aan de cliënt kan er toe bijdragen dat deze het zorgproces als continu ervaart.

Literatuur

- Beemsterboer, W.G.M. (2000) De ratio van de RIO's: meerwaarde van onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* **78**, 238-243.
- Campen C Van, Friele R.D. & Kerssens J.J. (1992) Methods for assessing patient satisfaction with primary care: Review and annotated bibliography. Utrecht: NIVEL.
- Campen C, Van, Sixma H., Friele R.D., Kerssens J.J. & Peters L. (1995) Quality of care and patient satisfaction: A review of measuring instruments. *Medical Care Research and Review*, **52** (1), 109-133.
- Caris-Verhallen, W.M.C.M. Laurant, M.W., de Veer, A.J.E. Kerkstra, A. (2000) Kwaliteitsactiviteiten in de sector verpleging en verzorging in Amsterdam en Utrecht. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* (in druk).
- Casparie A.F., Foets M., Raaijmakers M.F., Bakker D.H. de, Schneider M.J., S terkenburg P.S., Janssen C.G.C., Bijman-Schulte E.A.M., Bakker R.H., Moorer P., Dassen TH.W.N., Suurmeijer TH.P.B.M. (1998) Vragenlijst continuïteit van zorg vanuit patiëntenperspectief, handleiding. Amsterdam: VU/ Utrecht: NIVEL /Groningen: NCG, RUG.
- CBS (1999) Vademecum of health Statistics of the Netherlands. CBS, Voorburg/Heerlen.
- Commissie Referentiekader Verpleging en Verzorging (1995) Referentiekader Verpleging en Verzorging regio Amsterdam, Amsterdam
- Glendinning C. (1998) Convergence or diversity in the provision of long-term care for frail older people. In Glendinning C., editor. *Rights and realities: comparing new developments in long-term care for older people*. The Policy Press, Bristol.
- Heer A. de, Visser A.P.H., Visschedijk H. (1988) De tevredenheid van de dankbare patiënt in het ziekenhuis. In: A.P.H. Visser (ed.) *Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten, doel, methode en beleid*. De Tijdstroom, Lochem.
- Kempen G.I.J.M., Suurmeijer T.P.B.M. (1990) The development of a hierarchical polychotomous ADL-IADL scale for noninstitutionalized elders. *The gerontological Society of America*. **30** (4), 497-502.
- Ministerie van VWS (1994) *Modernisering Ouderenzorg*. Den Haag: SDU.
- Ministerie van VWS (1999a) *Zorgnota 2000*. Den Haag: SDU
- Ministerie van VWS (1999b) *Plan van aanpak. Wachlijsten in de Verpleging en Verzorging*. Den Haag: SDU
- Meijer A. (1998) *Nursing homes in Europe: a comparative study of the organization and financing of nursing homes in five European countries*. Wageningen: Universiteit Wageningen
- Ribbe M.W. (1994) Care for the elderly: The role of the Nursing Home in the Dutch Health Care System. *International Psychogeriatrics* **5** (2), 213-222.
- RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) (1997) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: VII Gezondheid en zorg in de toekomst Bilthoven* : RIVM.
- Shortell S.M. (1976) Continuity of medical care: conceptualization and measurement. *Medical Care* **14** (5), 377-391.

Sixma H., Campen C. Van, Kerssens J.J., Peters L. (1998). De QUOTE vragenlijsten: kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten. NIVEL Utrecht, NWO, VWS, Den Haag.

Spreeuwenberg C. (1991) Het verkeerde bed. Medisch Contact 46 (7), 195.

Staatsblad Van Het Koninkrijk Der Nederlanden (1997) Zorgindicatiebesluit, 447, 1-24.

Visser A.P.H. De meting van de tevredenheid van ziekenhuispatiënten: Ontwikkeling en betekenis van een vragenlijst in: A.P.H. Visser (ed.) Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten, doel, methode en beleid. De Tijdstroom, Lochem, 1988.

Hoofdstuk 4

KWALITEIT EN CONTINUÏTEIT IN DE ZORGCETEN IN AMSTERDAM

De gegevens uit dit hoofdstuk zijn bewerkt tot de publicaties:

Caris-Verhallen WCM Kwaliteit in de zorgketen in Amsterdam. *Kwaliteit in Beeld*, 1999, 4: 6-9.

Caris-Verhallen WCM Ketenzorg en ketenkwaliteit. *ANBO Themanummer Gezondheidszorg*, 1999,4:1-4.

SAMENVATTING

In het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg staat het begrip ketenzorg de laatste jaren zeer in de belangstelling. Met kwaliteit in de zorgketen beoogt men onder meer dat verschillende onderdelen van zorg, die door meerdere zorgverleners en soms ook door meerdere instellingen worden geleverd, goed op elkaar afgestemd zijn, zodat het totale pakket aan zorg door de cliënt als één geheel wordt ervaren. Wanneer instellingen gezamenlijk zorgen voor het bewaken van kwaliteit van de gehele zorgketen, kan men spreken van ketenkwaliteit.

Dit artikel gaat in op ketenzorg en ketenkwaliteit. Er wordt beschreven hoe in Amsterdam een Referentiekader Verpleging en Verzorging tot stand is gekomen waarin men niet alleen ijvert voor kwaliteitssystemen binnen de afzonderlijke instellingen, maar zich ook nadrukkelijk richt op het tot stand komen van samenhang in de zorgketen en het waarborgen van 'ketenkwaliteit'. Vervolgens wordt verslag gedaan van een onderzoek met als doel de instellingen in Amsterdam feedback te geven over de vooruitgang die zij boeken sinds het kwaliteitskader werd gepresenteerd.

Er hebben 56 zorginstellingen deelgenomen aan het onderzoek. Informatie over kwaliteitsactiviteiten binnen instellingen en in de samenwerking tussen instellingen werd verzameld via schriftelijke enquêtes en mondelinge interviews.

De resultaten laten zien dat de meeste zorginstellingen vorderingen maken met de invoer van een geformaliseerd kwaliteitsbeleid. Verder geven instellingen aan een externe oriëntatie te ontwikkelen. Men kiest voor samenwerking om de continuïteit van zorg te bewaken, met name voor situaties waar cliënten met meerdere zorgaanbieders te maken hebben.

4.1 INLEIDING

Binnen het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg is de interesse voor de zorgketen de laatste tijd meer centraal komen te staan. Dat komt omdat zorginstellingen in toenemende mate te maken krijgen met een complexe zorgvraag van cliënten (Degen & Huijsman 1999). Om daar goed op in te kunnen spelen wordt de zorg vaak door meerdere zorgaanbieders aangeboden. Cliënten ontvangen dan zorg van meerdere zorgverleners afkomstig uit meerdere zorginstellingen. Er zijn bijvoorbeeld cliënten met een verpleeghuisindicatie, die op de wachtlijst staan, en gespecialiseerde zorg thuis krijgen, of tijdelijk in een verpleegunit van het verzorgingshuis verblijven. Met name wanneer zorgverleners van verschillende instellingen betrokken zijn bij de zorg is samenhang in de zorgketen belangrijk.

De vraag naar zorg in ketens komt niet alleen voort uit een toenemende complexiteit in zorgbehoefte, maar ook uit de groeiende maatschappelijke wens om vraaggestuurde zorg. Bij vraaggestuurde zorg is het van belang dat zorginstellingen hun aanbod zo inrichten, dat cliënten diensten krijgen op de tijd en plaats, door de personen en tegen de kwaliteit die zij wensen (Boon, 1997). Om aan deze vraag te voldoen dienen zorgketens gecreëerd te worden. Daarmee wordt een traject bedoeld dat een specifieke categorie cliënten binnen één of meerdere instellingen doorloopt. De cliënt heeft daarbij dus met verschillende zorgverleners en vaak ook met meerdere afdelingen of instellingen te maken. In de zorg voor chronisch zieken en in de ouderenzorg verbinden vooral thuiszorgorganisaties, verzorgings- en verpleeghuizen zich tot zorgketens (Huijsman, 1998). Echter ook het traject dat iemand doorloopt vanaf een aanvraag voor een verpleeghuis tot aan het moment dat men opgenomen wordt kan men beschouwen als een keten. Zorginstellingen leveren meestal een beperkt deel van de totale keten aan zorg. Een regionaal indicatie-orgaan (RIO) verricht de indicatie, thuiszorginstellingen zorgen voor de overbrugging van een wachtlijstperiode, en uiteindelijk wordt de cliënt opgenomen in het verpleeghuis. Om in zo'n traject continuïteit en constante kwaliteit te waarborgen is het niet voldoende dat zorginstellingen interne kwaliteitssystemen ontwikkelen. Zij zullen daarnaast ook oog moeten houden voor het kwaliteitsbeleid bij andere instellingen in de zorgketen en zich dus moeten richten op ketenkwaliteit.

4.1.1 Ketenkwaliteit

Met ketenkwaliteit wordt bedoeld het aanbrengen van samenhang in het kwaliteitsbeleid van de verschillende gezondheidszorginstellingen (NRV, 1995). Uit het bovenstaande kunnen twee belangrijke voorwaarden worden afgeleid waaraan voldaan dient te worden om ketenkwaliteit te kunnen bieden:

- Instellingen dienen een externe oriëntatie te ontwikkelen, gericht op samenwerking en afstemming met andere zorgaanbieders. Daarmee kunnen zij continuïteit en kwaliteit van zorgprocessen waarborgen, bijvoorbeeld door gemeenschappelijke richtlijnen, standaarden en protocollen te formuleren (Frissen & Van der Lans, 1995).
- Het kwaliteitsbeleid van instellingen dient transparant te zijn, zodat samenwerkingspartijen zicht hebben op de wijze hoe een instelling kwaliteit realiseert.

4.1.2 Het Referentiekader Verpleging en Verzorging in Amsterdam

Ingegeven door de maatschappelijke wens van ketenzorg ziet men momenteel in zorginstellingen zowel op instellingsniveau als regionaal niveau allerlei initiatieven plaatsvinden gericht op aanbrengen van samenhang in de zorg. Zo werd in Amsterdam door vertegenwoordigers van alle bij de verpleging en verzorging betrokken partijen het 'Referentiekader Verpleging en Verzorging' opgesteld. Daarin hebben zorgaanbieders, cliëntorganisaties, verzekeraar en gemeente een zestal uitgangspunten voor het zorgproces geformuleerd (zie Appendix). Van elk uitgangspunt zijn de consequenties omschreven voor de verschillende fasen en niveaus in het zorgproces. Op grond daarvan zijn kwaliteitseisen voor de functies verpleging en verzorging opgesteld. Het ontwikkelde raamwerk van eisen voor de functies verpleging en verzorging biedt aanknopingspunten bij de ontwikkeling van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid. Daarbij wordt benadrukt dat in de zorgverlening de belangen van de cliënt

elkaar zijn afgestemd. Het Referentiekader richt zich dus, naast kwaliteitsactiviteiten binnen de afzonderlijke instellingen, ook uitdrukkelijk op het aanbrengen van meer samenhang binnen de sector verpleging en verzorging, dus op het tot stand komen van ketenkwaliteit.

4.1.3 Doel van het onderzoek

Met het verschijnen van het Referentiekader Verpleging & Verzorging ontstond in Amsterdam de behoefte aan een overzicht in welke mate activiteiten gericht op samenhang in de zorg al gestalte hebben kregen. Het doel van het hier beschreven onderzoek is na te gaan welke activiteiten men onderneemt binnen instellingen en in de samenwerking tussen instellingen om de kwaliteit in het algemeen te verbeteren en meer specifiek ketenzorg tot stand te brengen. De gegevens van het onderzoek worden gerapporteerd aan de instellingen in Amsterdam met als doel feedback te verschaffen over de voortgang die geboekt is sinds het Referentiekader Verpleging en Verzorging werd gepresenteerd.

De volgende onderzoeksvragen hebben centraal gestaan:

1. Hoe ziet het (intern) kwaliteitsbeleid van instellingen eruit en hoe ontwikkelt zich dit? In het bijzonder wordt aandacht besteed aan voorwaarden om ketenzorg tot stand te brengen, zoals transparantie van het kwaliteitsbeleid en een externe oriëntatie.
2. Welke activiteiten gericht op ketenkwaliteit ondernemen samenwerkende instellingen op stedelijk of regionaal niveau?

4.2 METHODE

Om de ontwikkeling van ketenzorg goed in kaart te brengen zijn er in twee achtereenvolgende jaren, najaar 1997 en 1998, gegevens verzameld. Door middel van de een schriftelijke vragenlijst is bij alle zorginstellingen informatie verzameld over aspecten van interne kwaliteitssystemen: kwaliteitsbeleid, protocollering van producten en diensten, cliëntenparticipatie en externe oriëntatie (Wagner et al. 1995). De vragenlijst werd ingevuld door een lid van de directie of het management of door een kwaliteitsfunctionaris. Inzicht in regionale samenwerking binnen de verpleging en verzorging werd verkregen door middel van interviews bij vertegenwoordigers van stedelijke en regionale (koepel)organisaties en samenwerkingsverbanden, zoals stedelijke organisatie van de thuiszorg, de koepelorganisaties van verpleeg- en verzorgingshuizen, de indicatie-organen, cliëntenorganisaties, zorgverzekeraar¹ en de gemeentelijke overheid (Zie kader 1 in hoofdstuk 2 voor een overzicht van de organisatie van de zorgsector in Amsterdam).

4.2.1 Onderzoekspopulatie en respons

De vragenlijst is in de maanden september van '97 en '98 verzonden naar 56 zorginstellingen in Amsterdam. Bij de eerste meting was de respons 82% (n=46). Bij de tweede meting was de respons 66%.

Interviews werden gehouden met de secties verpleeghuizen en verzorgingshuizen van de SIGRA, Amsterdam Thuiszorg, de zorgverzekeraar, de gemeente, de Stichting Tot en Met die verantwoordelijk is voor de indicaties voor verpleging en verzorging, de Regionale SamenwerkingsVerbanden (RSV's) en de indicatiebureaus voor de thuiszorg. Bij de eerste meting zegden alle benaderde personen hun medewerking toe en er werden 18 interviews gehouden. Bij de tweede meting werden vanwege verschillende reorganisaties 15 personen benaderd voor een

¹Bij de ontwikkeling van het Referentiekader Verpleging & Verzorging was ZAO-zorgverzekeringen betrokken. Deze zorgverzekeraar van de AGIS-groep, voert de functie van Zorgkantoor Amsterdam uit (ZKA), en is als zodanig met ingang van 1 Januari 1998 verantwoordelijk voor de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) voor de inwoners van Amsterdam.

interview. Bij één RSV werd geen medewerking voor een interview verkregen, derhalve werden 14 interviews afgenomen.

4.2.2 Dataverwerking en analyse

Het vragenlijstonderzoek is een populatie-onderzoek, omdat alle instellingen van de doelgroep zijn ondervraagd. Vanwege het beschrijvende karakter is met name gebruik gemaakt van rechte tellingen en vergelijkingen tussen eerste en tweede meting. Omdat niet van alle instellingen de gegevens van beide metingen bekend zijn wordt bij de rapportage uitgegaan van 32 instellingen.

Alle interviews zijn met behulp van een cassette-recorder opgenomen en vervolgens is een verslag gemaakt, dat ter autorisatie aan de geïnterviewden is voorgelegd. Vervolgens zijn de gegevens per onderwerp met een tekstverwerker gesorteerd, waarmee een overzicht is gekregen van de ervaringen, werkwijze en mening van de verschillende geïnterviewden betreffende de onderwerpen.

4.3 RESULTATEN

4.3.1 Kwaliteitsbeleid in instellingen

In zijn algemeenheid richten veel organisaties hun kwaliteitsbeleid op het personeel. Deskundige zorgverleners worden als belangrijke factor gezien voor zorgverlening die doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht dient te zijn. In tweederde van de instellingen stimuleert men de medewerkers om zich vakinhoudelijk te ontwikkelen (Tabel 1). Ook scholing en deskundigheidsbevordering spelen een belangrijke rol in het voeren van kwaliteitsbeleid. In ongeveer de helft van de instellingen geven de directie en het management expliciet sturing aan medewerkers door het bewaken van kwaliteitsplannen en door het toetsen van- en feedback geven aan medewerkers. Wanneer men de gegevens van de twee metingen vergelijkt ziet men dat het kwaliteitsbeleid ter stimulering van de kwaliteitsbewaking en -verbetering zeer beperkt is toegenomen. Een toename is vooral te zien in het aantal instellingen waar een kwaliteitsfunctionaris is aangesteld ($\pm 20\%$). Er wordt iets vaker een apart budget voor het kwaliteitsbeleid ingezet en medewerkers worden meer in staat gesteld om in werktijd deel te nemen aan kwaliteitsactiviteiten.

In het tweede deel van Tabel 1 is te zien dat bij de selectie van nieuw personeel in mindere mate aandacht wordt besteed aan positieve attitude t.o.v. van kwaliteitszorg. Met de gegevens wordt niet duidelijk of dit te maken heeft met de krapte op de arbeidsmarkt.

De sturing van het kwaliteitsbeleid door de directie en het management (derde deel tabel 1) is ongeveer gelijk gebleven. Een stuurgroep 'kwaliteit' en kwaliteitscommissies zijn in aantal afgenomen. Dit hoeft niet te betekenen dat het kwaliteitsbeleid minder aandacht heeft, maar men kan in een andere fase van ontwikkeling zijn terechtgekomen, waarin het bestaan van een stuurgroep minder functioneel is geworden omdat het kwaliteitssysteem geïmplementeerd is. Ook kan het zijn dat een kwaliteitsfunctionaris functies van een stuurgroep of commissie heeft overgenomen.

Tabel 1 Aantal instellingen met maatregelen op het gebied van personeelsbeleid (N=32)

| Maatregelen | 1997 | 1998 |
|---|------|------|
| Voorzieningen ter stimulering van activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering | | |
| | % | % |
| medewerkers worden gestimuleerd zich vakinhoudelijk te ontwikkelen | 69 | 66 |
| medewerkers kunnen in werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten | 50 | 69 |
| aanstelling kwaliteitscoördinator/functionaris | 38 | 56 |
| instelling stuurgroep kwaliteit | 41 | 38 |
| instelling kwaliteitscommissie of werkgroepen | 56 | 50 |
| apart gereserveerd budget voor kwaliteitszorg | 9 | 16 |
| externe ondersteuning | 25 | 28 |
| Selectie en scholing van personeel | | |
| scholing, deskundigheidsbevordering leidinggevenden & management | 69 | 75 |
| scholing, deskundigheidsbevordering medewerkers en professionals | 78 | 75 |
| selectie nieuw personeel met positieve attitude t.o.v. van kwaliteitszorg | 59 | 50 |
| nieuwe medewerkers scholen in kwaliteitsbewaking/-verbetering | 22 | 13 |
| deskundigheidsbevordering n.a.v. prioriteiten in kwaliteitsbeleid | 53 | 63 |
| deelname aan kwaliteitsprojecten verplicht | 25 | 28 |
| Sturing van kwaliteitsbeleid | | |
| Verwachtingen aangeven aan personeel betreffende kwaliteitsbeleid | 75 | 75 |
| Toetsen medewerkers betreffende afspraken inzake kwaliteitsbeleid | 53 | 44 |
| Bewaken van afdelingsvoorzieningen werkplannen | 44 | 50 |
| Systematische feedback personeel mbt. bereikte resultaten in kwaliteitszorg | 56 | 56 |
| Sancties bij niet nakomen van kwaliteitsbeleid | 3 | 0 |
| Geven van incentives | 9 | 9 |

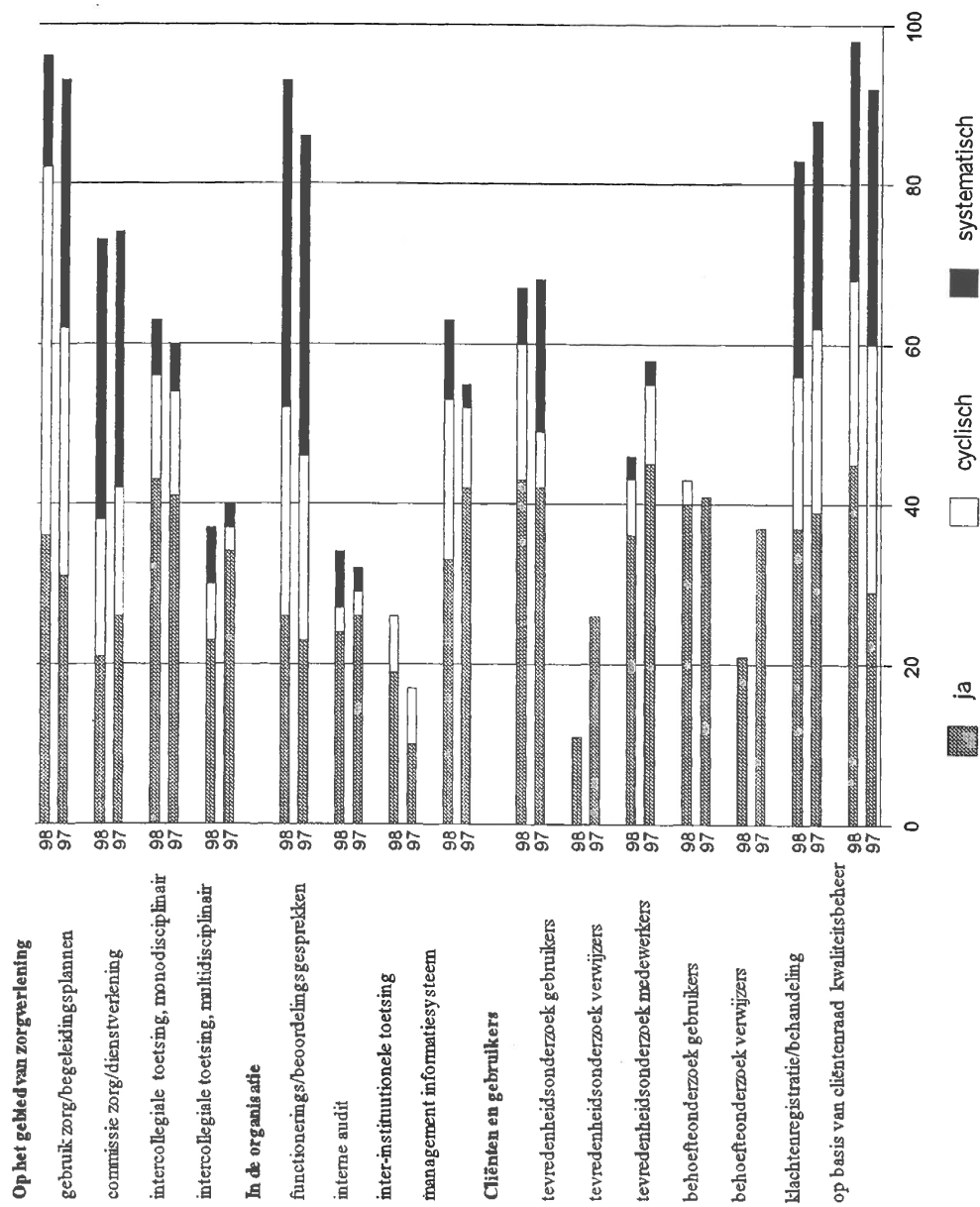
Kwaliteitsdeelsystemen

Om de kwaliteit te bewaken hoeft niet altijd een volledig kwaliteitssysteem te zijn geïmplementeerd. Door middel van de vragenlijst is nagegaan welke activiteiten, die deel uit kunnen maken van een kwaliteitscyclus, worden toegepast in de organisaties. Deze zijn voor de beide metingen grafisch weergegeven in figuur 1. In de weergave is een onderscheid gemaakt naar de fase waarin het deelsysteem zich bevindt. Er is onderscheid gemaakt in toepassing (ja), toepassing volgens de kwaliteitskringloop van normeren, meten, evalueren, verbeteren (cyclisch) en inbedding in een kwaliteitssysteem van de instelling (systematisch).

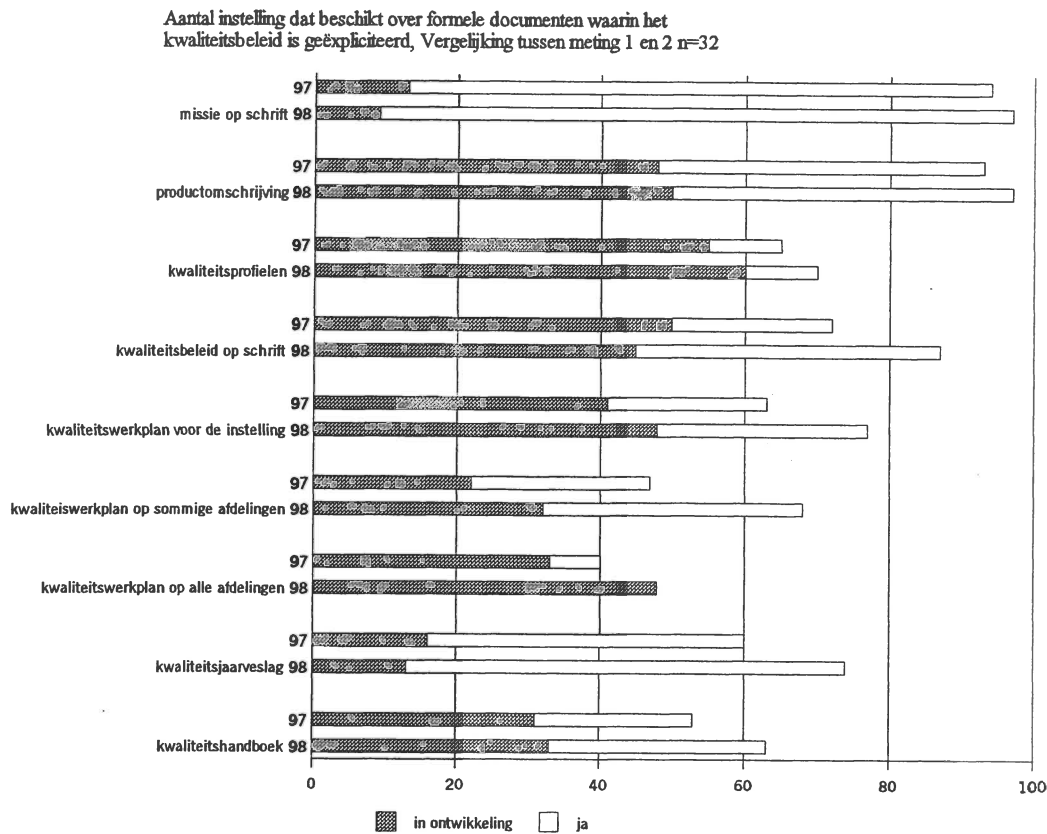
Op het gebied van de zorgverlening worden in vrijwel alle instellingen zorg- of begeleidingsplannen gebruikt (Figuur 1). In absoluut aantal is het instellingen dat daarmee werkt slechts beperkt gegroeid. Wanneer men de fase van implementatie bekijkt is te zien dat deze in toenemende mate worden opgenomen in de kwaliteitscyclus. Op het niveau van de organisatie zijn functioneringsgesprekken het meest ingeburgerd. Deze waren bij beide metingen in ongeveer 40% van de instellingen ingebed in het kwaliteitssysteem. In het derde deel van Figuur 1 is te zien dat cliëntenraden in grotere mate betrokken worden bij het kwaliteitsbeheer. In 1998 was dat nog bij één instelling niet het geval. Hoewel een beperkte groei is waar te nemen betreft slechts een klein aantal instellingen verwijzers bij behoefte en tevredenheidsonderzoek.

figuur 1 Vergelijking van percentages van instellingen waar activiteiten plaatsvinden om kwaliteit te beheersen, te bewaken of te verbeteren, meting 1 en meting 2 n=32

Aktiviteiten



Figuur 2
 Transparantie van het kwaliteitsbeleid



Figuur 2 laat zien dat in 1998 het beleid ten aanzien van kwaliteit verder is geformaliseerd. Vrijwel alle deelnemende instellingen hebben hun missie op schrift. Tevens zien we een groei in het vaststellen van het kwaliteitsbeleid en worden in toenemende mate kwaliteitswerkplannen geformuleerd. In 1997 werd door 60% van de instellingen aan een kwaliteitsjaарverslag gewerkt. Daarin legt men verantwoording af van het kwaliteitsbeleid dat men voert. In 1998 lag dit percentage op 74%. Hoewel het aantal kwaliteitsjaарverslagen wel stijgt voldoet nog 26% niet aan deze door de kwaliteitswet gestelde verplichting.

Transparantie wordt ook verhoogd door het ontwikkelen van protocollen oftewel het beschrijven van de ideale wijze en volgorde waarop een handeling of proces wordt uitgevoerd, met als doel een constante kwaliteit te waarborgen. In najaar 1997 geeft 34% van de instellingen aan in de hele organisatie protocollen te hanteren. In 47% van de organisaties heeft men protocollen op meerdere afdelingen, en in 9% van de organisaties zijn protocollen in ontwikkeling. In slechts 2 van de 32 organisaties heeft men nog geen enkel protocol ontwikkeld. Tijdens de meting van 1998 blijkt het gebruik van protocollen iets te zijn toegenomen. In 42% van de organisaties zijn deze door de hele organisatie ingevoerd, terwijl 45% protocollen heeft op meerdere afdelingen en 7% werkt aan de ontwikkeling ervan. In één organisatie (3%) wordt nog niet aan protocollen gewerkt (niet in figuur of tabel).

Het soort protocollen waar men mee werkt staat weergegeven in tabel 2. Wanneer we naar de twee metingen kijken zien we een wisselend beeld in het gebruik van protocollen waar het handelingen, behandelingen, hulpmiddelen en kritische momenten in het zorgproces betreft.

Soms is het gebruik van protocollen toegenomen en soms afgenomen. Protocollen die gericht zijn op bevordering van continuïteit zijn in de meeste gevallen toegenomen. In najaar 1998 gebruikt men in ruim 80% van de organisaties een protocol om de cliënt door het zorgproces te begeleiden. Ook wordt de cliënt meer betrokken bij opstelling en evaluatie van het zorgplan.

Tabel 2 Welke protocollen worden in instellingen gehanteerd? (n=32)

| Protocollen | 1997 | 1998 |
|--|------|------|
| | % | % |
| gericht op specifieke behandeling/begeleiding/verrichting | 72 | 66 |
| voor specifieke doelgroepen en diagnoses | 47 | 41 |
| voor voorbehouden handelingen | 69 | 75 |
| voor het gebruik van medische hulpmiddelen | 63 | 50 |
| voor kritische momenten in zorgproces | 38 | 50 |
| voor routing van cliënt van aanmelding tot afsluiting van zorg | 66 | 81 |
| voor situaties waarin niet direct kan worden voldaan aan indicatiestelling | 13 | 13 |
| voor voorlichting cliënt over wachtlijstperiode | 31 | 19 |
| voor voorlichting aan cliënt over zorgverleningsproces | 47 | 53 |
| voor voorlichting aan cliënt over klachten/geschillenregeling/ombudsfunctie | 47 | 66 |
| voor inspraak cliënt bij opstellen/evalueren zorgplan | 50 | 56 |
| voor geschillen en klachten | 81 | 81 |
| voor onderlinge samenwerking binnen instelling over informatie-uitwisseling | 50 | 53 |
| voor onderlinge samenwerking binnen instelling voor overlegsituaties | 47 | 41 |
| voor onderlinge samenwerking binnen instelling voor zorgcoördinatie | 47 | 50 |
| voor overdracht naar andere zorgverlener binnen de instelling | 25 | 34 |
| voor samenwerking met zorgverleners buiten instelling voor info-uitwisseling | 19 | 31 |
| voor samenwerking met zorgverleners buiten instelling voor overlegsituaties | 19 | 25 |
| voor samenwerking met zorgverleners buiten instelling voor zorgcoördinatie | 19 | 22 |
| voor overdracht naar andere zorgverlener buiten instelling | 28 | 38 |

Externe oriëntatie en ketengerichtheid

In figuur 3 wordt weergegeven in welke mate kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten zich beperken tot de afdeling en instelling of juist tot over de grenzen van de instelling gericht zijn. De gegevens worden over 1997 en 1998 gepresenteerd. Om een duidelijk overzicht te krijgen is de oorspronkelijke 5-puntsschaal, waarop men op een continuüm moest aangeven in hoeverre een uitspraak van toepassing was (1 = niet van toepassing, 5 geheel van toepassing), getransformeerd naar een 3-puntsschaal (1 = niet of weinig van toepassing, 2 deels van toepassing, 3 = sterk of geheel van toepassing). Deze categorisering is weergegeven in de balken van figuur 3

Het blijkt dat kwaliteitsbevordering in de meeste gevallen geen zaak is van een afzonderlijke afdeling. In 1997 gold voor ruim de helft van de instellingen dat men bij het kwaliteitsbeleid over de grenzen van afdelingen heen kijkt. In 1998 was dat in nog sterkere mate het geval. Tevens blijkt dat in driekwart van de instellingen ook ondersteunende afdelingen bij het kwaliteitsbeleid worden betrokken.

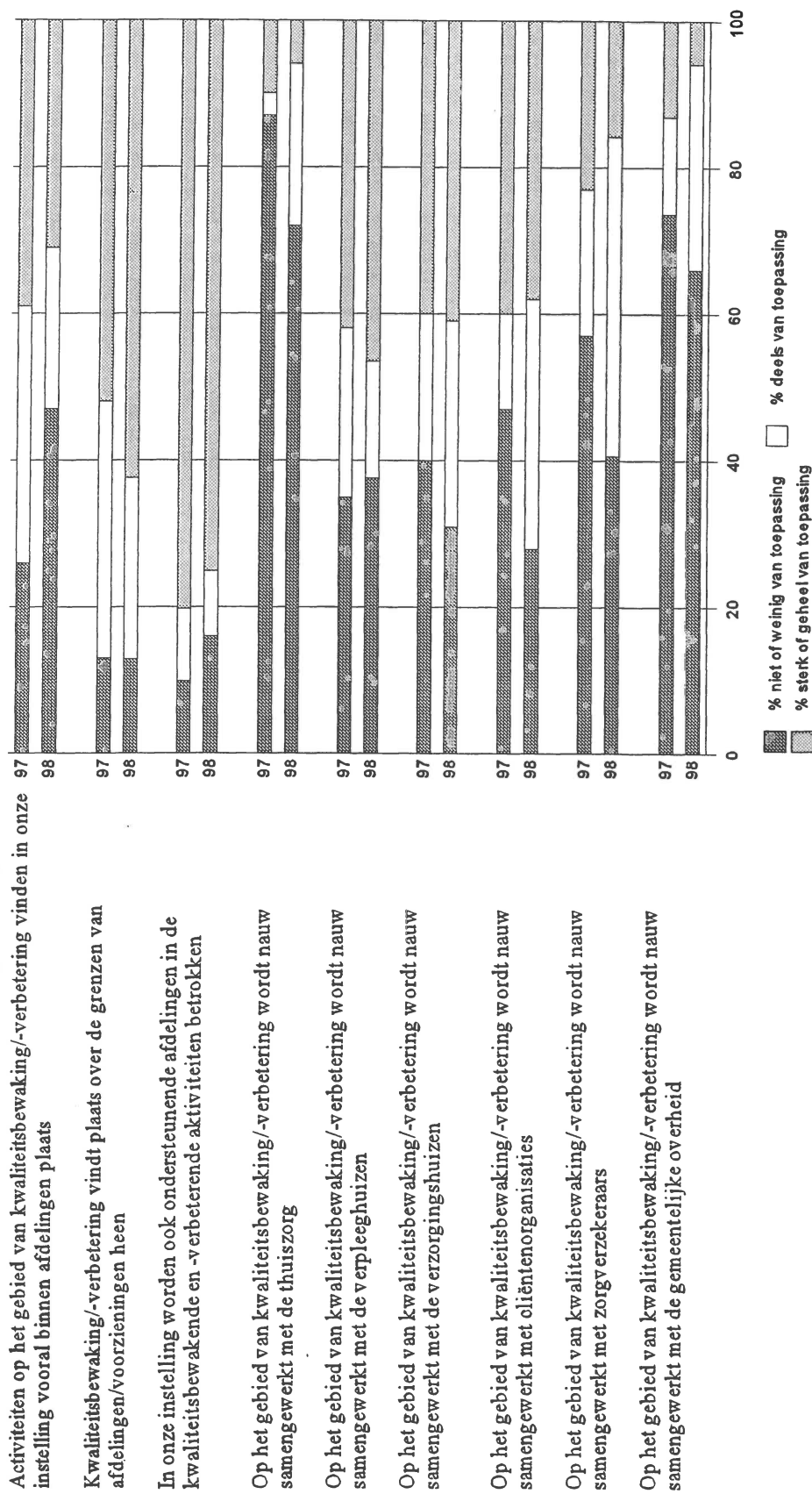
Over de sectoren (thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen) blijkt de thuiszorg het minst betrokken te zijn in kwaliteitsactiviteiten die verder gaan dan de grenzen van de instelling.

Hoewel de percentages enigszins schommelen over de twee metingen is daar geen duidelijke toe- of afname in te zien. De verpleeg- en verzorgingshuizen werken in hogere mate samen met andere instellingen. Het aantal instellingen dat vrijwel niet samenwerkt met cliëntenorganisaties, verzekeraar en gemeente is sinds 1997 iets afgenomen. In externe oriëntatie van een instelling is ook af te leiden uit gegevens over de mate waarin men de samenwerking heeft vastgelegd in protocollen. Uit de gegevens van Tabel 2 blijkt dat bij beide metingen met name de samenwerking en zorgcoördinatie binnen de instelling aandacht krijgt. In zowel 1997 als 1998 had men in ongeveer de helft van de instellingen protocollen voor samenwerking betreffende zorgcoördinatie en informatie-uitwisseling. Binnen een instelling loopt de samenwerking rondom de overdracht van de cliënt het minst geprotocolleerd. Dat is in de samenwerking tussen de instellingen juist een punt dat het meest is vastgelegd in een protocol. In 38% van de instellingen heeft men een protocol voor overdracht naar zorgverleners van andere instellingen. Op grond van de cijfers blijkt dat sinds 1997 de aandacht voor samenwerking tussen instellingen enigszins is toegenomen. Tot slot kan de ketengerichtheid van een instelling zich uiten door het betrekken van andere instellingen of verwijzers bij tevredenheidsonderzoek of toetsing. Gegevens daarover zijn terug te vinden in figuur 1.

4.3.2 Kwaliteitsactiviteiten in de samenwerking tussen instellingen

Uit het materiaal van de interviews, die in najaar 1997 werden gehouden, bleek dat er in elke Amsterdamse regio een samenwerkingsverband (RSV) bestond tussen verschillende zorginstellingen. Meestal was een dergelijke samenwerking ontstaan vanuit de behoefte van verpleeg- en verzorgingshuizen om in de regio te komen tot een nadere afstemming van zorg en zorgproducten. In sommige regio's bleef de samenwerking beperkt tot deze instellingen, terwijl in andere regio's zo'n samenwerkingsverband zich uitbreidde tot de thuiszorg, huisartsen, RIAGG en het ziekenhuis waar de regio het meest mee te maken had. De mate waarin de samenwerking concreet gestalte kreeg varieerde eveneens sterk per regio. Soms was de samenwerking vrijblijvend en had deze het karakter van een regionaal beraad, waar geen beslissingen of adviezen werden geformuleerd, maar waar ter meningsvorming over relevante onderwerpen werd gediscussieerd. Er waren daarentegen ook regio's waar het samenwerkingsverband een formele organisatiestructuur had en waar men kwam tot concrete afspraken over capaciteitsvraagstukken, kwaliteit van zorg en regionale zorggarantie. Echter, hoe de regionale samenwerking ook georganiseerd was, deze is in vergelijking met 1997 in elke regio in intensiteit genomen, terwijl één RSV in zijn geheel werd opgeheven. Voor de afname in de samenwerking worden tijdens de interviews verschillende redenen aangevoerd. Ten eerste wordt een grote omslag geconstateerd van een intramurale naar een extramurale georiënteerdheid. Dit uit zich onder andere in het reductieplan verzorgingshuizen, waarbij de zorgcapaciteit met 1000 plaatsen moet verminderen. Daarnaast ziet men in de verpleeghuizen een groei plaatsvinden naar eenpersoonskamers. Dit kost eveneens een aantal plaatsen, dus de trend van reductie zet zich voort. De opheffing van intramurale plaatsen dient opgevangen te worden in de extramurale zorg en daar zullen geclusterde woonvormen en seniorencomplexen uitgebreid worden. Mede tengevolge van dit reductieplan en de maatschappelijke tendens tot schaalvergroting zijn er fusies tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen doorgevoerd. Deze fusies beperkten zich niet tot de regio's maar gingen vaker over de regiogrenzen heen. Dat maakte dat de samenwerking zich eerder richtte op fusiepartners dan op partners in de regio. Daarnaast gingen de eigenbelangen van de instellingen een steeds grotere rol spelen. Mede door het reductieplan, de fusies en beperkte financiële middelen in de gezondheidszorg, leek de openheid van instellingen voor samenwerking minder te worden. Dat leidde er toe dat instellingen zich meer lieten bepalen door eigen beleid en strategieën, terwijl

Figuur 3 Mate van ketengerichtheid binnen instellingen meting 1 en 2 n=32



het gezamenlijk oplossen van problemen in het regionale zorgtraject alleen nog aan de orde kwam in de samenwerking tussen directe samenwerkingspartners rondom een bepaald zorgproduct. Tot slot is, volgens de geïnterviewden, de SIGRA een meer prominente rol gaan spelen en de stedelijke koepel wordt bovendien meer en meer als de formele gesprekspartner beschouwd van stedelijke overheid en Zorgkantoor Amsterdam. De planning van flankerende voorzieningen en substitutieprojecten ('zorg op maat'), voorheen onderwerp in regionaal overleg, vinden steeds vaker plaats op stedelijk niveau, door vertegenwoordigers van de SIGRA en van het zorgkantoor.

Al deze ontwikkelingen hebben invloed gehad op de regionale samenwerking en deden de onderwerpen op de regionale agenda in aantal afnemen. De samenwerkingsprojecten tussen instellingen worden veelal ook niet meer op regionaal niveau besproken. Men voelt zich minder geroepen om als gezamenlijke instellingen, binnen een regio, te komen tot een gevarieerd zorgaanbod. In een aantal regio's herbezint men zich over een gezamenlijke visie, doel en wijze van samenwerking.

Activiteiten gericht op ketenzorg

In de inleiding werd als doel van ketenzorg genoemd: de zorg voor de cliënt zodanig te organiseren dat deze als een functioneel en samenhangend geheel ervaren wordt, ook als daarbij verschillende zorginstellingen betrokken zijn. In dat kader dient het wachtlijstbeheer hier genoemd te worden. Amsterdam kent grote wachtlijsten met een wachtduur die voor de individuele cliënt op kan lopen tot drie jaar, afhankelijk van de instelling waarvoor men wacht (SVP, 1998).

Tijdens de interviews van 1997 bleek dat men zich op alle niveaus bewust was van het probleem van continuïteit van zorg voor cliënten op de wachtlijst staan en men oriënteerde zich op mogelijke oplossingen. Één van de ideeën was toen om voor de gezamenlijke zorgaanbieders een protocol te ontwikkelen voor deze cliënten, zodat er enige begeleiding en controle zou ontstaan gedurende het traject tussen indicatiestelling en plaatsing. Een dergelijk protocol had echter nog niet concreet gestalte gekregen.

Tijdens de interviews in het najaar 1998 blijkt dat continue begeleiding voor personen op de wachtlijst nog steeds de aandacht heeft. De ideeën daaromtrent hebben meer vorm gekregen. Zo hebben de SIGRA, het Zorgkantoor en de Gemeente zich tot doel gesteld op korte termijn zorgaanbiederstafels in iedere regio te installeren. Zo'n zorgaanbiederstafel is een (mogelijk virtuele) overlegstructuur waarin alle zorgaanbieders van een regio vertegenwoordigd zijn met als doel te komen tot een efficiënte en geïntegreerde zorglevering aan cliënten die daartoe geïndiceerd zijn. Tevens kunnen zorgaanbieders 'aan de tafel' gericht de knelpunten in zorgvraag en aanbod bespreken en wachtlijstgegevens uitwisselen. Het voordeel van een zorgaanbiederstafel is dat er op operationeel niveau cliënten kunnen worden 'verdeeld' over het aanbod van dat moment, waarmee moet worden voorkomen dat geïndiceerde personen tussen wal en schip dreigen te vallen.

Hoewel uit bovenstaande blijkt dat de samenwerking in de regio's onder druk staat willen de meeste RSV's betrokken worden bij de ontwikkeling van zorgaanbiederstafels. Momenteel is er in één regio een zorgaanbiederstafel operationeel, en eigenlijk bevindt men zich daar ook nog in de ontwikkelingsfase. De eerste ervaringen wijzen uit dat de volgende voorwaarden voor het welslagen van de zorgaanbiederstafels van cruciaal belang zijn:

- Goede informatie-voorziening van zorginstellingen .
- Informatie-voorziening betreffende ontwikkelingen in de zorgvraag, aan te leveren door Tot en Met en SVP
- Procedures die informatie-uitwisseling vanuit de verschillende gegevensbestanden mogelijk moeten maken.

4.4 BESCHOUWING

Wil men ijveren voor kwaliteit in de zorgketen dan heeft men te maken met kwaliteitsbeleid op twee niveaus: binnen de instellingen en tussen de instellingen (Huijsman 1998). Op het niveau van de instelling is het van belang dat de verschillende delen van het zorgproces goed functioneren en op elkaar aansluiten. Daarnaast moet een instelling aan voorwaarden voldoen, zoals een transparant kwaliteitsbeleid en een externe geïntegreerdheid om kwaliteit op het niveau van de zorgketen te waarborgen. Het onderzoek naar kwaliteitsbeleid in de sector verpleging en verzorging in Amsterdam laat zien dat men zich in de meeste instellingen realiseert dat kwaliteitsbeleid verder reikt dan de grenzen van de organisatie. Ten eerste ijveren zorgaanbieders in toenemende mate voor een transparant kwaliteitsbeleid, waarin producten en diensten omschreven zijn en bij voorkeur geprotocolleerd. Dit maakt het mogelijk dat andere instellingen in de zorgketen inzicht hebben in de kwaliteit van het zorgaanbod van een mogelijke samenwerkingspartner. Bovendien is een groeiende externe oriëntatie waar te nemen, waarbij men werkt aan de ontwikkeling van gemeenschappelijke richtlijnen, standaarden en protocollen ter bewaking van de kwaliteit en continuïteit van zorg.

Hoewel deze resultaten hoopgevend zijn, blijkt ook uit de resultaten dat het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid een ingrijpend en tijdrovend traject is. Op een aantal deelgebieden is slechts beperkt of geen vooruitgang geboekt. Zo wordt nog weinig aandacht besteed aan behoefteonderzoek en tevredenheidsonderzoek onder verwijzers, terwijl deze belangrijke informatie kunnen leveren over knelpunten in de zorgketen.

Uit de gegevens van de vragenlijsten en de interviews komt naar voren dat er met name wordt samengewerkt tussen de instellingen die intramurale zorg bieden. In een aantal gevallen worden gezamenlijke producten geleverd, waarvan de samenwerking is vastgelegd in protocollen. De samenwerking met thuiszorginstellingen krijgt voornamelijk gestalte op de werkvloer en is minder geformaliseerd.

De regionale samenwerking lijkt instabiel te zijn en in vergelijking met het voorgaande jaar lijken zorginstellingen meer geleid te worden door mogelijke samenwerking met fusiepartners dan door regionale motieven. Bovendien blijkt overleg over de verdeling van middelen steeds meer op stedelijk niveau plaats te vinden.

Dat de samenwerking op regionaal niveau afneemt wordt door veel instellingen als een nadeel gezien. Immers met regionale samenwerking heeft men de mogelijkheid tot aansluiting bij de maatschappelijke wens tot een integrale zorgverlening in samenhangende ketens van wonen, zorg en welzijn. Meer nog dan voorheen bestaat de noodzaak dat een zorgregio een samenhangend stelsel van zorgvoorzieningen realiseert. Samenwerking tussen verzorgingshuizen en voorzieningen binnen het flankerend ouderenbeleid kan leiden tot een gevarieerd pakket van zorg, waarvan cliënten gebruik kunnen maken als de benodigde intramurale zorg niet in voldoende mate voorhanden is en men op een wachtlijst wordt geplaatst.

Een ander belangrijk onderwerp van regionale samenwerking is het traject tussen de indicatiestelling en de daadwerkelijke levering van zorg. Zorgaanbieders in deze zorgketen kunnen pas echt goed functioneren als de producten en diensten binnen dit traject kwalitatief en kwantitatief goed geregeld zijn. De in te richten 'zorgaanbiederstafels', waarmee de gezamenlijke zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor efficiënte en geïntegreerde zorglevering aan cliënten die daartoe geïndiceerd zijn, kunnen bijdragen aan de bewaking van de kwaliteit en continuïteit van zorg.

Uit het bovenstaande kan worden afgeleid dat met name binnen zorginstellingen een externe oriëntatie waarneembaar is. Tevens blijkt dat er in de samenwerking tussen instellingen diverse ontwikkelingen gaande zijn. Dat maakt dat sommige van de in dit artikel geschetste knelpunten

al weer door de tijd zijn ingehaald omdat zorginstellingen al weer actief bezig zijn om zwakke schakels in de zorgketen te versterken. Door op een later tijdstip de ontwikkelingen op nieuw te inventariseren, kan worden nagegaan in welke mate nieuwe initiatieven hun beslag hebben gekregen.

Een andere vraag die men zich kan stellen is of de verbeteringen in de samenhang en transparantie van het kwaliteitsbeleid zijn toe te schrijven aan de implementatie van het Referentiekader Verpleging & Verzorging. Er zijn immers, zowel landelijk als lokaal, veel ontwikkelingen gaande op het gebied van kwaliteitsverbetering in de zorg, die elk weer invloed hebben op de vormgeving en kwaliteit van de functie verpleging en verzorging. Daarom zullen binnenkort de gegevens van de Amsterdamse situatie vergeleken worden met de ontwikkelingen en activiteiten in de stad Utrecht.

Tot slot nog een opmerking over de in dit onderzoek gebruikte methodes. Met de schriftelijke vragenlijsten en de interviews is brede informatie verzameld over de wijze waarop kwaliteitsbeleid in en tussen instellingen vorm krijgt. Toch zijn kanttekeningen te maken bij de kwaliteit van het verzamelde onderzoeksmateriaal.

Zo is een beperking dat in de twee metingen mogelijk verschillende personen verantwoordelijk zijn geweest voor het invullen van de vragenlijst. Dit kan tot onbetrouwbaarheden in de gegevens hebben geleid en sommige kleine fluctuaties in de resultaten moeten wellicht daaraan worden toegeschreven.

Een andere aandachtspunt is dat de verzamelde informatie van zorgaanbieders steeds de visie weergegeven van een lid van de directie of het management van de organisatie. Het is denkbaar dat deze visie kan afwijken van het geen in de praktijk gebruikelijk is. Bijvoorbeeld het beschikbaar zijn van protocollen hoeft niet te betekenen dat deze ook werkelijk worden gebruikt. Ook is het mogelijk dat managers geneigd zijn vooral verslag te doen van activiteiten die succesvol zijn gebleken. Deze beperking wordt enigszins te niet gedaan doordat ook interviews zijn gehouden bij cliënten-organisaties, verzekeraars en gemeente. Bovendien zijn de gegevens van de onderhavige studie vergeleken met de resultaten uit ander onderzoek. Zo bleek uit de resultaten dat in de organisaties in beide steden veel aandacht was voor deskundigheidsbevordering via bij- en nascholing. Dit komt overeen met gegevens van een recent landelijk onderzoek (Wagner 1999). Ook de bevindingen met betrekking tot het beschikbaar zijn van protocollen, die gericht zijn op het bevorderen van continuïteit van zorg zijn vergelijkbaar met het voornoemd onderzoek.

Overigens geldt dat bij een onderwerp als samenhang in de zorgketen de mening van de cliënt zelf een wezenlijk gegeven is. Daarom zal in de volgende fase van het onderzoek uitgebreid aandacht worden besteed aan de ervaringen van cliënten met betrekking tot continuïteit en kwaliteit van zorg, gedurende de tijd dat zij op de wachtlijst staan voor een verpleeghuis of verzorgingshuis.

Literatuur

- Boon, L. Vraaggestuurde zorg. Amstelveen, Sympoz, 1997
- Degen JJEC, Huijsman R. (1999) Schakels in de keten tussen vraag en aanbod Maarsse: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Commissie Referentiekader Verpleging & Verzorging (1995). Referentiekader Verpleging en Verzorging regio Amsterdam. Amsterdam: ZAO
- Frissen MAG, Lans S van der. (1995) Kwaliteitsbeleid: de derde Leidschendam-conferentie. Medisch Contact, **50**,543-6.
- Huijsman, R. (1998) Managementvraagstukken bij de vorming van zorgketens. In: Boon (red) Zorg in Bedrijf. Amstelveen: Sympoz
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1995) Kwaliteitsbeleid zorgsector: evaluatie 1990-1995 en Leidschendamafspraken 1995-2000. Zoetermeer: NRV.
- SVP (1998) Jaarverslag 1997 Amsterdam: SIGRA.
- Wagner C, Bakker DH de, Sluijs EM. (1995) Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken 1995. Utrecht: NIVEL.
- Wagner C., (1999) *Implementation and effectiveness of quality systems in Dutch health care organizations.* Utrecht: NIVEL

Appendix: Korte inhoud van het Referentiekader Verpleging en Verzorging

In de nota worden de volgende 6 basisprincipes voor zorgverlening beschreven.

- 1. Elke Amsterdammer heeft principieel dezelfde rechten**
Dat betekent dat iedereen die zorg nodig heeft gelijke rechten heeft op toegang en gebruik van zorgvoorzieningen. Wanneer er schaarste in de zorg heerst, dan dienen de beperkte middelen zo goed mogelijk verdeeld te worden.
- 2. De benadering in de verpleging en verzorging is vraaggericht**
De zorgvraag van de cliënt geldt als uitgangspunt voor de zorgverlening. Op basis van de zorgvraag stellen zorgverlener en cliënt een individueel zorgplan op.
- 3. De zorggebruiker is participant in het zorgproces**
De cliënt is partner het zorgproces, de besluitvorming en uitvoering van zijn/haar behandeling. Daarom dient de cliënt zoveel mogelijk informatie te krijgen over relevante zaken die in verband staan met zijn/haar ziekte, het verzorgingsproces en de positie als gebruiker.
- 4. Elke Amsterdammer heeft vrijheid van keuze**
Elke zorggebruiker heeft een optimale keuzevrijheid met betrekking tot de inhoud van het zorgpakket, de zorgverlener, of de locatie van de voorziening waarvoor hij/zij geïndiceerd is.
- 5. De benadering van de zorgvraag is integraal en continuïteit van zorg is gewaarborgd**
Binnen het zorgproces zijn de verschillende zorgonderdelen onderling goed op elkaar afgestemd. De zorgverlening is gericht op de cliënt in zijn totaliteit en houdt rekening met gezins- of familieleden.
- 6. Er is inzicht voor de zorggebruiker op welke wijze er keuzes in de zorg worden gemaakt**
In geval van schaarste door gebrek aan mensen, middelen of capaciteit, zijn de keuzes die gemaakt moeten worden gebaseerd op voor iedereen inzichtelijke criteria.

In de nota wordt verder beschreven wat de consequenties van de uitgangspunten zijn voor het zorgproces op macro- meso- en microniveau. Vervolgens worden kwaliteitseisen afgeleid voor de betrokken partijen in het zorgproces.

Hoofdstuk 5

IMPLEMENTATIE VAN HET REFERENTIEKADER VERPLEGING EN VERZORGING: Effecten en belemmerende en bevorderende factoren

SAMENVATTING

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe in de praktijk het implementatie-traject verloopt van het Referentiekader Verpleging en Verzorging. In dit kwaliteitskader hebben zorgaanbieders, cliëntorganisaties, verzekeraar en gemeente in Amsterdam hun gezamenlijke visie gepresenteerd op een samenhangend kwaliteitsbeleid voor de verpleging en verzorging. Onder andere beoogde men de continuïteit van zorg en transparantie van zorg te verbeteren.

De effecten van dit kwaliteitsbeleid in de Amsterdamse situatie worden onderzocht en vergeleken met het kwaliteitsbeleid in de stad Utrecht. Het onderzoek werd uitgevoerd bij instellingen, cliëntenorganisaties, de gemeente en zorgkantoor in Amsterdam en Utrecht. Door middel van schriftelijke enquêtes is informatie verzameld over de ontwikkeling van interne kwaliteitssystemen in zorginstellingen. Daarnaast is via mondelinge interviews met vertegenwoordigers van stedelijke koepelorganisaties, samenwerkingsverbanden, indicatieorganen, zorgverzekeraars, gemeente en cliëntorganisaties zicht gekregen op de samenwerking op stedelijk of regionaal niveau.

Op basis van de onderzoeksresultaten komt naar voren dat het Referentiekader in Amsterdam vooral een positieve invloed heeft gehad op de samenhang in de zorg op stedelijk niveau. Mede door het geformuleerde kwaliteitsbeleid is men gekomen tot een meer efficiënt wachtlijstbeheer. Verder laten de individuele zorginstellingen zien ver gevorderd te zijn met de invoering van een geformaliseerd kwaliteitsbeleid. Daarnaast richten instellingen zich in toenemende mate op de samenwerking met andere partners in de zorg. Omdat men deze tendens in beide steden ziet, ligt het eerder voor de hand om deze toe te schrijven aan landelijke ontwikkelingen op het gebied van het kwaliteitsbeleid. Het Referentiekader Verpleging & Verzorging kan daarbij een motiverende factor zijn geweest.

5.1 INLEIDING

Voor het waarborgen en zeker stellen van de kwaliteit van verpleging en verzorging is in 1995 in Amsterdam door zorgaanbieders, cliënten, zorgverzekeraar¹ en gemeente een *Referentiekader Verpleging en Verzorging* opgesteld (Commissie Referentiekader V&V Amsterdam, 1995). In dit Referentiekader wordt een gezamenlijke visie gepresenteerd op de benodigde kwaliteit van verpleging en verzorging in de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Dit Referentiekader biedt een raamwerk aan zorginstellingen in Amsterdam, waarbinnen men voldoende ruimte heeft om aan de eigen verantwoordelijkheden ten aanzien van het kwaliteitsbeleid invulling te geven. Tevens beoogt men met het Referentiekader partijen een instrument te geven om elkaar te kunnen aanspreken op de wijze waarop aan die verantwoordelijkheid uitvoering wordt gegeven. Met andere woorden, het Referentiekader Verpleging en Verzorging heeft niet alleen betrekking op de kwaliteitssystemen binnen de afzonderlijke instellingen, maar richt zich nadrukkelijk ook op het tot stand komen van 'ketenkwaliteit', d.w.z. samenhang in het kwaliteitsbeleid van alle zorgaanbieders (keten van organisaties) op het terrein van verpleging en verzorging (Hardjono e.a., 1993). Het begrip ketenkwaliteit sluit aan bij de toenemende aandacht voor continuïteit van zorgprocessen (Wagner e.a., 1995). Tijdens de Leidschendamconferentie in juni 1995 werd aan het ontwikkelen van ketenkwaliteit een hoge prioriteit gegeven. Daar werd geconcludeerd dat de ontwikkelde kwaliteitssystemen nog sterk intern georiënteerd zijn. Een belangrijke aanbeveling op basis van de Leidschendamconferentie was dat de instellingen hun kwaliteitsbeleid meer moeten richten op de samenwerking en afstemming met andere zorgaanbieders, ter waarborging van de continuïteit van zorgprocessen (Wagner e.a., 1995). Zorgvisies en het bijbehorende kwaliteitsbeleid dienen derhalve deels op regionaal niveau ontwikkeld te worden. Belangrijke voorwaarden voor ketenkwaliteit zijn dat de instellingen een externe oriëntatie hebben gericht op samenwerking en afstemming en dat hun kwaliteitsbeleid transparant is (Frissen & van der Lans, 1995).

Het opstellen van het Referentiekader Verpleging en Verzorging dient binnen de hierboven geschetste context te worden geplaatst. In deze notitie zijn door de bij de zorg betrokken partijen de volgende uitgangspunten voor de kwaliteit van verpleging en verzorging geformuleerd (Commissie Referentiekader V&V Amsterdam, 1995):

1. Elke Amsterdammer heeft principieel dezelfde rechten, dat wil zeggen dat iedereen die zorg nodig heeft gelijke rechten heeft op toegang en gebruik van zorgvoorzieningen.
2. De benadering in de verpleging en verzorging is vraaggericht, dat wil zeggen dat de zorgvraag van de cliënt als uitgangspunt geldt voor de zorgverlening en dat op basis daarvan een individueel zorgplan wordt opgesteld.
3. De zorggebruiker is participant in het zorgproces, dat wil zeggen dat hij/zij als partner participeert in de besluitvorming en uitvoering van zijn/haar behandeling. De cliënt dient daarom zoveel mogelijk informatie te krijgen over relevante zaken die in verband staan met zijn/haar ziekte, het verzorgingsproces en de positie als gebruiker.
4. Elke Amsterdammer heeft vrijheid van keuze, dat wil zeggen dat elke zorggebruiker een optimale keuzevrijheid heeft met betrekking tot de inhoud van het zorgpakket, de zorgverlener, of de locatie van de voorziening waarvoor hij/zij geïndiceerd is.
5. De benadering van de zorgvraag is integraal en continuïteit van zorg is gewaarborgd, dat wil zeggen dat binnen het zorgproces de verschillende zorgonderdelen goed op elkaar aansluiten en -zijn afgestemd.

¹ Bij de ontwikkeling van het Referentiekader Verpleging & Verzorging was ZAO-zorgverzekeringen betrokken. Deze zorgverzekeraar van de AGIS-groep, voert de functie van Zorgkantoor Amsterdam uit (ZKA), en is als zodanig met ingang van 1 Januari 1998 verantwoordelijk voor de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) voor de inwoners van Amsterdam.

6. Er is inzicht voor de zorggebruiker op welke wijze er keuzes in de zorg worden gemaakt. Wanneer in geval van schaarste prioriteiten moeten worden gesteld of zorg moet worden gerantsoeneerd, dan dienen de gemaakte keuzes gebaseerd te zijn op voor iedereen inzichtelijke criteria.

In het Referentiekader Verpleging en Verzorging zijn deze uitgangspunten nader vertaald en gespecificeerd zowel naar de zorg voor kwaliteit op het micro-niveau (niveau van de individuele zorgverlening), het meso-niveau (niveau van de zorginstellingen) en het macro-niveau (niveau van de stad Amsterdam). Vervolgens zijn op basis van deze vertaling voorwaarden gesteld aan de zorgverlener, de cliënt, de zorgaanbieder, de stedelijke organisatie voor de indicatiestelling, de verzekeraar en de stedelijke overheid.

Zoals uit de uitgangspunten blijkt wordt door de samenstellers van het Referentiekader de optiek van de cliënt op de kwaliteit van zorg als uitgangspunt genomen. Volgens de notitie wordt de kwaliteit van zorg met name bepaald door de capaciteit, deskundigheid en vakbekwaamheid van de zorgaanbieders. Daarnaast wordt gesteld dat de zorg toegankelijk en doelmatig moet zijn binnen de financiële randvoorwaarden die door de politiek-maatschappelijke context wordt gegeven (optiek financier). Het voorgaande betekent dat er voortdurend sprake zal (moeten) zijn van onderhandelingsituaties: onderhandelingen tussen zorgaanbieders en cliënten, tussen zorgaanbieders en financiers en tussen cliënten en financiers. Men ontkomt niet aan het maken van keuzes. In het Referentiekader wordt de verantwoordelijkheid voor het maken van die keuzes in de verschillende fasen in het zorgproces eenduidig gedefinieerd. Voorts wordt in het Referentiekader geijverd voor transparantie van zorg. In dat kader wordt het van belang geacht dat procedures en informatiesystemen zodanig worden ingericht dat het voor alle partijen duidelijk is op welke criteria de gemaakte keuzen zijn gebaseerd.

In dit hoofdstuk wordt de implementatie van het Referentiekader Verpleging & Verzorging in Amsterdam geëvalueerd aan de hand van de volgende vraagstellingen:

1. *Heeft de implementatie van het Referentiekader Verpleging en Verzorging de beoogde effecten op de samenhang in de zorg die verleend wordt door verschillende beroepsbeoefenaren en instellingen?*

Ten eerste wordt nagegaan welke concrete kwaliteitsactiviteiten de afzonderlijke zorginstellingen ondernomen hebben om de uitgangspunten van het Referentiekader gestalte te geven.

Vervolgens wordt onderzocht in hoeverre het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieders transparant is, omdat transparantie een belangrijke voorwaarde is voor ketenkwaliteit. Tenslotte wordt nagegaan in hoeverre instellingen met elkaar komen tot (regionale) samenwerking en zich inspannen om kwaliteit in de zorgketen te waarborgen..

In hoofdstuk 6 zal bij cliënten op de wachtlijst voor een verpleeg- of verzorgingshuis worden onderzocht in hoeverre de implementatie van het Referentiekader V&V in de optiek van de cliënt heeft geleid tot meer vraaggerichte zorg en meer continuïteit van zorg.

2. *Welke factoren werken bevorderend of belemmerend op de implementatie van het Referentiekader voor de kwaliteit van Verpleging en Verzorging in Amsterdam?*

Deze vraagstelling heeft betrekking op de procesevaluatie. Bij de belemmerende en bevorderende factoren kan een onderscheid worden gemaakt tussen (de Bakker e.a. 1994):

- affectieve factoren, zoals de mate van motivatie van de instellingen, hulpverleners en cliënten;
- instrumentele factoren, zoals de mate van samenwerking tussen instellingen of zorgverleners, deskundigheid van zorgverleners, de mate van bekendheid met elkaars werk en effectiviteit van de implementatie (zien dat het werkt);
- kenmerken van de implementatie, zoals de mate waarin de implementatie helder en eenvoudig is, de mate waarin een duidelijke structuur en afspraken aanwezig zijn;
- randvoorwaarden, zoals (gebrek aan) financiering, beschikbare tijd, continuïteit van personeel, wet-/regelgeving, algemene beleidsmaatregelen e.d.

- tegenkrachten, zoals weerstand tegen verandering, belangentegenstellingen, cultuurverschillen tussen instellingen e.d.

5.2 METHODE

5.2.1 Onderzoeksopzet

Omdat tijdens de periode van het onderzoek (1997-2000) er veel landelijke beleidsmaatregelen zijn genomen en ontwikkelingen zijn geweest op het terrein van verpleging en verzorging of de ouderenzorg (zie hoofdstuk 1), die enerzijds ook veel veranderingen in gang zetten en die anderzijds wellicht een bevorderende of belemmerende invloed hebben op de implementatie van het Referentiekader Verpleging en Verzorging, is gekozen voor een zogenaamd 'pre-test / post-test control group design'. Overigens dient hier vermeld te worden dat vanwege de omstandigheid dat een complexe praktijksituatie werd gevolgd, men niet echt kan spreken van een onderzoek met een experimenteel karakter. Het gekozen design wordt voornamelijk gebruikt om te beschrijven hoe de situatie wat betreft samenhang in de zorg, continuïteit van zorg en transparantie zich heeft ontwikkeld. De stad Amsterdam vormt daarbij de 'experimentele groep' en een andere grote stad waar geen gezamenlijke zorgvisie en/of referentiekader is ontwikkeld vormt de 'vergelijkingsgroep'. Gekozen is voor de stad Utrecht als vergelijkingsgroep omdat:

1. beide steden met grootstedelijke problematiek te maken hebben;
2. er in beide steden sprake is van een groot aantal instellingen op het terrein van verpleging en verzorging;
3. in beide steden sprake is van één zorgverzekeraar. Deze zorgverzekeraars werken sinds het begin van het onderzoek nauw samen en zijn sinds 1998 gefuseerd; en
4. omdat in de stad Utrecht geen gezamenlijke zorgvisie ontwikkeld is welke als basis dient voor het kwaliteitsbeleid dat door zorginstellingen wordt gevoerd.

In beide steden zijn twee metingen verricht: in het najaar van 1997 en het najaar van 1999.

5.2.2 Meetinstrumenten

In het onderzoek hebben in beide steden de metingen plaatsgevonden op twee niveau's: (a) op het niveau van de instellingen d.w.z. bij de thuiszorgorganisaties, verzorgingshuizen en verpleeghuizen; en (b) op het stedelijk of zorgregionaal² niveau, d.w.z. bij vertegenwoordigers van stedelijke en regionale (koepel)organisaties en samenwerkingsverbanden, zoals de stedelijke organisatie van de thuiszorg, de koepelorganisaties van verpleeg- en verzorgingshuizen, de indicatie-organen, cliëntenorganisaties, zorgkantoren en de gemeentelijke overheden. Hierbij zijn de volgende meetinstrumenten gebruikt:

1. *Vragenlijst*. Door middel van een schriftelijke vragenlijst is bij alle zorginstellingen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties, informatie verzameld over aspecten van kwaliteitssystemen, zoals (transparantie) van kwaliteitsbeleid, protocollering van producten en diensten, cliëntenparticipatie, mate van externe oriëntatie en activiteiten met betrekking tot ketenkwaliteit. Deze vragenlijst is grotendeels gebaseerd op de vragenlijst van Wagner e.a. (1995), die werd ontwikkeld voor een landelijke inventarisatie van de stand van zaken met betrekking tot kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg. De vragenlijst werd ingevuld door een lid van de directie of het management of door een kwaliteitsfunctionaris (zie Bijlage 1).

²De termzorg regio kan aanleiding geven tot verwarring. Volgens de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) is Nederland opgedeeld in 27 WZV regio's. Amsterdam en Diemen vormen een subregio, binnen zo'n WZV gebied. Waar in dit artikel voor de stad Amsterdam de term zorgregio wordt gebruikt, worden zes deelgebieden bedoeld waarin deze subregio is onderverdeeld. Deze variëren in grootte van 80.000 inwoners tot 215.000 inwoners. De stad Utrecht is een sub-regio binnen de WZV-regio Utrecht, welke nagenoeg gelijk is aan de provincie Utrecht.

2. *Interview*. Inzicht in stedelijke/regionale samenwerking met betrekking tot kwaliteit van zorg werd verkregen door middel van interviews met de betrokken partijen zoals vertegenwoordigers van stedelijke koepelorganisaties van de thuiszorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen, de indicatie-organen, cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de gemeentelijke overheid. Tevens werd bij de interviews in Amsterdam aandacht besteed aan belemmerende en bevorderende factoren om de uitgangspunten van het Referentiekader V&V gestalte te geven (zie Bijlage 2).

5.2.3 Onderzoekspopulatie en respons

Vragenlijsten

Bij de *eerste meting* (najaar 1997) is de vragenlijst verzonden naar alle 59 zorginstellingen in Amsterdam en naar alle 23 zorginstellingen in Utrecht. Vervolgens heeft een schriftelijk en telefonisch rappel plaatsgevonden.

Van de 59 organisaties in Amsterdam hebben er 49 gerespondeerd (83%). In Utrecht respondeerden 18 van de 23 organisaties. Vier vragenlijsten waren echter niet ingevuld en dit brengt de respons op 61%. De verschillende typen organisaties (verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg) waren bij de respons in beide steden naar evenredigheid vertegenwoordigd.

Bij de *tweede meting* (najaar 1999) is de vragenlijst verzonden naar alle 55 zorginstellingen in Amsterdam (drie organisaties van kruiswerk en gezinsverzorging werkten inmiddels geïntegreerd en één verzorgingshuis was opgeheven) en naar alle 21 zorginstellingen in Utrecht (twee verzorgingshuizen waren inmiddels opgeheven). Evenals bij de eerste meting is er schriftelijk en telefonisch gerappelleerd. In Amsterdam werd door 49 instellingen gerespondeerd (89%) en in Utrecht door 14 instellingen (67%).

Interviews

In het najaar van 1997 (*eerste meting*) werden in Amsterdam interviews gehouden met sleutelfiguren van zes regionale samenwerkingsverbanden (RSV 's), de secties verzorgingshuizen en verpleeghuizen van de SIGRA, de Stichting Tot en Met (RIO), drie regionale intakebureau's van Amsterdam Thuiszorg, de secties gezinsverzorging en wijkverpleging van Amsterdam Thuiszorg, Gemeente Amsterdam, Zorgverzekeraar ZAO, Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen (COSBO), Amsterdams Patiënten/ Consumenten Platform (totaal 18 interviews). In Utrecht bestonden op dat moment op stedelijk niveau 9 organisaties en samenwerkingsverbanden, derhalve werden 9 interviews gehouden met sleutelfiguren van het Verenigd Overlegorgaan Verpleeghuizen, de Vereniging Samenwerkende Verzorgingshuizen, Thuiszorg Stad Utrecht, Stedelijk Indicatiebureau Thuiszorg Utrecht, gemeente Utrecht, Stedelijke Indicatiecommissie Verpleeg- en Verzorgingshuizen, zorgverzekeraar ANOVA, Provinciaal Patiënten/ Consumenten Platform (PP/PC) en het Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen (COSBO).

In het najaar 1999 (*tweede meting*) zijn in Amsterdam in totaal 13 interviews gehouden. Één regionaal samenwerkingsverband was opgeheven, de secties verpleeghuizen en verzorgingshuizen van de SIGRA waren samengevoegd, de consumentenorganisaties waren een samenwerkingsverband aangegaan (Amsterdamse Bundeling Consumenten Zorginstellingen (ABCZ)), en de secties wijkverpleging en gezinsverzorging waren door een eerdere fusie niet meer als aparte secties aan te merken. Bovendien is bij het stedelijk concern van Amsterdam Thuiszorg geen interview afgenomen, omdat bij een reorganisatie één van de geïnterviewde regio-directeuren werd benoemd als lid van de raad van bestuur van Amsterdam Thuiszorg. Het werd derhalve niet zinvol geacht om op centraal niveau van Amsterdam Thuiszorg nog een interview te houden. Tot slot was inmiddels het SIGRA Verplegings- & Verzorgings Plaatsingsbestedingsbureau (SVP) opgericht. Met een vertegenwoordiger van het SVP is alleen tijdens de tweede meting een interview gehouden. In Utrecht zijn 8 interviews gehouden. Vergeleken met de eerste meting is alleen met een vertegenwoordigers van het zorgkantoor geen

interview gehouden, omdat de beoogde respondent niet de mogelijkheid had om tijd ter beschikking te stellen.

5.2.4 Analyse

Vragenlijsten

Dit deel van het onderzoek is een populatie-onderzoek, omdat alle instellingen van de doelgroep zijn ondervraagd. Vanwege het beschrijvende karakter is met name gebruik gemaakt van rechte tellingen en vergelijkingen tussen eerste en tweede meting.

Verder is met behulp van logistische regressie-analyse nagegaan of er significante verschillen waren tussen de eerste en de tweede meting. Tevens werd nagegaan of er een interactie-effect is waar te nemen tussen de onafhankelijke variabelen 'meting' en 'stad'. Het optreden van een interactie-effect wijst er op dat er in de stad waar de interventie is toegepast (Amsterdam) significant meer is veranderd dan in de stad die als vergelijkingsconditie (Utrecht) wordt aangemerkt. Voor de logistische regressie analyses zijn de afhankelijke variabelen gedichotomiseerd.

In de analyses zijn alleen die instellingen meegenomen waarvan de gegevens van beide metingen bekend waren. In Amsterdam was dat van 46 instellingen (84%) en in Utrecht gold dat voor 11 instellingen (52%) (zie Tabel 1). Bij de vergelijkingen is derhalve steeds uitgegaan van de gegevens van deze 57 instellingen (75%).

Tabel 1 Overzicht van de instellingen die aan beide metingen hebben deelgenomen (in absolute aantallen)

| Amsterdam | | Utrecht | |
|----------------------|----|--------------------|----|
| Verzorgingshuizen | 27 | Verzorgingshuizen | 7 |
| Verpleeghuizen | 9 | Verpleeghuizen | 2 |
| gecombineerde huizen | 7 | | |
| thuiszorgbedrijven | 3 | thuiszorgbedrijven | 2 |
| totaal | 46 | totaal | 11 |

Interviews

Alle interviews zijn met behulp van een cassette-recorder opgenomen en vervolgens is een verslag gemaakt, dat ter autorisatie aan de geïnterviewden is voorgelegd. Vervolgens zijn de gegevens per onderwerp gerangschikt waarmee een overzicht werd verkregen van de ervaringen, werkwijze en meningen van de geïnterviewden met betrekking tot de gevraagde onderwerpen.

5.3 RESULTATEN

Om te onderzoeken of de implementatie van het Referentiekader Verpleging en Verzorging de beoogde effecten heeft op de samenhang in de zorg die verleend wordt door de verschillende beroepsbeoefenaren en instellingen (vraagstelling 1), wordt eerst nagegaan welke kwaliteitsactiviteiten de instellingen hebben ondernomen om de uitgangspunten van het Referentiekader gestalte te geven. Daarna wordt onderzocht in hoeverre het kwaliteitsbeleid van de afzonderlijke instellingen transparant is, omdat dit een belangrijke voorwaarde voor ketenkwaliteit is. Vervolgens wordt weergegeven in hoeverre instellingen zich inspannen om ketenkwaliteit te bewerkstelligen. Tot slot wordt ingegaan op de belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van het Referentiekader V&V (vraagstelling 2).

5.3.1 Kwaliteitsactiviteiten van instellingen

Bij het beschrijven van het beleid of activiteiten van instellingen om kwaliteit te bewaken of te bevorderen kan onderscheid worden gemaakt tussen activiteiten op het niveau van de zorgverlening (micro-niveau) en op het niveau van de instelling (meso-niveau).

Kwaliteitsactiviteiten op micro-niveau

Voor het bewaken en bevorderen van kwaliteit van de zorgverlening (microniveau) komt uit Tabel 2 naar voren dat in Amsterdam het aantal instellingen waar zorgplannen worden gebruikt licht is afgenomen. Ook is er een lichte daling te zien in het percentage instellingen waarvan zorgverleners deelnemen aan mono- of multi-disciplinaire toetsing. Overigens zijn de verschillen tussen voor- en nameting niet statistisch significant.

In Utrecht werd in 1999 in alle deelnemende instellingen met zorgplannen gewerkt, terwijl deelname aan mono- en multidisciplinaire toetsing stabiel is gebleven.

Tabel 2 Percentage instellingen waar activiteiten plaatsvinden om kwaliteit op niveau van de zorgverlening te bewaken, overzicht van twee metingen.

| Activiteiten | Amsterdam n=46 | | Utrecht n=11 | |
|---|----------------|------|--------------|------|
| | 1997 | 1999 | 1997 | 1999 |
| Op gebied van zorgverlening* | % | % | % | % |
| gebruik zorg/begeleidingsplannen | 91 | 87 | 82 | 100 |
| intercollegiale toetsing, monodisciplinair | 65 | 56 | 45 | 45 |
| intercollegiale toetsing, multidisciplinair | 43 | 33 | 36 | 36 |

* De verschillen tussen voor en nameting en tussen de steden zijn niet significant

Door het werken met protocollen (beschrijving van de ideale wijze en volgorde waarop een handeling of proces wordt uitgevoerd) kan men een constante kwaliteit in het zorgproces waarborgen.

Zowel in Amsterdam als Utrecht wordt in 1999 in alle organisaties met protocollen gewerkt. In Amsterdam gebeurt dat bij 37% in de gehele organisatie. In Utrecht ligt dat percentage iets lager.

Tabel 3 Percentage instellingen dat met protocollen werkt, overzicht van twee metingen

| Wordt er in de instelling met protocollen gewerkt?* | Amsterdam n=46 | | Utrecht n=11 | |
|--|----------------|------|--------------|------|
| | 1997 | 1999 | 1997 | 1999 |
| | % | % | % | % |
| Nee | 4 | 0 | 0 | 0 |
| Nee, maar er wordt aan de ontwikkeling van protocollen gewerkt | 9 | 19 | 18 | 9 |
| Ja, bij één afdeling of voorziening | 7 | 0 | 0 | 0 |
| Ja, op verschillende afdelingen (bij verschillende voorzieningen maar niet in de gehele organisatie) | 51 | 44 | 73 | 64 |
| Ja in de gehele organisatie | 29 | 37 | 9 | 27 |
| Totaal | 100 | 100 | 100 | 100 |

* De verschillen tussen voor en nameting en tussen de steden zijn statistisch niet significant

In Tabel 4 wordt een overzicht gegeven van de soorten protocollen die binnen de instellingen worden gebruikt. Het betreft ten eerste protocollen voor (onderdelen van) de zorgverlening en voor de zorgverlening aan specifieke doelgroepen die als doel hebben kwalitatief goede zorg te verlenen, afgestemd op de behoefte van de cliënt (uitgangspunt 2 van het Referentiekader). In Amsterdam is het aantal instellingen dat gebruik maakt van protocollen voor een meer vraaggerichte zorgverlening iets, doch niet significant, toegenomen. In Utrecht zien we eveneens enige, hoewel niet significante, veranderingen. Met name protocollen gericht op specifieke zorg of doelgroepen en op kritische momenten in het zorgproces worden door relatief minder instellingen gehanteerd dan in Amsterdam.

Wat de protocollen voor cliëntparticipatie (uitgangspunt 3 van het Referentiekader) betreft zien we dat in Amsterdam in ongeveer de helft van de instellingen protocollen worden gehanteerd voor inspraak van de cliënt bij het opstellen en evalueren van het zorgplan. In ruim 80% van de instellingen is een protocol voor geschillen en klachten aanwezig. Deze percentages zijn in de onderzoeksperiode nagenoeg stabiel gebleven. In Utrecht daarentegen zien we een stijging in het percentage instellingen dat protocollen ter bevordering van de cliëntenparticipatie hanteert.

Tabel 4 Percentage instellingen dat protocollen hanteert voor de zorg op het microniveau, overzicht van twee metingen

| Protocollen | Amsterdam n=46 | | Utrecht n=11 | |
|---|-------------------|------|-----------------|------|
| | 1997 | 1999 | 1997 | 1999 |
| vraaggerichte zorgverlening | % | % | % | % |
| gericht op specifieke behandeling/begeleiding/verrichting | 70 | 78 | 46 | 36 |
| voor specifieke doelgroepen en diagnoses | 50 | 54 | 27 | 27 |
| voor voorbehouden handelingen | 72 | 76 | 82 | 91 |
| voor het gebruik van medische hulpmiddelen | 65 | 63 | 82 | 73 |
| voor kritische momenten in zorgproces | 44 | 65 | 27 | 18 |
| cliëntparticipatie | | | | |
| voor inspraak cliënt bij opstellen/evalueren zorgplan | 54 | 48 | 36 | 64 |
| voor geschillen en klachten | 83 | 83 | 82 | 91 |
| integrale en continue zorg | | | | |
| voor routing van cliënt van aanmelding tot afsluiting van zorg ² | 59 | 70 | 18 | 27 |
| voor situaties waarin niet direct kan worden voldaan aan indicatiestelling | 13 | 13 | 9 | 9 |
| voor onderlinge samenwerking binnen instelling over informatie-uitwisseling | 50 | 50 | 46 | 64 |
| voor onderlinge samenwerking binnen instelling voor overlegsituaties | 54 | 61 | 46 | 46 |
| voor onderlinge samenwerking binnen instelling voor zorgcoördinatie | 56 | 63 | 46 | 27 |
| voor overdracht naar andere zorgverlener binnen de instelling | 35 | 48 | 18 | 36 |
| transparantie | | | | |
| voor voorlichting cliënt over wachtlijstperiode | 28 | 22 | 18 | 36 |
| voor voorlichting aan cliënt over zorgverleningsproces | 48 | 54 | 18 | 36 |
| voor voorlichting aan cliënt over klachten/geschillenregeling/ombudsfunctie | 54 | 59 | 55 | 55 |

²Er is een statistisch significant verschil tussen de steden Amsterdam en Utrecht, $p \leq 0.05$

Het percentage instellingen in Amsterdam en Utrecht dat protocollen voor integrale en continue zorg (uitgangspunt 5 van het Referentiekader) hanteert is iets gestegen. Een opvallend verschil tussen de twee steden is dat in 1999 in Amsterdam 70% van de instellingen een protocol

hanteert voor de routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting van de zorg, terwijl dit in Utrecht slechts bij ruim een kwart van de instellingen het geval is.

Wat de transparantie voor de cliënt betreft (uitgangspunt 6 van het Referentiekader) zijn er in Amsterdam weinig vorderingen geboekt, met name met betrekking tot voorlichting van de cliënt over de wachtlijstperiode. Slechts 22% van de instellingen hanteert hiervoor een protocol. In Utrecht is het percentage instellingen dat een protocol gebruikt voor voorlichting aan de cliënt over de wachtlijstperiode of over het zorgverleningsproces gestegen van 18% naar 36%. De verschillen zijn overigens niet significant.

Kwaliteitsactiviteiten op meso-niveau

Om kwalitatief goede zorg te verlenen die vraaggericht is, integraal en continu, worden eisen gesteld aan het personeel. In het Referentiekader V&V is daarom vastgelegd dat de instellingen zorg dienen te dragen voor een adequaat deskundigheidsniveau van hun medewerkers. Dit kan door een goede selectieprocedure, (bij)scholing, regelmatige evaluaties en werkbegeleiding. Tabel 5 laat zien dat veel instellingen, zowel in Amsterdam als in Utrecht, hun kwaliteitsbeleid richten op het personeel.

Wanneer de gegevens van de twee metingen worden vergeleken dan zien we dat het kwaliteitsbeleid ter stimulering van de kwaliteitsbewaking en -verbetering beperkt is toegenomen. Het meest in het oog lopende resultaat is dat Amsterdam een significante groei laat zien van instellingen die een kwaliteitsfunctionaris hebben aangesteld. Amsterdam onderscheidt zich daarin ook van Utrecht. Daarnaast is zowel in Amsterdam als in Utrecht een toename van het aantal instellingen waar medewerkers in werktijd deel kunnen nemen aan kwaliteitsactiviteiten. Deze toename is echter niet statistisch significant.

In het tweede deel van Tabel 5 is te zien dat instellingen in Utrecht significant meer dan instellingen in Amsterdam aandacht zijn gaan besteden aan deskundigheidsbevordering van leidinggevend en management en deelname aan kwaliteitsprojecten verplicht zijn gaan stellen. Overigens had men daar bij de eerste meting in vergelijking met Amsterdam een achterstand. In Amsterdam is het kwaliteitsbeleid met betrekking tot selectie en scholing van personeel nagenoeg stabiel gebleven.

In het derde deel van Tabel 5 is weergegeven op welke wijze directie en management hun medewerkers sturen in het kwaliteitsbeleid. De wijze waarop gestuurd wordt is in beide steden nagenoeg gelijk gebleven.

Naast participatie van cliënten in de besluitvorming en uitvoering van het zorgproces is het ook van belang dat cliënten betrokken worden bij kwaliteitsactiviteiten op instellingsniveau. Uit Tabel 6 blijkt dat in de onderzoeksperiode steeds meer instellingen cliënten betrekken bij het beoordelen of doelen t.a.v. kwaliteit worden gehaald of bij het bespreken van de uitkomsten van satisfactieonderzoek en klachtenregistratie. Echter de toename is nergens statistisch significant.

In Utrecht zien we verhoudingsgewijs een grotere toename in het percentage instellingen dat cliënten betreft bij het ontwikkelen van protocollen en kwaliteitscriteria. Echter ook hier geen significante verschillen. Dit is vermoedelijk toe te schrijven aan het kleine aantal organisaties in Utrecht dat in de analyses betrokken is. In Utrecht laten de instellingen de cliëntenparticipatie meestal afhangen van het onderwerp, terwijl het in Amsterdam vaker systematisch gebeurt.

Tabel 5 Percentage instellingen met maatregelen op het gebied van personeelsbeleid, overzicht van twee metingen

| Maatregelen | Amsterdam n= 46 | | Utrecht n=11 | |
|---|--------------------|-----------|-----------------|-----------|
| | 1997 % | 1999 % | 1997 % | 1999 % |
| Voorzieningen ter stimulering van activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering | | | | |
| medewerkers worden gestimuleerd zich vakinhoudelijk te ontwikkelen | 67 | 78 | 91 | 91 |
| medewerkers kunnen in werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten | 50 | 70 | 64 | 91 |
| aanstelling kwaliteitscoördinator/functionaris ^{1,3} | 41 | 70 | 73 | 64 |
| instelling stuurgroep kwaliteit | 33 | 46 | 55 | 36 |
| instelling kwaliteitscommissie of werkgroepen | 54 | 52 | 64 | 54 |
| apart gereserveerd budget voor kwaliteitszorg | 11 | 72 | 93 | 93 |
| externe ondersteuning | 26 | 8 | 6 | 6 |
| Selectie en scholing van personeel | | | | |
| scholing, deskundigheidsbevordering leidinggevenden & management ^{1,2,3} | 72 | 85 | 36 | 82 |
| scholing, deskundigheidsbevordering medewerkers en professionals | 78 | 83 | 91 | 82 |
| selectie nieuw personeel met positieve attitude t.o.v. van kwaliteitszorg | 57 | 54 | 46 | 64 |
| nieuwe medewerkers scholen in kwaliteitsbewaking/-verbetering | 17 | 11 | 27 | 18 |
| deskundigheidsbevordering n.a.v. prioriteiten in kwaliteitsbeleid | 50 | 59 | 64 | 73 |
| deelname aan kwaliteitsprojecten verplicht ^{2,3} | 24 | 20 | 9 | 64 |
| Sturing van kwaliteitsbeleid | | | | |
| Verwachtingen aangeven aan personeel betreffende kwaliteitsbeleid | 76 | 63 | 55 | 55 |
| Toetsen medewerkers betreffende afspraken inzake kwaliteitsbeleid | 48 | 54 | 55 | 45 |
| Bewaken van voorzieningen & werkplannen op afdelingen | 48 | 39 | 73 | 73 |
| Systematische feedback personeel over resultaten in kwaliteitszorg | 52 | 48 | 36 | 27 |
| Sancties bij niet nakomen van kwaliteitsbeleid | 2 | 0 | 0 | 9 |
| Geven van incentives | 7 | 13 | 9 | 9 |

¹Er is een statistisch significant verschil tussen voor en nameting, $p \leq 0.05$

²Er is een statistisch significant verschil tussen de steden Amsterdam en Utrecht, $p \leq 0.05$

³Er is een statistisch significant interactie-effect $p \leq 0.05$

Tabel 6 Percentage instellingen dat cliënten betreft bij kwaliteitsactiviteiten; overzicht van twee metingen

| Kwaliteitsactiviteiten* | Amsterdam n=46 | | Utrecht n=11 | |
|--|----------------|-----------|--------------|-----------|
| | 1997 % | 1999 % | 1997 % | 1999 % |
| ontwikkeling van protocollen | 39 | 41 | 55 | 91 |
| ontwikkeling van kwaliteitscriteria | 59 | 57 | 45 | 91 |
| beoordelen of doelen t.a.v. kwaliteit worden behaald | 50 | 72 | 45 | 73 |
| participatie in kwaliteitscommissies | 48 | 54 | 45 | 55 |
| participatie in verbeterprojecten | 50 | 66 | 55 | 73 |
| bespreking uitkomsten satisfactieonderzoek, klachtenregistratie e.d. | 67 | 78 | 55 | 82 |

* De verschillen tussen voor en nameting en tussen de steden zijn niet statistisch significant

5.3.2 Transparantie van het kwaliteitsbeleid van de instellingen

Wanneer men wil ijveren voor ketenkwaliteit is het een voorwaarde dat binnen een instelling het kwaliteitsbeleid helder is, zodat de omringende zorgaanbieders inzicht hebben in de kwaliteit van het zorgaanbod. In Tabel 7 is weergegeven in welke mate de instellingen beschikken over

een geformaliseerd kwaliteitsbeleid. De cijfers geven aan of men al over formele documenten beschikt dan wel deze aan het ontwikkelen is.

Tabel 7 Aantal instellingen dat beschikt over formele documenten waarin het kwaliteitsbeleid is geëxpliciteerd, vergelijking tussen twee metingen

| | Amsterdam n=46 | | Utrecht n=11 | |
|--|----------------|------|--------------|------|
| | 1997 | 1999 | 1997 | 1999 |
| Documenten m.b.t. kwaliteitsbeleid | % | % | % | % |
| missie op schrift | 96 | 98 | 100 | 100 |
| productomschrijvingen | 96 | 87 | 82 | 100 |
| kwaliteitsprofielen ² | 58 | 72 | 82 | 91 |
| kwaliteitsbeleid op schrift | 76 | 85 | 91 | 91 |
| kwaliteitsjaarverslag ² | 70 | 87 | 82 | 91 |
| kwaliteitswerkplan voor de instelling | 72 | 76 | 45 | 82 |
| kwaliteitswerkplan op sommige afdelingen | 58 | 60 | 45 | 73 |
| kwaliteitswerkplan op alle afdelingen | 50 | 48 | 91 | 91 |
| kwaliteitshandboek | 50 | 63 | 64 | 73 |

²Er is een statistisch significant verschil tussen de steden Amsterdam en Utrecht, $p \leq 0.05$

Vrijwel alle instellingen in beide steden hebben bij de tweede meting hun missie op schrift gesteld. Ook hanteren in 1999 vrijwel alle instellingen in Amsterdam en Utrecht productomschrijvingen of zijn daar mee bezig. In beide steden zien we een verdere ontwikkeling van kwaliteitsprofielen. Dit zijn concrete omschrijvingen van de kwaliteitsnormen en kwaliteitskenmerken waaraan een zorgproduct dient te voldoen. Overigens is men daar in Utrecht significant verder mee gevorderd dan in Amsterdam.

In Amsterdam zien we een groei in het vaststellen van kwaliteitsbeleid en het opstellen van een kwaliteitsjaarverslag. In 1997 voldeed 30% van de instellingen nog niet aan deze door de kwaliteitswet gestelde verplichting, in 1999 is dit nog bij 13% van de instellingen in Amsterdam het geval. In Utrecht heeft in 1999 bijna elke instelling een kwaliteitsjaarverslag. Men is daarbij significant verder dan de instellingen in Amsterdam.

Verder zijn in Utrecht vooral vorderingen gemaakt bij het formuleren van kwaliteitswerkplannen, alhoewel de verschillen tussen voor- en nameting niet significant zijn. Het betreft zowel werkplannen voor de hele instelling als voor afzonderlijke afdelingen.

5.3.3 Samenhang en ketenkwaliteit

Om de effecten van het Referentiekader op de samenhang in de zorg verleend door verschillende beroepsbeoefenaren en instellingen na te gaan, wordt een onderscheid gemaakt tussen samenhang op micro- (de zorgverlening), meso- (de instellingen) en macro-niveau (regionaal / stedelijk).

5.3.3.1 Samenhang in de zorg op micro-niveau

Wanneer cliënten van meerdere instellingen zorg ontvangen is het van belang dat de verschillende onderdelen van de zorg op elkaar afgestemd zijn. Hetzelfde geldt wanneer de zorg van cliënten wordt overgedragen naar een andere instelling. Om deze integrale en continue zorg te bereiken kunnen protocollen worden opgesteld voor samenwerking met zorgverleners buiten de eigen instelling.

Tabel 8 Gebruik van protocollen gericht op samenwerking met zorgverleners van andere instellingen; vergelijking tussen twee metingen

| Protocollen* | Amsterdam n=46 | | Utrecht n=11 | |
|--|----------------|------|--------------|------|
| | 1997 | 1999 | 1997 | 1999 |
| | % | % | % | % |
| voor samenwerking met zorgverleners buiten instelling voor info-uitwisseling | 20 | 37 | 18 | 55 |
| voor samenwerking met zorgverleners buiten instelling voor overlegsituaties | 24 | 22 | 9 | 18 |
| voor samenwerking met zorgverleners buiten instelling voor zorgcoördinatie | 22 | 22 | 18 | 18 |
| voor overdracht naar andere zorgverlener buiten instelling | 30 | 28 | 36 | 36 |

*De verschillen tussen voor en na meting en tussen de steden zijn niet statistisch significant

In Tabel 8 is te zien dat het percentage instellingen dat protocollen gebruikt voor de informatie-uitwisseling en voor overlegsituaties met zorgverleners van andere instellingen in de onderzoeksperiode enigszins is toegenomen. Het gebruik van protocollen voor zorgcoördinatie en de overdracht van cliënten naar zorgverleners van andere instellingen is nagenoeg gelijk gebleven. Dit geldt zowel voor de instellingen in Amsterdam als in Utrecht.

Tabel 9 Percentage instellingen dat aangeeft ketengericht te zijn; overzicht van twee metingen

| uitspraken | Amsterdam n=46 | | Utrecht n=11 | |
|--|----------------|------|--------------|------|
| | 1997 | 1999 | 1997 | 1999 |
| | % | % | % | % |
| Op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering wordt nauw samengewerkt met de thuiszorg | 18 | 26 | 27 | 45 |
| Op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering wordt nauw samengewerkt met de verpleeghuizen ² | 60 | 68 | 36 | 45 |
| Op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering wordt nauw samengewerkt met de verzorgingshuizen | 63 | 57 | 82 | 73 |
| Op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering wordt nauw samengewerkt met cliëntenorganisaties | 51 | 59 | 36 | 54 |
| Op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering wordt nauw samengewerkt met zorgverzekeraar | 42 | 54 | 27 | 27 |
| Op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering wordt nauw samengewerkt met de gemeentelijke overheid | 26 | 47 | 27 | 36 |

²Er is een statistisch significant verschil tussen de steden Amsterdam en Utrecht, $p \leq 0.05$

5.3.3.2 Samenhang in de zorg op meso-niveau

Op meso-niveau werd nagegaan of de instellingen op het gebied van kwaliteitsbewaking meer zijn gaan samenwerken met andere partners in de zorg. Met andere woorden: er werd nagegaan in hoeverre instellingen ketengericht zijn in hun kwaliteitsbeleid.

Uit Tabel 9 komt naar voren dat men ten aanzien van het kwaliteitsbeleid doorgaans meer is gaan samenwerken met andere instellingen, hoewel de verschillen nergens statistisch significant zijn. De samenwerking met thuiszorgorganisaties is in beide steden is toegenomen, echter

Amsterdam blijft daarin achter bij Utrecht. In 1999 werkt slechts een kwart van de instellingen samen met de thuiszorg waar het de kwaliteitsbewaking betreft. In Utrecht ligt dat percentage op 45%. Verder blijken in Amsterdam verpleeghuizen significant meer bij de samenwerking op het terrein van kwaliteitsbewaking betrokken te zijn dan in de stad Utrecht. In beide steden zien we dat de samenwerking met verzorgingshuizen iets is teruggelopen.

Vervolgens werd onderzocht of thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen en verzorgingshuizen onderling ook nog verder samenwerken, bijvoorbeeld op directieniveau, door middel van gezamenlijke projecten, gezamenlijk zorgaanbod of afspraken rond overdracht en verwijzing van cliënten. In Tabel 10 is te zien dat in Amsterdam tijdens de implementatieperiode van het Referentiekader V&V de samenwerking van verpleeg- en verzorgingshuizen met de thuiszorg enigszins is afgenomen met name waar het gaat over het gezamenlijk aanbieden van producten.

Tabel 10 Mate van samenwerking met andere instellingen; vergelijking van twee metingen

| | Amsterdam n=46 | | Utrecht n=11 | |
|--|----------------|------|--------------|------|
| | 1997 | 1999 | 1997 | 1999 |
| Samenwerking met (andere) thuiszorginstellingen | % | % | % | % |
| Er is geregeld overleg op directieniveau met (andere) thuiszorginstellingen in de stad | 39 | 37 | 64 | 73 |
| De instelling participeert in projecten om de samenwerking met (andere) thuiszorg instellingen te verbeteren | 46 | 33 | 82 | 82 |
| De instelling heeft schriftelijk vastgelegde afspraken met (andere) thuiszorg instellingen rond overdracht en verwijzing | 26 | 24 | 46 | 18 |
| De instelling biedt in samenwerking met (andere) thuiszorginstellingen producten aan (gezamenlijk zorgaanbod) | 52 | 26 | 73 | 55 |
| Samenwerking met (andere) verpleeghuizen | | | | |
| Er is geregeld overleg op directieniveau met verpleeghuizen in de stad | 85 | 83 | 73 | 91 |
| De instelling participeert in projecten om de samenwerking met (andere) verpleeghuizen te verbeteren | 76 | 74 | 82 | 91 |
| De instelling heeft schriftelijk vastgelegde afspraken met (andere) verpleeghuizen rond overdracht en verwijzing | 46 | 48 | 46 | 18 |
| De instelling biedt in samenwerking met (andere) verpleeghuizen producten aan (gezamenlijk zorgaanbod) | 59 | 63 | 55 | 46 |
| Samenwerking met (andere) verzorgingshuizen | | | | |
| Er is geregeld overleg op directieniveau met (andere) verzorgingshuizen in de stad | 80 | 94 | 100 | 91 |
| De instelling participeert in projecten om de samenwerking met (andere) verzorgingshuizen te verbeteren | 70 | 76 | 73 | 91 |
| De instelling heeft schriftelijk vastgelegde afspraken met (andere) verzorgingshuizen rond overdracht en verwijzing | 37 | 37 | 46 | 18 |
| De instelling biedt in samenwerking met (andere) verzorgingshuizen producten aan (gezamenlijk zorgaanbod) | 46 | 61 | 46 | 27 |

*De verschillen tussen voor en nameting en tussen de steden zijn niet statistisch significant

De samenwerking met verpleeghuizen is nagenoeg constant gebleven en het aantal instellingen dat samenwerkt met verzorgingshuizen is beperkt, doch niet significant toegenomen. In de stad Utrecht zien we een wisselend beeld. Op sommige terreinen zien we dat het aantal instellingen dat samenwerkt is toegenomen, met name is het aantal verpleeg- en verzorgingshuizen toegenomen dat participeert in gezamenlijke projecten. Daarnaast is het aantal instellingen dat schriftelijk vastgelegde afspraken met andere instellingen heeft rond overdracht en verwijzing en dat een gezamenlijk zorgaanbod heeft sterk afgenomen.

5.3.3.3 *Samenhang op macro-niveau*

De indicatiestelling

De indicatiestelling voor verpleeg- en verzorgingshuizen en alle tussenvormen van zorg die door verpleeg- en verzorgingshuizen worden geleverd in Amsterdam wordt verricht door het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO), de Stichting Tot en Met. Tot en Met heeft zes regiokantoren die elk een zorgregio in Amsterdam bedienen. Bij deze regiokantoren kunnen cliënten zich aanmelden. Om elke Amsterdammer een gelijke toegang te verschaffen tot verpleging en verzorging (uitgangspunt 1 van het Referentiekader V&V) worden door de hele stad uniforme indicatiecriteria en urgentiecriteria gehanteerd. Daarnaast is Tot en Met verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor de thuiszorg. Om cliënten en verwijzers niet te belasten met onnodige bureaucratie heeft Tot en Met Amsterdam Thuiszorg gemandateerd voor indicatiestellingen bij aanvragen voor enkelvoudige hulp en bij urgente aanvragen, waar binnen een kort tijdsbestek inzet van hulp nodig is, ongeacht of het om enkel- of meervoudige hulp gaat. Wanneer er sprake is van meervoudige of intensieve thuiszorg, dan verricht Tot en Met de indicaties. De indicaties die door Amsterdam Thuiszorg onder mandaat worden verricht, worden getoetst door Stichting Tot en Met. Amsterdam Thuiszorg levert daartoe elke vier weken gegevens aan over de door hen verrichtte indicaties en urgenties. Binnen de hele stad wordt ook bij de thuiszorg gewerkt met uniforme urgentiecriteria.

In Utrecht is er sinds 1 januari 1998 één meldpunt, genaamd Loket 1 (RIO), waar cliënten zich aan kunnen melden voor thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen. Door de medewerkers van Loket 1 worden de indicaties verricht voor de thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen. Evenals bij Tot en Met in Amsterdam verloopt de indicatieprocedure via het BIO-protocol (Breed Indicatie Overleg-protocol). Dit is een landelijk protocol, waarvoor Loket 1 een lokale vertaling heeft gemaakt. De uitgangspunten zijn een integrale benadering, een objectieve indicatiemethodiek en een onafhankelijke indicatiestelling. Urgentiecriteria zijn er alleen voor intramurale verpleeghuiszorg. Er wordt onderscheid gemaakt tussen twee varianten: urgent en noodzakelijk. In de praktijk betekent dit dat cliënten die in aanmerking komen voor een opname in een verpleeghuis altijd het predikaat urgent krijgen. Het predikaat noodzakelijk wordt vaak aan cliënten gegeven die wel geïndiceerd zijn voor opname, maar hier nog niet aan toe zijn. Dit zijn vaak de mensen die gebruik maken van wachtlijstservice, daghulp of nachtvoorziening.

Het wachtlijstbeheer

In Amsterdam zorgt het SIGRA Verplegings- & Verzorgings Plaatsingsbemiddelingsbureau (SVP) voor plaatsingsbemiddeling voor geïndiceerden voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Het SVP treedt op als intermediair tussen Tot en Met en de zorginstellingen. Het brengt het aanbod van de zorginstellingen en de zorgvraag van cliënten bij elkaar en zorgt er enerzijds voor dat de cliënt snel geplaatst wordt en anderzijds dat de instelling efficiënt gebruik maakt van zijn capaciteit. Een tweede belangrijke taak van het SVP is de stedelijke registratie en het beheer van gegevens van zowel wachtenden als geplaatste cliënten. De registratie is gericht op verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg, zorgpakketten, tijdelijke opnames, groepsverzorging, ziekenhuis verplaatste zorg, substitutiezorg, wijkziekenboeg en tijdelijke opnamen in het kader van flankerend ouderenbeleid.

Het SVP werkt aan de ontwikkeling van een efficiënt wachtlijstbeheer. Met name is, in samenwerking met Tot en Met, het afgelopen jaar gewerkt aan een efficiënt wachtlijstbeheer voor de verzorgingshuizen. Daarbij geldt dat Tot en Met verantwoordelijk is voor het vaststellen van de indicatie en urgentie. De urgentiecriteria worden nu strikt gehanteerd. Aan cliënten die zich min of meer 'uit voorzorg' melden voor een verzorgingshuis, terwijl de indicatie-adviseur inschat dat plaatsing binnen een jaar niet noodzakelijk zal zijn, wordt geen indicatiestelling afgegeven. Voor verzorgingshuis geïndiceerden volgt SVP het model van een dynamisch wachtlijstbeheer. Elk verzorgingshuis krijgt op grond van gegevens die geregistreerd zijn de beschikking over cliëntgegevens van cliënten die binnen afzienbare tijd geplaatst kunnen worden (op de drempellijst staan). De begeleiding van het traject voorafgaand aan de plaatsing wordt daarmee in handen gelegd van de betreffende zorginstelling. Wanneer cliënten nog niet op de drempellijst staan dan heeft de stichting Tot en Met (RIO) de taak om hen te volgen en zo nodig een alternatief zorgaanbod te doen.

Voor cliënten die wachten op een verpleeghuisplaats is het gehele wachtlijstbeheer in handen van het SVP. Het SVP ontvangt de indicatiegegevens van Tot en Met en plaatst de cliënt binnen 24 uur op de wachtlijst, waarbij de plaats op de wachtlijst wordt bepaald door de urgentie. De geïndiceerde cliënt bevindt zich in deze fase thuis, of is opgenomen in een ziekenhuis, revalidatiecentrum of verzorgingshuis. De cliënt kan bij de indicatiestelling voorkeur voor een of meerdere instellingen aangeven. SVP ontvangt dagelijks gegevens van verpleeghuizen over de vrijgekomen capaciteit. Bij plaatsing wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de voorkeur van de cliënt. In de praktijk blijkt echter dat hoe urgenter een cliënt, des te minder keus. Overigens kan een cliënt na plaatsing (bij hoge urgentie) op de wachtlijst blijven voor de instelling van voorkeur. Echter wel met een aangepaste urgentie, omdat hij/zij inmiddels van zorg is voorzien.

Door het strikter toepassen van urgentie- en indicatiecriteria, zuivering van de wachtlijsten, een goede verdeling bij het toewijzen van huizen en demografische factoren (minder ouderen) zijn de wachtlijsten korter geworden. Zo stonden eind 1998 614 personen op de wachtlijst voor een verpleeghuis, eind 1999 zijn dit er 471. De wachtlijst voor de verzorgingshuizen is dermate geslonken dat het volume van de verzorgingshuizen toereikend is. Op dit moment zou elke geïndiceerde voor een verzorgingshuis binnen een half jaar geplaatst kunnen worden. Daarnaast heeft een toename plaatsgevonden van diensten vanuit de verpleeg- en verzorgingshuizen aan cliënten thuis. Zo is het aantal tijdelijke opnames gestegen van 1650 (1-1-1999) naar 3700 (1-1-2000). Het zorgpakket Amsterdam, dit is de dienstverlening thuis vanuit het verzorgingshuis, steeg in die periode van 3000 uren naar 7400 uren.

De wachtlijsten voor de thuiszorg worden beheerd door Amsterdam Thuiszorg, op het niveau van de drie regionale thuiszorgbedrijven. Er is geen stedelijk beheer van de wachtlijsten, maar men werkt op dit moment aan een systeem voor centrale registratie. Voor huishoudelijke hulp en alpha-hulp heeft de klant altijd te maken met een wachttijd. Verpleging kan doorgaans wel geleverd worden en in urgente gevallen geldt dit ook voor verzorging. Soms worden in urgente gevallen door Amsterdam Thuiszorg particuliere bureaus ingehuurd als onderaannemer. Hoewel de wachtlijsten voor intramurale zorg korter zijn, moet men dus nog steeds spreken van schaarste in de zorg. Deze wordt grotendeels veroorzaakt door chronisch personeelsgebrek en een hoog ziekteverzuim. Mede daardoor is een oplossing op korte termijn niet te verwachten.

In Utrecht is men er tot op heden nog niet zo goed in geslaagd om een gezamenlijke strategie te bepalen ten aanzien van het wachtlijstbeheer. Bovendien is er geen centrale registratie voor handen, waardoor management van de zorgvraag bijna onmogelijk is.

Op dit moment wordt in Utrecht het wachtlijstbeheer voor verpleeghuizen gecoördineerd door Loket 1, waar men twee-wekelijks overleg voert met vertegenwoordigers van verpleeghuizen, de 'wachtlijstservice', het zorgkantoor en het RIAGG. Volgens de richtlijnen van de RIO's is wachtlijstbeheer overigens een oneigenlijke taak van Loket 1. Door het ministerie van VWS is vastgesteld dat met ingang van 1 januari 2000 de zorgkantoren verantwoordelijk zijn voor de registratie van de wachtlijsten voor de gehele sector AWBZ, derhalve ook voor de wachtlijsten op het terrein van verpleging en verzorging. Echter wegens gebrek aan financiële middelen heeft het zorgkantoor Loket 1 gevraagd voorlopig deze taak op zich te nemen.

De wachtlijsten voor verzorgingshuizen worden door de afzonderlijke verzorgingshuizen beheerd. Binnen de sectie van verzorgingshuizen bestaat het 'woon-zorg-overleg', dat eenmaal in de zes weken bij elkaar komt. Daar worden de wachtlijsten en de plaatsing van de urgente gevallen besproken. Het woon-zorg-overleg krijgt regelmatig informatie van Loket 1 en koppelt gegevens over plaatsing terug. De wachtlijsten zijn lang. Najaar 1999 staan circa 600 cliënten voor een verzorgingshuis en 300 voor een verpleeghuis op de wachtlijst. Deze situatie is slechter dan in 1997.

Thuiszorg Stad Utrecht is verdeeld in drie stadsdelen, die voorheen elk één of meerdere wachtlijstbeheerders hadden. Sinds de komst van het bureau 'Klantenservice' werkt men daar aan een centraal wachtlijstbeheer voor de thuiszorg in de stad Utrecht. Klantenservice ontvangt van Loket 1 de indicatiegegevens. De cliënten worden op basis van de datum gewenste zorg, de zorgvraag en urgentiescore op de wachtlijst geplaatst. De cliënten worden door Klantenservice doorgegeven naar de teams op basis van de capaciteitsgegevens die de teams wekelijks aanleveren. Door deze werkwijze heeft de cliënt tot hij/zij in zorg komt één centraal aanspreekpunt, waar men van alle bijzonderheden omtrent de zorgvraag op de hoogte is. Het is de wens van alle partijen in Utrecht dat er een centrale registratie komt voor de wachtlijsten van de thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen. Nu is het vrijwel onmogelijk om een gezamenlijke strategie te bepalen bij knelpunten in de zorg en om een beleid te ontwikkelen waarbij de totale zorgcapaciteit van de stad aansluit bij de behoefte die er is.

De samenwerking

Uit de interviews die in het najaar van 1997 werden gehouden bleek dat er in Amsterdam in elk van de zes zorgregio's een samenwerkingsverband (RSV) bestond tussen de verschillende zorginstellingen (verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg) en in enkele regio's participeerden ook de huisartsen, het RIAGG en een ziekenhuis. Hoewel de intensiteit van de samenwerking tussen de regio's varieerde, vond samenwerking rond zorgproducten, afstemming tussen aanbod en vraag, kwaliteitsactiviteiten en ketenzorg vooral plaats op het niveau van de zorgregio. In de periode van de implementatie van het Referentiekader zien we een verschuiving optreden van samenwerking binnen de regio naar samenwerking tussen instellingen (verpleeghuizen en verzorgingshuizen) die in die periode gefuseerd zijn. Daar zijn meerdere redenen voor aan te voeren.

Waar vijf jaar geleden nog sprake was van 63 afzonderlijke verpleeg- en verzorgingshuizen, zijn nu vijf grote stichtingen van instellingen ontstaan in Amsterdam. Bijna ieder verpleeg- of verzorgingshuis is aangesloten bij zo'n stichting of koepel. De fusies kwamen voort uit verschillende ontwikkelingen. Ten eerste bestond er, mede door de marktwerking in de zorgsector en de omslag van intramurale naar een extramurale zorgcapaciteit een algemene tendens tot schaalvergroting. Ten tweede bleken verpleeg- en verzorgingshuizen in de praktijk steeds meer naar elkaar toegroeien omdat ze met dezelfde problematiek te maken hebben. Bovendien werden verzorgingshuizen sinds de overgangswet WBO evenals verpleeghuizen uit de AWBZ gefinancierd. Verregaande samenwerking en fusies waren het gevolg. Deze fusies gingen vaak over de regiogrenzen heen. Mede uit concurrentie-overwegingen bleken instellingen eerder geneigd met hun fusiepartners samen te werken op het terrein van kwaliteitsbewaking en

productontwikkeling dan met zorgaanbieders in de regio. Daarnaast vond binnen Amsterdam Thuiszorg een reorganisatie plaats waarbij gekozen is voor een meer centrale aansturing. Doordat verzorgingshuizen nu ook zorg thuis leveren (zorgpakketten) gaan ook hier concurrentiemotieven een rol spelen. Verder is, volgens de geïnterviewden, de SIGRA een meer prominente rol gaan spelen en wordt deze stedelijke koepel steeds meer als de formele gesprekspartner beschouwd van stedelijke overheid en zorgverzekeraar. De planning van flankerende voorzieningen en substitutieprojecten, voorheen onderwerp in regionaal overleg, vinden steeds vaker plaats op stedelijk niveau, door vertegenwoordigers van de SIGRA en van het zorgkantoor Amsterdam.

Hoewel de regionale samenwerking dus afneemt zal deze in de nabije toekomst een nieuwe impuls krijgen door de (virtuele) inrichting van de zogenaamde zorgaanbiederstafels. Zo'n zorgaanbiederstafel is een overlegstructuur waarin alle zorgaanbieders uit een regio vertegenwoordigd zijn met als doel te komen tot een efficiënte en geïntegreerde zorgverlening aan cliënten met een complexe zorgvraag wanneer het reguliere aanbod niet voldoet. Tevens bespreken zorgaanbieders de knelpunten in de afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod en wisselen ze wachtlijstgegevens uit. Ten tijde van het interview in 1999 was in één zorgregio een zorgaanbiederstafel als pilot geïnstalleerd.

In Utrecht heeft men min of meer een achterstand opgelopen in de samenwerking tussen de partijen, omdat zorginstellingen veelvuldig te maken hadden met afbraak, herbouw en dientengevolge capaciteitsproblemen. Tevens hebben daar in de afgelopen drie jaren veel fusies plaatsgevonden tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Per 1 januari 2000 is er sprake van drie stichtingen (Cascade, Continu en Rhijnhuizen). Bij elke stichting is een aantal verpleeg- en verzorgingshuizen aangesloten. De gezamenlijke zorginstellingen willen met partners op het gebied van wonen en welzijn een zorgnetwerk voor ouderen creëren. Samen met Thuiszorg Stad Utrecht zal een Utrechts zorgnetwerk voor de ouderenzorg ontwikkeld worden, waarin wijkgericht gewerkt zal worden. Hiervoor is door de vier partijen een intentieverklaring getekend en wordt in 2000 een Masterplan ontwikkeld. Een geformaliseerde samenwerking op stedelijk niveau tussen de thuiszorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen dient zich nog verder te ontwikkelen. Ook is er vrijwel geen sprake van stedelijke samenwerking tussen de zorginstellingen en het Regionaal Indicatie Orgaan (Loket 1).

5.3.4 Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van het Referentiekader Verpleging en verzorging

In de interviews van 1999 in Amsterdam werd een aantal factoren genoemd die mogelijk een bevorderende of belemmerende invloed hebben gehad op de implementatie van het Referentiekader V&V (vraagstelling 2).

Bevorderende factoren

Als een belangrijke bevorderende (instrumentele) factor voor de implementatie van het Referentiekader V&V kan worden aangemerkt dat er in alle zes zorgregio's al sprake was van een meer of minder intensieve samenwerking tussen de zorgaanbieders in de Regionale Samenwerkingsverbanden (RSV's). Binnen deze RSV's was men al gewend om gezamenlijk oplossingen te bedenken voor knelpunten in de zorgverlening en gezamenlijk projecten te initiëren. Zo zijn bijvoorbeeld in de regio Zuid-Oost circuitmanagers aangesteld die als taak hebben de cliënt vanaf de indicatie bij te staan totdat de zorg daadwerkelijk is gerealiseerd. Ook is men in deze regio gestart met een zorgaanbiederstafel en het ligt in de bedoeling dat dit initiatief in andere regio's gevolgd zal worden.

Van deze bestaande regionale overlegstructuren kon gebruik worden gemaakt om de het kwaliteitsbeleid zoals voorgesteld in het Referentiekader te implementeren.

Een andere factor die van positieve invloed is geweest op de implementatie van het Referentiekader is de tendens tot centralisatie op stedelijk niveau. Deze ontwikkeling heeft op verschillende fronten plaatsgevonden. Zo is het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO), de Stichting Tot en Met, verantwoordelijk geworden voor alle indicaties op het terrein van verpleging en verzorging. Het wachtlijstbeheer voor de verpleeg- en verzorgingshuizen voor de gehele stad kwam in handen van het SIGRA Verplegings- & Verzorgings Plaatsingsbestedingsbureau (SVP). Verder is de stedelijke koepel SIGRA een meer belangrijke rol gaan spelen. Mede door deze centralisatie werd het gemakkelijker een gezamenlijk beleid te voeren waar het de afstemming van zorgvraag en zorgaanbod betreft.

Een derde bevorderende factor wordt gevormd door de landelijke afspraken die gemaakt zijn op de Leidschendamconferenties. Het ingezette beleid aldaar heeft de aandacht van zorginstellingen voor kwaliteitsbewaking vergroot en geleid tot een toename van het 'kwaliteitsbewustzijn'. De afspraken in Leidschendam werden vervolgens nog eens bekrachtigd door de invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, waarmee de overheid zorginstellingen verplichtte tot invoering van kwaliteitsbewakende systemen (Ministerie van VWS 1996). Door beide ontwikkelingen werd een gunstig klimaat geschapen voor de implementatie van het Referentiekader.

Tot slot heeft het traject van schaalvergroting een positieve invloed gehad op de invoering van het kwaliteitsbeleid zoals in het Referentiekader werd omschreven. In de loop der jaren hebben diverse fusies tussen zorginstellingen plaatsgevonden. Inmiddels is er in de stad Amsterdam een vijftal stichtingen of koepels van instellingen ontstaan. Bijna ieder verpleeg- of verzorgingshuis is aangesloten bij zo'n koepel. De verschillende lidinstellingen van zo'n koepel werken nauw samen op het terrein van kwaliteit en ketenzorg. Daarmee werd een aanzet gegeven tot een meer professionele zorgverlening, een uitbreiding van diensten, en een meer flexibele inzet van diensten en middelen.

Belemmerende factoren

Hoewel de tendens tot centralisatie zeker vruchten heeft afgeworpen, bijvoorbeeld zoals genoemd voor het efficiënt beheer van de wachtlijsten, heeft deze ook belemmerend gewerkt voor de implementatie van het Referentiekader. Het kwaliteitsbeleid van het Referentiekader was namelijk sterk vanuit de regiogedachte geformuleerd. Met name voor cliënten die thuiswonen wordt gepleit voor een gevarieerd pakket op maat ten aanzien van wonen, zorg en welzijn. Een dergelijk pakket dient kleinschalig en in de omgeving van de cliënt te worden georganiseerd. Regionale samenwerking tussen verzorgingshuizen, instellingen voor thuiszorg en voorzieningen binnen het flankerend ouderenbeleid kunnen daar zorg voor dragen. Echter zoals reeds in paragraaf 5.3.3.3 is beschreven wordt de onderlinge samenwerking op dit moment in veel mindere mate bepaald door regionale motieven. Door de schaalvergroting en de marktwerking in de gezondheidszorg kiest men, mede uit concurrentie-overwegingen, eerder voor samenwerking met fusiepartners, welke zich vaak niet in dezelfde regio bevinden. Het overleg in de RSV's krijgt minder gewicht toegekend.

Daarnaast geldt dat de SIGRA een meer prominente rol is gaan spelen. Deze is meer dan voorheen het aanspreekpunt geworden voor het Zorgkantoor Amsterdam, de Stichting Tot en Met en de gemeentelijke overheid. Het Zorgkantoor Amsterdam voert vrijwel geen overleg meer op regionaal niveau, en beperkt zich tot structureel overleg met de afzonderlijke instellingen, twee maal per jaar. Bovendien blijkt dat het SVP wel wachtlijstgegevens terugkoppelt naar de individuele instellingen, terwijl op regio-niveau niet een systematisch inzicht wordt verschaft. Een knelpunt daarbij blijkt ook te zijn dat de verschillende informatiesystemen nog niet goed op elkaar aansluiten. Al deze ontwikkelingen hebben een belemmerende invloed gehad op de samenwerking in de zorgregio's en mede daardoor op de implementatie van het Referentiekader.

Tot slot wordt het Referentiekader Verpleging & Verzorging zelf als belemmerende factor ervaren. Vertegenwoordigers van zorginstellingen vinden het kwaliteitsbeleid in het kader te algemeen geformuleerd. Bovendien constateert men dat er geen duidelijk implementatietraject is ontwikkeld en afgesproken. Dit heeft tot gevolg gehad dat in de afgelopen twee jaar het Referentiekader voor veel betrokken instellingen steeds meer op de achtergrond is geraakt en dat landelijke ontwikkelingen zoals de AWBZ-financiering van de verzorgingshuizen, het instellen van Regionale Indicatie Organen, de veranderende rol van het zorgkantoor en het opstellen van regiovisies steeds belangrijker werden om te komen tot ketenzorg. Overigens moet worden vermeld dat de uitgangspunten van het Referentiekader bij het opstellen van regiovisies wel worden betrokken.

5.4 NABESCHOUWING

In dit hoofdstuk werd ten eerste nagegaan of de implementatie van het Referentiekader Verpleging & Verzorging in Amsterdam effecten heeft gehad op het kwaliteitsbeleid van instellingen in het algemeen en de samenhang in de zorg die verleend wordt door verschillende beroepsbeoefenaren en instellingen in het bijzonder. Ten tweede werd onderzocht welke factoren belemmerend en bevorderend hebben gewerkt op de implementatie van het Referentiekader.

5.4.1 Samenvatting van de onderzoeksresultaten

Kwaliteitsactiviteiten in instellingen

Uit de gegevens komt naar voren dat instellingen zowel in Amsterdam als in Utrecht investeren in een transparant kwaliteitsbeleid. Men ziet een groei in productomschrijvingen en in toenemende mate worden kwaliteitsplannen ontwikkeld waarin maatregelen, voorzieningen en volgorde van activiteiten met betrekking tot de kwaliteit van zorg zijn vastgelegd.

Daarnaast geven in een aantal instellingen directies en/of management van instellingen expliciet sturing aan kwaliteitsactiviteiten door het bewaken van kwaliteitsplannen. Verder blijkt dat instellingen in beide steden zich inzetten voor deskundige zorgverlening. Men motiveert de medewerkers om zich vakinhoudelijk te ontwikkelen, en stimuleert scholing en deskundigheidsbevordering.

Samenwerking tussen instellingen

Uit de onderzoeksgegevens komt naar voren dat er een lichte groei is te constateren in de mate waarin instellingen gezamenlijk invulling geven aan kwaliteitsbewaking. Dit geldt voor zowel Amsterdam als Utrecht. Echter, zo blijkt uit de interviews, de samenwerking tussen instellingen wordt veelal beïnvloed door de tendens tot schaalvergroting en de omslag van een intramurale naar een extramurale oriëntatie, welke zich onder andere uit in een reductie van intramurale zorgcapaciteit. Zowel in Amsterdam als in Utrecht zijn vele fusies doorgevoerd. In Amsterdam heeft dit geleid tot samenwerking over de regiogrenzen heen. Dit is in een aantal gevallen ten koste van de regionale belangen gegaan, maar heeft anderzijds ook geleid tot een meer professionele zorgverlening (met name in verzorgingshuizen), een uitbreiding van diensten, en een meer flexibele inzet van diensten en middelen.

In Utrecht heeft men min of meer een achterstand opgelopen in de samenwerking tussen de partijen, omdat zorginstellingen veelvuldig te maken hadden met afbraak, herbouw en dientengevolge capaciteitsproblemen. Inmiddels wil men ten aanzien van de samenwerking een inhaalslag maken. De gezamenlijke zorginstellingen willen met partners op het gebied van wonen en welzijn een zorgnetwerk voor ouderen creëren.

Samenwerking en wachtlijstbeheer

In Amsterdam zijn ontwikkelingen in gang gezet die hebben geleid tot uniforme en strikte indicatiecriteria voor verpleging en verzorging en voor een efficiënt wachtlijstbeheer. Mede daardoor is de omvang van de wachtlijsten voor verpleeg- en verzorgingshuizen afgenomen. De samenhang in de zorg voor de cliënt die op de wachtlijst staat voor een intramurale voorziening heeft in Amsterdam naar tevredenheid vorm gekregen. De verantwoordelijkheden gedurende het traject van indicatie tot plaatsing zijn expliciet vastgesteld. Het RIO volgt de cliënt totdat het plaatsingsbureau zich bezig gaat houden met plaatsingsbemiddeling en de betrokken instelling draagt voor de begeleiding van de cliënt voorafgaand aan de plaatsing. In Utrecht is men er tot op heden nog niet zo goed in geslaagd om een gezamenlijke strategie te bepalen ten aanzien van knelpunten in vraag en aanbod. De zorgaanbieders hebben wel plannen om dit probleem gezamenlijk aan te pakken en een beleid te ontwikkelen waarbij de totale zorgcapaciteit van de stad aansluit bij de behoefte die er is.

Belemmerende en bevorderende factoren

In het Referentiekader Verpleging & Verzorging wordt uitgegaan van de zes Amsterdamse zorgregio's, waarbinnen de samenwerking en de samenhang gestalte diende te krijgen. Echter aan samenwerking op regionaal niveau werd de afgelopen twee jaar minder aandacht besteed, omdat voor de intramurale zorgverlening een proces van schaalvergroting op gang is gekomen. De fusies die daarmee werden gerealiseerd vonden vaak plaats over de regiogrenzen heen. Ook door de reorganisatie en de neiging tot centralisatie bij Amsterdam Thuiszorg werd de regionale samenwerking minder en traden concurrentiemotieven op de voorgrond. Deze ontwikkelingen hebben tot gevolg gehad dat er minder aandacht was voor overleg in de zorgregio. Echter vooral voor extramurale zorg is regionale samenhang een noodzaak. Immers om tegemoet te komen aan de wens tot zorg op maat, dient de zorg dicht bij de cliënt en kleinschalig georganiseerd te zijn. Daarbij dient regionale samenwerking vóór concurrentie-overwegingen te gaan.

5.4.2 Methodologische kanttekeningen

Hoewel dit onderzoek veel informatie opgeleverd heeft, is een aantal kanttekeningen te maken bij de methode van onderzoek. Deze betreffen de validiteit van de gegevens, de grootte van de groep deelnemende zorginstellingen en het design.

De validiteit van de gegevens

De informatie die met de vragenlijsten en met de interviews werd verzameld weerspiegelt steeds de visie van een lid van de directie of het management of van een staffunctionaris van de organisatie. Dit heeft zijn beperkingen. Ten eerste is het denkbaar dat degene die de vragenlijsten invult een wat rooskleuriger beeld geeft dat niet geheel overeenkomt met datgene dat in de praktijk gebruikelijk is. Bijvoorbeeld het beschikbaar zijn van protocollen hoeft niet te betekenen dat deze ook werkelijk worden toegepast. Tevens kan een geïnterviewde geneigd zijn vooral verslag te doen van activiteiten die succesvol zijn gebleken. Deze beperkingen worden enigszins te niet gedaan door de vragen van de schriftelijke enquête zo concreet mogelijk te formuleren. Er werd bijvoorbeeld niet gevraagd naar algemene activiteiten maar naar specifieke protocollen en richtlijnen. Bovendien werden niet alleen interviews gehouden met vertegenwoordigers van (samenwerkende) zorginstellingen, maar ook met vertegenwoordigers van cliënten-organisaties, verzekeraars en gemeente. De onderwerpen die aan de orde kwamen werden dus uit verschillende perspectieven belicht. Daarnaast zijn de gegevens van de onderhavige studie vergeleken met de resultaten uit ander onderzoek. Zo bleek uit de resultaten van de inventarisatie naar kwaliteitsactiviteiten binnen instellingen dat in de organisaties in beide steden veel aandacht was voor deskundigheidsbevordering via bij- en nascholing. Deze resultaten kwamen overeen met gegevens van een recent landelijk onderzoek (Wagner e.a.

1997; Sluijs & Wagner 2000). Ook de bevindingen met betrekking tot het beschikbaar zijn van protocollen, die gericht zijn op het bevorderen van continuïteit van zorg zijn vergelijkbaar met het voornoemd onderzoek.

Steekproefomvang vragenlijstonderzoek

Door middel van een schriftelijke vragenlijst is bij alle zorginstellingen in Amsterdam en Utrecht informatie verzameld over kwaliteitsactiviteiten binnen de organisatie. Hoewel de respons tijdens de eerste en tweede meting (respectievelijk 77 en 83%) goed was te noemen, trad er toch een beperking op omdat niet alle responderende instellingen aan beide metingen hadden deelgenomen. Voor een zuivere vergelijking was het noodzakelijk om alleen de instellingen te betrekken waarvan informatie van beide metingen beschikbaar was. Met name in Utrecht was het aantal instellingen dat aan beide metingen had deelgenomen laag. Deze omstandigheden hebben er toe geleid dat de aantallen in de verschillende subgroepen mogelijk te klein waren om significante resultaten op te sporen.

Design

Zoals bij de methode werd vermeld wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van een pretest-posttest controle group design. Een dergelijk design doet vermoeden dat er sprake is van een onderzoek met een experimenteel karakter. Echter de beschreven studie had voornamelijk kenmerken van een veldonderzoek, waarin in zowel de 'experimentele' groep als in de vergelijkingsgroep allerlei omgevingsfactoren een rol hebben gespeeld die moeilijk te controleren waren. De twee steden die werden vergeleken verschilden al bij aanvang op een aantal kenmerken, zoals grootte, onderscheid in zorgregio's en mate van samenwerking. Daarnaast waren er de bovengenoemde beperkingen als steekproefgrootte en validiteit. Het design werd eigenlijk vooral gebruikt om op twee tijdstippen de situatie te beschrijven wat betreft samenhang, transparantie en continuïteit van zorg in de stad Amsterdam waar men een gezamenlijke zorgvisie heeft ontwikkeld en in de stad Utrecht waar men dat niet heeft. Echter de gevonden verschillen kunnen niet zondermeer toe geschreven worden aan het Referentiekader Verpleging en Verzorging. Hooguit kunnen veronderstellingen worden gemaakt over welke resultaten redelijkerwijs aan het Referentiekader kunnen worden toegeschreven.

5.4.3 De effecten van het Referentiekader

Uit de resultaten komt naar voren dat zowel in Amsterdam als in Utrecht de instellingen veel activiteiten verrichten op het terrein van kwaliteit van zorg. Deze activiteiten hebben betrekking op de directe zorgverlening (bijvoorbeeld het werken met protocollen) en op het niveau van de instelling (bijvoorbeeld personeelsbeleid). Omdat deze kwaliteitsactiviteiten bij de instellingen van beide steden worden ondernomen, zijn zij eerder toe te schrijven aan de landelijke tendens om kwaliteitssystemen in te voeren in de zorgsector, sinds de Kwaliteitswet Zorginstellingen in 1996 (Staatsblad 1996) van kracht is geworden, dan aan de implementatie van het Referentiekader.

Het Referentiekader Verpleging & Verzorging lijkt met name een stimulerende factor te zijn geweest voor de samenhang op stedelijk niveau. Ontwikkelingen die mede in gang gezet zijn door het Referentiekader zijn uniforme en strikte indicatiecriteria voor verzorgings- en verpleeghuizen welke hebben geleid tot een verkorting van de wachtlijsten. Tevens hebben een efficiënt wachtlijstbeheer en verantwoordelijkheidtoebedeling gezorgd voor meer samenhang voor de cliënt die wacht op een intramurale voorziening.

Literatuur

- Bakker, D.H. Peters, P., Sluijs, E.M. Philipsen, H. Onderzoeksprogramma Kwaliteit van zorg. Overzichtsstudie Kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing. NWO, Gebied Medische Wetenschappen, Den Haag 1994.
- COMMISSIE REFERENTIEKADER VERPLEGING EN VERZORGING. Referentiekader Verpleging en Verzorging regio Amsterdam. Amsterdam: ZAO, 1995.
- Frissen MAG, Lans S Van Der. Kwaliteitsbeleid: de derde Leidschendam-conferentie. Medisch Contact, 1995, **50**, 543-546.
- Hardjono TW, Hes FW. De Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding. Deventer: Kluwer, 1993.
- Sluijs E.M. & Wagner C. (2000) Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000. Utrecht: NIVEL.
- STAATSBLAD Wet van 18 januari 1996 betreffende de kwaliteit van zorginstellingen (kwaliteitswet zorginstellingen). 's Gravenhage: Sdu Uitgevers, 1996
- Wagner C, Bakker DH DE, Sluijs EM. Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken 1995. Utrecht: NIVEL, 1995.
- Wagner C, Stoop, A.P., Temmink, D. & Bakker, D.H. DE. Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging. Utrecht: Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, 1997

Hoofdstuk 6

DE EFFECTEN VAN HET REFERENTIEKADER VERPLEGING EN VERZORGING OP DE SAMENHANG EN TRANSPARANTIE VAN DE ZORGVERLENING

Het oordeel van de cliënt

SAMENVATTING

In dit hoofdstuk wordt in kaart gebracht wat het Referentiekader Verpleging en Verzorging, waarin men ijvert voor continuïteit van zorg en transparantie van zorg, tot nu toe in de praktijk heeft opgeleverd. Meer specifiek wordt nagegaan wat vanuit de optiek van cliënten de effecten zijn op de samenhang van de zorg wanneer deze verleend wordt door verschillende beroepsbeoefenaren en/of meerdere zorginstellingen. Tevens wordt onderzocht in welke mate de cliënt geïnformeerd wordt over het zorgproces en in staat wordt gesteld daarin als gelijkwaardige partner te participeren.

Het onderzoek werd uitgevoerd bij cliënten in Amsterdam en Utrecht, die een positieve indicatie hebben en op de wachtlijst staan voor een verpleeg- of verzorgingshuis, omdat deze groep, die vaak zorg ontvangt van meerdere aanbieders tegelijk, vermoedelijk het eerst iets zal merken van een verbetering in de samenhang en de transparantie. Door middel van semi-gestructureerde telefonische interviews werd nagegaan hoe deze zorggebruikers oordelen over de continuïteit van de zorg. Ook werd nagegaan in welke mate men de zorg als toegankelijk beoordeelt en of het voldoende inzichtelijk is op welke wijze keuzes in de zorg worden gemaakt.

Op basis van de onderzoeksresultaten kan worden geconcludeerd dat cliënten sinds de invoering van het Referentiekader beter worden geïnformeerd over relevante zaken betreffende het zorgproces. Zo weet men beter waar men terecht kan wanneer er zich problemen voor doen tijdens de periode dat men wacht op residentiële zorg. Ook is de cliënt beter geïnformeerd over hoe te handelen bij klachten.

6.1 INLEIDING

Sinds het begin van de jaren negentig wordt in alle sectoren van de gezondheidszorg gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitssystemen met als doel de kwaliteit van zorg te waarborgen. Alle aanbieders van zorg hebben zich hiertoe verplicht via de afspraken die hierover op landelijk niveau tijdens de eerste Leidschendamconferenties in 1989 en 1990 zijn gemaakt. Bovendien ontstond met de kwaliteitwet zorginstellingen (Staatsblad 1996), de wettelijke verplichting voor zorginstellingen tot een systematisch kwaliteitsbeleid (Wagner e.a. 1995; Sluijs & Wagner 2000).

Inmiddels is al veel gerealiseerd op het terrein van het kwaliteitsbeleid. Tijdens de Leidschendamconferentie van 1995 werd gerapporteerd hoe de stand van zaken betreffende het kwaliteitsbeleid in de zorginstellingen was. Uit de resultaten bleek dat het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitssystemen om een lang traject vragen. De meerderheid van de instellingen was echter al projectmatig bezig met kwaliteitsbewaking en bevordering en een minderheid bevond zich in de fase van voorwaardenscheppende activiteiten, zoals het instellen van stuurgroepen of kwaliteitscommissies en het opzetten van scholing. Slechts 2% van de instellingen had nog geen initiatieven ontwikkeld. (Wagner e.a. 1995; Wagner & Sluijs 2000). Hoewel dus flinke vorderingen gemaakt waren bleek ten tijde van Leidschendam 1995 dat het kwaliteitsbeleid in zorginstellingen veelal intern gericht was. Dat wil zeggen op projecten binnen de eigen instelling. Men was zich er echter ook van bewust dat kwaliteit van zorg tevens wordt bepaald door de mate van continuïteit die de cliënt ervaart, wanneer hij met meerdere zorgverleners en meerdere instellingen te maken heeft. Aandacht voor de zorgketen leek dan ook een logische stap in het kwaliteitsbeleid (Spreeuwenberg 1995). Met een zorgketen bedoelt men zorg en diensten die achtereenvolgens of tegelijkertijd door meerdere zorgverleners en soms ook door meerdere instellingen worden geleverd. De verschillende elementen van zo'n keten dienen goed op elkaar afgestemd te zijn, zodat deze door de cliënt als één geheel worden ervaren. Wanneer instellingen gezamenlijk zorgen voor het bewaken van kwaliteit van de gehele zorgketen, kan men spreken van ketenkwaliteit.

In de literatuur over kwaliteit wordt ketenkwaliteit wel gezien als de laatste stap in de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem (Hardjono en Hes 1993). Na achtereenvolgens de aandacht te richten op productkwaliteit, proceskwaliteit en systeemkwaliteit binnen een instelling, wordt de zorg voor kwaliteit uitgebreid naar omringende organisaties waarmee men samen werkt. Strikt genomen kan men in de gezondheidszorg ketenkwaliteit niet echt als een vierde fase in de ontwikkeling van kwaliteitssystemen beschouwen. Immers samenwerking en afstemming dienen al in een eerdere fase gestalte te hebben gekregen en zijn in feite eerder als een voorwaarde voor kwaliteit op te vatten dan als een volgende fase in het proces van kwaliteitsbewaking. Een andere verschuiving die zichtbaar werd in het denken over kwaliteit, was dat de cliënt met zijn behoeften, voorkeuren en meningen een meer centrale plek ging innemen. De democratiseringsgolf in de gezondheidszorg leidde tot mondiger cliënten en sinds de zeventiger jaren ontstond meer aandacht voor de rechten van de cliënt (Wagner e.a., 1995). De ontwikkeling naar een meer cliëntgerichte zorg en de Leidschendamafspraken om cliënten en hun organisaties meer inspraak te geven in de bewaking van kwaliteit van de zorg de passen in deze trend (NRV, 1990; NRV, 1995). We zien dan ook in toenemende mate dat via cliëntenraadpleging wordt gevraagd om een oordeel te geven over de kwaliteit van zorg. Anderzijds worden cliënten betrokken bij het (re)organiseren van de gezondheidszorg, zoals bij de opstelling van de regiovisies ouderenzorg.

Om cliëntenparticipatie goed vorm te kunnen geven is het van belang dat de zorgverlening op transparante wijze is georganiseerd. Immers als voor de consument duidelijk is welke zorg instellingen bieden en hoe men kwaliteit realiseert dan kunnen cliënten op individueel niveau hun keuze maken voor een bepaalde zorgaanbieder en op het niveau van de cliëntenorganisatie kan men daadwerkelijk bijdragen aan de evaluatie en de sturing van het kwaliteitsbeleid.

6.1.1 Ontwikkelingen in kwaliteitsbeleid

Mede door de hierboven geschetste maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de behoefte aan samenhang in de zorgketen en de behoefte aan een transparante zorgverlening, hebben vertegenwoordigers van alle bij de verpleging en verzorging betrokken partijen zoals zorginstellingen, belangenorganisaties voor ouderen, consumentenorganisaties, de zorgverzekeraar en de gemeente Amsterdam het 'Referentiekader Verpleging en Verzorging' ontwikkeld (Commissie Referentiekader Verpleging en Verzorging, 1995). Volgens het Van Dale woordenboek (1995) is een referentiekader een 'geheel van gewoonten, normen en regels' dat richtinggevend is voor het handelen. Het Referentiekader voor Verpleging en Verzorging had dan ook als doel de normen en waarden die aan de zorgverlening ten grondslag liggen te beschrijven om daarmee richting te geven aan de kwaliteit van de zorg in de thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen.

In de nota worden zes principes beschreven, welke ten grondslag zouden moeten liggen aan kwalitatief goede zorg (zie Box 1). Van elk uitgangspunt zijn de consequenties omschreven voor de verschillende fasen en niveaus in het zorgproces. Op grond daarvan zijn kwaliteitseisen voor de functies verpleging en verzorging opgesteld. Het ontwikkelde raamwerk van eisen voor de functies verpleging en verzorging biedt aanknopingspunten bij de ontwikkeling van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid. Daarbij wordt benadrukt dat in de zorgverlening de belangen van de cliënt centraal moeten staan en niet de belangen van een zorginstelling. Bovendien moet de totale zorgverlening een sluitend geheel zijn waarin de verschillende onderdelen binnen de zorgketen goed op elkaar zijn afgestemd.

Met het Referentiekader wilde men het kwaliteitsbeleid in de instellingen stimuleren en een basis bieden voor het kwaliteitsbeleid. Het kader biedt geen nauw omschreven pakket van richtlijnen, maar laat organisaties voldoende ruimte om invulling te geven aan de eigen verantwoordelijkheid. Het Referentiekader kan een leidraad zijn wanneer keuzes in de zorg moeten worden gemaakt. Omdat vertegenwoordigers van alle bij de zorg betrokken instellingen hebben bijgedragen aan de ontwikkeling ervan, geeft het bovendien een mogelijkheid aan partijen om elkaar aan te spreken over hoe men kwaliteit vorm geeft.

Box 1 Zes uitgangspunten voor Verpleging en Verzorging

1. Elke Amsterdammer heeft principiële dezelfde rechten
Dat betekent dat iedereen die zorg nodig heeft gelijke rechten heeft op toegang en gebruik van zorgvoorzieningen. Wanneer er schaarste in de zorg heerst, dan dienen de beperkte middelen zo goed mogelijk verdeeld te worden.
2. De benadering in de verpleging en verzorging is vraaggericht
De zorgvraag van de cliënt geldt als uitgangspunt voor de zorgverlening. Op basis van de zorgvraag stellen zorgverlener en cliënt een individueel zorgplan op.
3. De zorggebruiker is participant in het zorgproces
De cliënt is partner het zorgproces, de besluitvorming en uitvoering van zijn/haar behandeling. Daarom dient de cliënt zoveel mogelijk informatie te krijgen over relevante zaken die in verband staan met zijn/haar ziekte, het verzorgingsproces en de positie als gebruiker.
4. Elke Amsterdammer heeft vrijheid van keuze
Elke zorggebruiker heeft een optimale keuzevrijheid met betrekking tot de inhoud van het zorgpakket, de zorgverlener, of de locatie van de voorziening waarvoor hij/zij geïndiceerd is.
5. De benadering van de zorgvraag is integraal en continuïteit van zorg is gewaarborgd
Binnen het zorgproces zijn de verschillende zorgonderdelen onderling goed op elkaar afgestemd. De zorgverlening is gericht op de cliënt in zijn totaliteit en houdt rekening met gezins- of familieleden.
6. Er is inzicht voor de zorggebruiker op welke wijze er keuzes in de zorg worden gemaakt. In geval van schaarste door gebrek aan mensen, middelen of capaciteit, zijn de keuzes die gemaakt moeten worden gebaseerd op voor iedereen inzichtelijke criteria.

De uitgangspunten, zoals weergegeven in Box 1, laten zien dat het Referentiekader zich, naast kwaliteitsactiviteiten binnen de afzonderlijke instellingen, ook expliciet richt op het aanbrengen van samenhang in de zorgketen. Onder andere wordt veel aandacht besteed aan het traject van indicatie tot aan de effectuering van de geïndiceerde zorg. Daarbij wordt steeds benadrukt dat een vraaggerichte benadering in de zorgverlening essentieel is. Tevens wordt in de notitie, gepleit voor een transparante zorgverlening. Wanneer, vanwege schaarste, keuzes gemaakt dienen te worden, dan dienen deze gebaseerd te zijn op voor iedereen inzichtelijke criteria. Zo moet bijvoorbeeld het wachtlijstbeheer gebaseerd zijn op criteria die voor iedereen duidelijk zijn. Daarnaast kan de transparantie worden bevorderd door een helder indicatiebeleid, een voortdurend overleg met de cliënt tijdens het zorgproces, een geschillenregeling, een inzichtelijke klachtenprocedure en vroegtijdige informatie aan de (potentiële) klant (Commissie Referentiekader Verpleging en Verzorging, 1995).

6.1.2 Doel van het onderzoek

In het hier gepresenteerde onderzoek wordt de implementatie van het Referentiekader geëvalueerd. Meer in het bijzonder wordt nagegaan of het door het Referentiekader ingezette kwaliteitsbeleid bijdraagt aan de kwaliteit van zorg zoals deze door cliënten wordt ervaren. Het onderzoek wordt uitgevoerd onder cliënten die een positieve indicatie hebben en op de wachtlijst staan voor een verzorgingshuis of verpleeghuis. Met name deze groep cliënten maakt gebruik van allerlei vormen van vervangende zorg, verleend door meerdere zorgverleners en afkomstig van verschillende zorginstellingen. Daarmee bestaat bij hen een reëel gevaar van een versnipperde zorgverlening, gebrekkige informatie en het ontbreken van continuïteit. Vanwege deze omstandigheden wordt verwacht dat juist in deze groep de effecten van een beleid, dat samenhang en transparantie beoogt, het eerst merkbaar zouden moeten zijn. Omdat er, zowel landelijk als lokaal, veel ontwikkelingen gaande zijn op het gebied van kwaliteitsverbetering, die elk weer invloed hebben op de vormgeving en kwaliteit van de zorgverlening wordt de Amsterdamse situatie vergeleken met de ervaringen van cliënten in een andere grote stad, namelijk Utrecht. De algemene onderzoeksvraag luidt: heeft de implementatie van het Referentiekader Verpleging en Verzorging de beoogde effecten op de kwaliteit van zorg zoals deze door de cliënten wordt waargenomen. Binnen het brede concept van kwaliteit wordt in dit onderzoek met name aandacht besteed aan de uitgangspunten die in het Referentiekader zijn geformuleerd. Zo wordt nagegaan hoe cliënten de toegankelijkheid van de zorg ervaren en of de geboden zorg tijdens de wachtperiode aansluit op de zorgvraag. Ook wordt onderzocht in welke mate de cliënt als participant in het zorgproces wordt beschouwd. Daarvoor is het van belang dat de cliënt inzicht wordt geboden in de wijze waarop keuzes worden gemaakt in de zorgverlening en dat voldoende informatie wordt geboden over relevante zaken in de zorgverlening. Tot slot wordt nagegaan in hoeverre de implementatie van het Referentiekader Verpleging en Verzorging er inderdaad toe heeft geleid dat cliënten op de wachtlijst meer afstemming en coördinatie in de zorg ervaren, wanneer zij te maken hebben met verschillende hulpverleners.

6.2 ONDERZOEKSMETHODE EN DATAVERZAMELING

Het onderzoek is opgezet volgens een pre-test/post-test controle groep design. De stad Amsterdam, waar het Referentiekader is ontwikkeld, vormt de experimentele conditie en de stad Utrecht is de controleconditie.

Om antwoord te verkrijgen op de in de inleiding geformuleerde onderzoeksvragen, werden in najaar/winter 1997-1998 en in najaar/winter 1999-2000 telefonische interviews gehouden. Voor deze methode werd gekozen omdat met name kwantitatieve gegevens zouden worden verzameld. Een enquête is daartoe het meest geschikte middel. Voor een telefonisch afname werd gekozen omdat veelal oudere respondenten werden verwacht, voor wie het invullen van een vrij omvangrijke schriftelijke vragenlijst een probleem zou kunnen opleveren. Overigens was er voor de meest hulpbehoevende groep cliënten, die daar prijs op stelden, de mogelijkheid om persoonlijk te bezocht te worden.

6.2.1 Inhoud van de vragenlijst

Op basis van de literatuur over continuïteit van zorg (Achterberg, 1997; Casparie e.a., 1998; Shortell, 1976), de verschillende fases van het zorgproces (Slingerland & Van Amelsvoort 1993) en de notitie 'Referentiekader Verpleging en Verzorging' (Commissie Referentiekader Verpleging en Verzorging, 1995) is een lijst van onderwerpen samengesteld voor het te houden telefonische interview.

Het ontwikkelde enquête-schema is grotendeels gebaseerd op de volgende bestaande vragenlijsten 'ADL en HDL schalen' (Kempen & Suurmeijer, 1990), 'Zorgbehoefte en Zorggebruik' (de Veer & de Bakker, 1994), 'Quote - Ouderen' (Sixma e.a 1998); 'Integratie Kruiswerk en Gezinsverzorging' (de Bruin e.a., 1996); Vragenlijst continuïteit van zorg vanuit cliëntenperspectief (Casparie e.a. 1998).

De ontwikkelde vragenlijst is voor commentaar voorgelegd aan de begeleidingscommissie. Vervolgens zijn een aantal proefinterviews gehouden onder oudere cliënten op de wachtlijst met als doel de hanteerbaarheid voor afname per telefoon te toetsen.

Het interviewschema is opgebouwd uit een aantal deelgebieden die elkaar logisch opvolgen (zie Bijlage 4). De volgende onderwerpen komen aan bod:

- A Gegevens over de zelfredzaamheid, waarin een aantal vragen wordt gesteld om vast te kunnen stellen in hoeverre de cliënt zijn dagelijkse en huishoudelijke bezigheden nog zelfstandig kan verrichten.
- B Gegevens over de aanmelding, waarin naast feitelijke gegevens over de bereikbaarheid ook vragen worden gesteld over de kwaliteit.
- C Gegevens over de intake, waarin naast feitelijke gegevens over wachtperiode ook wordt gevraagd naar de kwaliteit van de informatievoorziening en inspraakmogelijkheden.
- D De informatie die cliënt gehad heeft over de wachtlijstprocedure.
- E Inventarisatie van de zorg die men op dat moment ontvangt en vragen om na te gaan in hoeverre deze zorg correspondeert met de behoefte van de cliënt. Tevens wordt geïnventariseerd of er gedurende de periode op de wachtlijst contact is geweest met een intramurale instelling waarbij een zorgaanbod is gedaan en wat de reactie van de cliënt daarop is geweest.
- F Gegevens over aard en omvang van de zorg van dat moment en het oordeel dat de cliënt over deze zorg heeft.
- G Informatie over de samenwerking van hulpverleners uit verschillende zorginstellingen.
- H Tenslotte wordt nog een aantal gegevens over de (situatie van) de cliënt verzameld waarvan verwacht kan worden dat ze de resultaten van het onderzoek zouden kunnen beïnvloeden.

Aangezien te verwachten viel dat een aantal cliënten niet in staat zou zijn hun medewerking te verlenen, zijn er tevens analoge vragenlijsten ontwikkeld voor de meest betrokken mantelzorger. Hiermee wordt iemand bedoeld in de naaste omgeving van de cliënt, die goed op de hoogte was van diens situatie. Wanneer dat nodig mocht zijn of wanneer de cliënt dat wenste werd een mantelzorger gevraagd aan het onderzoek deel te nemen.

6.2.2 Onderzoekspopulatie

Het onderzoek werd uitgevoerd bij cliënten die een positieve indicatie hebben en op de wachtlijst staan voor een verpleeg- of verzorgingshuis. Door vooronderzoek is nagegaan hoeveel personen in Amsterdam en Utrecht op de wachtlijst staan voor een intramurale voorziening. Per meting werd een steekproef van 360 personen in Amsterdam en van 120 personen in Utrecht haalbaar geacht. Dit aantal werd voldoende groot geacht om de steden met elkaar te kunnen vergelijken. De steekproef zou gelijkelijk verdeeld worden over de drie verschillende indicatie-categorieën: verzorgingshuis, verpleeghuis somatisch en verpleeghuis psycho-geriatrie. Uitgaande van ervaringen uit soortgelijk onderzoek, zou de te verwachten respons ongeveer 30% zijn (van Campen e.a., 1997). Dus werd bepaald dat, met inachtneming van het verschil in inwoneraantal tussen Amsterdam en Utrecht, respectievelijk 1200 (± 400 voor elke indicatiecategorie) en 400 wachtenden (± 130 per indicatiecategorie) moesten worden aangeschreven.

Overigens bleek dat ten tijde van de werving in beide steden het aantal wachtenden voor een verpleeghuis beduidend lager lag dan het begrote aantal. Daarom werd voor cliënten wachtend op een plaats in het verpleeghuis geen steekproef bepaald. Zij werden allen benaderd. Tijdens de eerste meting werden in Amsterdam en Utrecht respectievelijk 641 en 340 cliënten schriftelijk benaderd met de vraag of zij mee wilden doen aan het onderzoek. Tijdens meting 2 waren dat respectievelijk 856 en 445 cliënten.

6.2.3 Procedure

Op grond van gegevens uit het wachtlijstbestand kreeg elke benaderde cliënt een uniek respondentnummer toegekend, dat gegevens verschafte over geslacht, leeftijd, zorg waarvoor men geïndiceerd was en de periode op de wachtlijst. Op grond van dit nummer kon de privacy van de cliënt worden gewaarborgd. Naar alle geselecteerde cliënten werd een brief verzonden waarin doel en opzet van het onderzoek werden uitgelegd en waarin aan de cliënt of aan een mantelzorgers om medewerking werd gevraagd. Daartoe kon de cliënt of de mantelzorgers een antwoordformulier invullen, waarmee men medewerking toezegde en toestemming gaf om de verzamelde gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek. Na ontvangst van deze "informed consent"-verklaringen werden de cliënten of de meest betrokken mantelzorgers benaderd en werd een telefonisch interview gehouden aan de hand van de gestructureerde vragenlijst.

Bij de data-verzameling van meting 1 werd vier weken na de eerste aankondiging van het onderzoek een rappel verstuurd naar cliënten die tot op dat moment niet hadden gereageerd op de vraag om mee te doen aan het onderzoek. Omdat bij meting 1 bleek dat rappelling weinig extra respons opleverde, en de gebruikte databestanden in korte periode veelvuldige mutaties kenden, werd er voor gekozen om in meting 2 een groter aantal personen te benaderen en geen gebruik te maken van een herinneringsbrief.

6.2.4 Respons

Tijdens meting 1 werden in totaal 981 cliënten, die wachtten op een plaats in een verzorgingshuis of verpleeghuis, benaderd. Van 472 cliënten of hun mantelzorgers (48%) werd een reactie ontvangen, waarvan 322 (33%) cliënten en/of mantelzorgers toezegden mee te willen werken aan het onderzoek. In een later stadium vielen nog 36 respondenten af, omdat er geen gehoor werd verkregen of het telefoonnummer niet correct bleek. Ook gaven 15 respondenten bij nader inzien liever geen medewerking. Dit bracht de uiteindelijke respons tijdens meting 1 op 28% (n=278).

Tabel 1 Overzicht van respons naar aanleiding van brief om medewerking aan telefonisch interview

| | 1998 | | 2000 | |
|--|-----------|---------|-----------|---------|
| | Amsterdam | Utrecht | Amsterdam | Utrecht |
| aangeschreven wachtenden | n=641 | n=340 | n=856 | n=445 |
| <i>respons</i> | | | | |
| geen reactie | 350 | 159 | 576 | 198 |
| overleden | 23 | 7 | 8 | 8 |
| brief onbestelbaar | 2 | 16 | 19 | 22 |
| inmiddels opgenomen in instelling | 14 | 20 | 11 | 8 |
| verlenen geen medewerking om uiteenlopende redenen | 45 | 23 | 56 | 58 |
| zagen bij nader inzien af van medewerking | 18 | 8 | 12 | 8 |
| niet bereikt | 14 | 4 | 10 | 14 |
| cliënten hebben medewerking verleend | 70 | 25 | 54 | 45 |
| mantelzorgers hebben medewerking verleend | 105 | 78 | 111 | 85 |

Tijdens meting 2 werden in totaal 1401 cliënten aangeschreven, waarvan er 527 (38%) reageerden. Daarvan wilden er 339 (24%) meedoen aan het onderzoek. Echter ook hier vielen weer een aantal respondenten af om dat men niet te bereiken was of bij nader inzien niet mee wilde werken. De uiteindelijke respons tijdens meting 2 was 21% (n=295).

6.2.5 Kenmerken van de respondenten

Zoals het overzicht in tabel 2 laat zien blijkt ongeveer driekwart van de cliënten op de wachtlijst voor een residentiële voorziening vrouw te zijn. De gemiddelde leeftijd van de cliënten in het onderzoek ligt boven de 80 jaar. Ongeveer 70% de respondenten is alleenwonend. Tweederde van de respondenten heeft weinig of geen opleiding genoten. Ongeveer in eenderde van de cliënten heeft zelf aan de enquête meegedaan en bij de overigen is het interview afgenomen bij iemand van de mantelzorg. Daarmee wordt iemand uit de nabije omgeving van de cliënt bedoeld, die regelmatig helpt en goed op de hoogte is van diens situatie. In het onderzoek was dit meestal één van de kinderen van de cliënt of de partner. In een enkel geval betrof het een broer, zus, nicht of buurvrouw.

Tabel 2 Overzicht van de kenmerken van de respondenten

| kenmerken | meting 1998 | | meting 2000 | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| | Amsterdam (n=175) | Utrecht (n=103) | Amsterdam (n=165) | Utrecht (n=130) |
| geslacht | | | | |
| man | 48 (27%) | 31 (30%) | 47 (28%) | 20 (15%) |
| vrouw | 127 (73%) | 72 (70%) | 118 (72%) | 110 (85%) |
| leeftijd | 83 (min-max 57-96) | 84 (min-max 60-95) | 82 (min-max 53-96) | 85 (min-max 62-102) |
| Wacht op plaats in: | | | | |
| verzorgingshuis | 121 (69%) | 43 (42%) | 96 (58%) | 74 (57%) |
| verpleeghuis | 54 (31%) | 60 (58%) | 69 (42%) | 56 (43%) |
| aantal maanden op de wachtlijst (median) | 9,5 (min-max 1-92) | 4,5 (min-max 0-33) | 6 (min-max 0-50) | 7,5 (min-max 0,5-48) |
| leefsituatie | | | | |
| alleen | 140 (80%) | 62 (60%) | 126 (76%) | 102 (78%) |
| met partner | 26 (15%) | 28 (27%) | 24 (15%) | 15 (12%) |
| met familielid | 8 (5%) | 10 (10%) | 6 (4%) | 7 (5%) |
| anders | 1 (1%) | 3 (3%) | 9 (5%) | 6 (5%) |
| verblijfplaats | | | | |
| thuis | 154 (88%) | 72 (70%) | 137 (83%) | 106 (82%) |
| ziekenhuis | 8 (5%) | 14 (14%) | 9 (5%) | 13 (10%) |
| verzorgingshuis | 13 (7%) | 17 (17%) | 19 (12%) | 11 (8%) |
| opleidingsniveau | | | | |
| geen/lo | 95 (54%) | 46 (45%) | 69 (42%) | 56 (43%) |
| lbo | 24 (14%) | 19 (18%) | 39 (24%) | 24 (18%) |
| mavo/mbo | 38 (22%) | 26 (25%) | 51 (31%) | 34 (26%) |
| vw/hbo/universitair | 18 (10%) | 12 (12%) | 7 (4%) | 16 (12%) |
| medewerking aan interview | | | | |
| cliënt zelf | 70 (40%) | 25 (24%) | 54 (33%) | 45 (35%) |
| mantelzorger | 105 (60%) | 78 (76%) | 111 (67%) | 85 (65%) |

De cliënten die wachten op een plaats in het verzorgingshuis wonen meestal nog zelfstandig. Echter van de groep die wacht op een plaats in het verpleeghuis verblijft een aanzienlijk deel al in een instelling. Men wacht bijvoorbeeld in een verzorgingshuis op een meer intensieve vorm van zorg in een verpleeghuis, of men verblijft in het ziekenhuis.

Zelfredzaamheid van personen op de wachtlijst

Voor het zelfstandig functioneren van personen in het dagelijks leven zijn tenminste twee categorieën van activiteiten van belang: de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en de Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL). Beide schalen zijn overgenomen van Kempen en Suurmeijer (1990). In navolging van deze auteurs zijn de gegevens van beide schalen gedichotomiseerd. Daarbij zijn de oorspronkelijke antwoordcategorieën 1 en 2 (1 = zelfstandig zonder moeite 2 = zelfstandig met moeite) samengevoegd. Categorie 3 (alleen met hulp) bleef ongewijzigd.

Tabel 3 Overzicht van percentage personen op de wachtlijst dat hulp nodig heeft bij ADL-functies

| | Meting 1 1998 | | Meting 2 2000 | |
|---|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| | Amsterdam n=175 % | Utrecht n=103 % | Amsterdam n=165 % | Utrecht n=130 % |
| ADL functies | | | | |
| 1. in en uit bed stappen | 16 | 31 | 26 | 20 |
| 2. gezicht en handen wassen | 17 | 29 | 26 | 21 |
| 3. voeten en nagels verzorgen | 83 | 85 | 85 | 88 |
| 4. helemaal wassen, baden, douchen | 49 | 74 | 59 | 69 |
| 5. aan- en uitkleden | 26 | 51 | 41 | 33 |
| 6. naar de WC gaan | 19 | 33 | 29 | 20 |
| 7. gaan zitten en opstaan uit een stoel | 14 | 26 | 25 | 14 |
| 8. binnenshuis verplaatsen, zelfde verdieping | 10 | 27 | 23 | 14 |
| 9. traplopen | 47 | 59 | 61 | 64 |
| 10. buitenshuis lopen | 50 | 54 | 61 | 62 |
| 11. eten en drinken | 8 | 17 | 16 | 8 |
| totaal aantal ADL beperkingen | | | | |
| geen | 11 | 7 | 10 | 6 |
| 1-2 | 38 | 29 | 28 | 27 |
| 3-4 | 24 | 17 | 25 | 32 |
| 5-6 | 11 | 15 | 10 | 18 |
| 7-8 | 4 | 7 | 7 | 8 |
| 9-11 | 11 | 25 | 21 | 9 |

Tabel 3 laat zien dat personen die wachten op een intramurale verpleeg- of verzorgingsplaats meerdere beperkingen hebben. Met een beperking wordt bedoeld dat een persoon een bepaalde verrichting niet kan uitvoeren en daarbij aangewezen is op de hulp van anderen.

Slechts een kleine minderheid (tussen de 6 en 10%) kan alle ADL handelingen zonder hulp uitvoeren. Dat hoeft overigens niet te betekenen dat de betreffende handeling zonder moeite of zonder hulpmiddelen kan worden uitgevoerd. Ruim een kwart tot eenderde van de ondervraagden is voor een of twee ADL-handelingen op de hulp van een ander aangewezen en voor weer ongeveer een kwart geldt dat voor drie of vier handelingen. Hoewel de gegevens niet apart weergegeven zijn voor cliënten die wachten op een verzorgingshuis en zij die wachten voor een verpleeghuis, geldt dat de laatsten in ernstiger mate beperkt zijn dan de eerste groep. Vrijwel

iedereen wachtend op een plaats in het verpleeghuis heeft hulp nodig bij het baden of douchen, en niemand kan zonder hulp zijn nagels of voeten verzorgen. Bijna driekwart van de personen wachtend op een verpleeghuisplaats heeft bij vijf of meer ADL-functies hulp nodig. Voor de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen, zoals bed opmaken en verschoneren, licht of zwaarder poetswerk, de was verzorgen en de maaltijd bereiden (niet in tabel 3) heeft vrijwel iedereen die wacht op een plaats in een residentiële instelling hulp nodig. Driekwart van hen moet voor drie of meer HDL-functies de hulp van anderen inroepen.

6.2.6 Analyses

Tijdens de eerste en tweede meting zijn veelal dezelfde vragen gesteld om de ervaringen van cliënten in 1998 en 2000 te kunnen vergelijken. Deze vragen vormen de basis voor de hierna te presenteren resultaten. Vanwege het beschrijvende karakter van dit onderzoek is met name gebruik gemaakt van eenvoudige tellingen en uitsplitsingen. Verder is met behulp van logistische regressie-analyse nagegaan of er significante verschillen waren tussen de eerste en de tweede meting. Tevens werd nagegaan of er een interactie-effect is waar te nemen tussen de onafhankelijke variabelen 'meting' en 'stad'. Het optreden van een interactie-effect wijst er op dat er in de stad waar de interventie is toegepast (Amsterdam) significant meer is veranderd dan in de stad die als vergelijkingsconditie (Utrecht) wordt beschouwd. Voor de logistische regressie analyses zijn de afhankelijke variabelen gedichotomiseerd.

6.3 RESULTATEN

In deze paragraaf worden de resultaten van het onderzoek beschreven aan de hand van de fasen van het zorgproces. Met de voortschrijdende professionalisering op het terrein van verpleging en verzorging is ten aanzien van het zorgproces een werkwijze ontwikkeld die doelgericht, systematisch en procesmatig is. Dit betekent dat er in het zorgproces een opvolgende reeks van fasen te onderscheiden is, die het zorgproces doelgericht en geordend laat verlopen. Hoewel het zorgverleningsproces in concrete situaties verschillende vormen aan kan nemen en er verschillende organisaties en zorgverleners bij betrokken kunnen zijn kan men een aantal universele fasen onderscheiden (Slingerland & Van Amelsvoort 1993):

- De intake, die weer onder te verdelen is in de aanmelding, de verheldering van de zorgvraag, vaststelling van de problematiek, de opstelling van het indicatieadvies en het vaststellen van de indicatie.
- De toewijzing en planning van de benodigde zorg.
- De uitvoering van de benodigde zorg. Dit is in wezen de kern van het zorgverleningsproces. Het zorgproces kent een cyclisch verloop. Tijdens dit proces wordt met een regelmatige evaluatie nagegaan of de ondernomen acties nog bijdragen aan het bereiken van de gestelde doelen. Zo nodig vindt een bijstelling van het zorgplan plaats (een meer gedetailleerde beschrijving van het zorgproces is als appendix opgenomen aan het einde van dit hoofdstuk).

6.3.1 De aanmelding

Dit is het moment waarop de aanmelding van de zorgvraag plaatsvindt bij een zorginstelling, een organisatie die zo'n instelling vertegenwoordigt, of een daartoe aangewezen instelling. De aanmelding kan door verschillende personen worden verricht: de cliënt zelf, zijn huisgenoten, mantelzorgers of professionele hulpverleners. De aanmelding kan mondeling, telefonisch of schriftelijk plaatsvinden.

In Amsterdam worden de indicaties voor verpleging en verzorging in een verpleeg- of verzorgingshuis uitgevoerd door het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO): de Stichting Tot en Met genaamd. Tot en Met omvat zes regiokantoren waar de aanmeldingen en de directe klantencontacten plaatsvinden. Men kan zich telefonisch of persoonlijk aanmelden voor een verpleeg- of verzorgingshuis en alle tussenvormen daarvan en andere zorgproducten, zoals PGB, WVG, de stadsmobiel en Wonen in beschermde Omgeving (WIBO). Op het meldpunt hebben de werknemers over het algemeen een MBO-opleiding en uitgebreide kennis op het gebied van zorg

en welzijn.

Cliënten die zich in Utrecht aanmelden voor een plaats in het verzorgingshuis of verpleeghuis doen dat bij Loket 1 (RIO). Er is sprake van één meldpunt voor de gehele stad waar cliënten zich telefonisch aanmelden. Hierop wordt een aanvraagformulier en informatie over verpleeg- en verzorgingshuizen naar de cliënt toegestuurd.

Toegankelijkheid

In de loop der jaren is de bekendheid met de Stichting Tot en Met significant toegenomen. Ongeveer 30% van de respondenten was op de hoogte van waar men voor een aanmelding terecht kon, terwijl dit in 1998 maar onder 10% van de respondenten bekend was. Bij beide metingen oordeelde een meerderheid van de respondenten de bereikbaarheid van het aanmeldingspunt als voldoende tot goed (zie Tabel 4).

Ook in Utrecht is de bekendheid met Loket 1 toegenomen door de jaren heen. Echter hier werd door een aantal personen een gebrekkige bereikbaarheid geconstateerd.

Informatie-uitwisseling tijdens de aanmelding

Wanneer de cliënt als partner in het zorgproces beschouwd wordt dan is het van belang dat hij de gelegenheid krijgt zijn situatie tijdens de aanmelding goed uit te zetten. Bovendien dient informatie verschaft te worden over zaken die relevant zijn voor het zorgproces.

In Amsterdam blijkt een grote meerderheid tevreden te zijn over de mate waarin naar hen geluisterd wordt tijdens de aanmelding. Over de hoeveelheid informatie die werd geboden is men in beide metingen minder tevreden. Een kwart van de respondenten vond deze te beperkt (zie Tabel 4).

Ook in Utrecht lijkt de informatie-verschaffing bij beide metingen voor verbetering vatbaar.

Ruim eenderde oordeelt dat men te beperkt informatie ontvangt bij de aanmelding. Wellicht heeft dit te maken met de werkwijze van Loket 1. Na aanmelding ontvangt de cliënt standaard een pakket foldermateriaal en een aanmeldformulier, wat vervolgens ingevuld dient te worden. Het directe contact tijdens de aanmelding blijft daardoor beperkt.

Tabel 4 Oordeel over de aanmeldprocedure

| | Amsterdam | | Utrecht | |
|--|--------------------|------------------|------------------|------------------|
| | 1998 n= 97-113* | 2000 n=84-98* | 1998 n=53-78* | 2000 n=61-82* |
| | % | % | % | % |
| <i>Toegankelijkheid</i> | | | | |
| het is voldoende bekend waar men terecht kan voor de aanmelding ¹ | 10 | 30 | 14 | 26 |
| het aanmeldpunt was goed bereikbaar ¹ | 96 | 93 | 92 | 83 |
| <i>cliënt als partner in zorgproces</i> | | | | |
| Er werd in voldoende mate geluisterd tijdens de aanmelding | 87 | 86 | 81 | 89 |
| De hoeveelheid informatie die werd verschaft was voldoende | 75 | 75 | 64 | 63 |

* De categorie 'weet niet' is veelvuldig aangegeven, omdat een aantal van de respondenten niet bij de aanmelding aanwezig is geweest is. Deze categorie is in de beschrijving van de gegevens buiten beschouwing gelaten en verklaart de variatie in de aantallen in de tabel.

¹Er is een statistisch significant verschil tussen voor en nameting, $p \leq 0.05$

6.3.2 De intake

De intake staat aan het begin van het zorgtraject en heeft als doel de beperkingen en belemmeringen van de cliënt vast te stellen en de hulpvraag van de cliënt objectief te beschrijven (VNG, 1998). Het resultaat van de intake is de indicatiestelling, waarmee de benodigde zorg naar aard, inhoud en omvang wordt vastgesteld (NRV, 1994) en waarmee de cliënt aanspraak kan maken op de geïndiceerde zorg (SIGRA, 1999).

Toegankelijkheid

In Amsterdam streeft de al eerder genoemde stichting Tot en Met er naar om binnen 48 uur na aanmelding contact op te nemen met de cliënt om een afspraak te maken voor een intakebezoek. Het doel is binnen drie weken de indicatiestelling af te ronden. Deze beoogde doorlooptijd werd in het verleden en ook nu niet gehaald. Bij meting 1 bedroeg de gemiddelde duur tussen aanmelding en intakebezoek 29 dagen. Ongeveer de helft van de respondenten heeft binnen drie weken een intakebezoek ontvangen. Tijdens de tweede meting was de gemiddelde duur tussen aanmelding en intake toegenomen tot 36 dagen, echter evenals bij meting 1 ontving de helft van de respondenten een intakebezoek binnen 3 weken (zie Tabel 5).

Tijdens de eerste meting verstreken in Utrecht tussen aanmelding en intake gemiddeld 24 dagen. Tweederde van de cliënten ontving een intakebezoek binnen drie weken. Tijdens de tweede meting was de gemiddelde duur iets toegenomen, en wel tot 26 dagen. Het percentage cliënten dat een intakebezoek binnen drie weken ontving was derhalve wat afgenomen.

Vraaggerichte benadering

Volgens het Referentiekader Verpleging en Verzorging heeft de cliënt recht op een vraaggerichte benadering. Daarvoor is het van belang dat er tijdens de intake aan de cliënt voldoende ruimte wordt geboden om de situatie uiteen te zetten en behoeftes en keuzes kenbaar te maken. Zowel in Amsterdam als in Utrecht en tijdens beide metingen ervaart men daarvoor in hoge mate ruimte (zie Tabel 5).

Keuzevrijheid

In beide steden en tijdens beide metingen geeft een meerderheid van de cliënten aan dat er rekening gehouden werd met hun persoonlijke voorkeur (zie Tabel 5). Ook de mate waarin men cliënten keuzes biedt en informatie geeft over keuzemogelijkheden lijkt in Amsterdam en in Utrecht nagenoeg gelijk gebleven. Overigens scoort Utrecht daar over beide metingen wat gunstiger.

Transparantie van de zorgverlening.

Hoewel op grond van de gegevens in Tabel 5 geconstateerd kan worden dat de informatieverzorging tijdens de intake in Amsterdam licht verbeterd is, blijkt toch dat ook tijdens de tweede meting een aanzienlijk aantal cliënten onvoldoende geïnformeerd is over de gang van zaken totdat men geplaatst kan worden. Bijna eenderde weet niet waar men gedurende de periode op de wachtlijst met vragen of problemen terecht kan. Daarnaast is de cliënt ook maar in beperkte mate op de hoogte van hoe te handelen wanneer men het niet eens is met de indicatiestelling. Bij de tweede meting geldt dat voor driekwart van de ondervraagden.

In Utrecht is de informatieverzorging tijdens de intake er volgens de resultaten ook niet beter op geworden. Een groot deel van de ondervraagden heeft onvoldoende informatie ontvangen over het traject tussen indicatiestelling en plaatsing. En ruim tweevijfde van de respondenten weet niet tot wie men zich moet wenden als er zich problemen voordoen gedurende deze periode. Ook oordeelt een groot deel van de cliënten (bij meting 2 zelfs bijna driekwart) dat men te weinig informatie heeft over de te volgen handelwijze wanneer men het niet eens is met de indicatiestelling. Overigens moet hier opgemerkt worden dat ten tijde van de eerste meting het oordeel over de kwaliteit van de intake in Utrecht aanmerkelijk positiever was dan in Amsterdam.

Tabel 5 Oordeel over de intakeprocedure

| | Amsterdam | | Utrecht | |
|--|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
| | 1998 n= 86-155* | 2000 n=100-160* | 1998 n=76-90 * | 2000 n=72-120* |
| | % | % | % | % |
| <i>Toegankelijkheid</i> | | | | |
| Een intakebezoek vindt binnen 3 weken na aanmelding plaats | 53 | 50 | 67 | 57 |
| <i>Vraaggerichte benadering</i> | | | | |
| Er is voldoende ruimte om de situatie uiteen te zetten en behoefte kenbaar te maken | 96 | 93 | 100 | 99 |
| Er is voldoende gelegenheid om keuzes kenbaar te maken | 88 | 90 | 95 | 88 |
| <i>keuzevrijheid</i> | | | | |
| Er wordt voldoende informatie gegeven over keuzemogelijkheden in de zorg ² | 78 | 81 | 93 | 87 |
| Er wordt voldoende rekening gehouden met persoonlijke voorkeur | 83 | 88 | 90 | 90 |
| <i>Transparantie</i> | | | | |
| Er is voldoende informatie gegeven over de reden waarom cliënt op de wachtlijst komt te staan | 77 | 87 | 86 | 85 |
| Er is voldoende informatie gegeven over het traject tussen indicatiestelling en plaatsing ² | 63 | 67 | 74 | 70 |
| Er is voldoende informatie gegeven over bij wie cliënt terecht kan wanneer zich problemen voordoen | 54 | 68 | 63 | 59 |
| Er is voldoende informatie gegeven over hoe te handelen wanneer de cliënt het niet eens is met de indicatiestelling ^{1,2,3} | 17 | 24 | 44 | 27 |

* Omdat een aantal van de respondenten (onder de mantelzorgers) niet bij de intake aanwezig is geweest is de categorie 'weet niet' veelvuldig aangegeven. Deze categorie is in de beschrijving van de gegevens buiten beschouwing gelaten en verklaart de variatie in de aantallen in de tabel.

¹Er is een significant verschil tussen voor en nameting, $p \leq 0.05$

²Er is een significant verschil tussen de steden Amsterdam en Utrecht, $p \leq 0.05$

³Er is een significant interactie-effect $p \leq 0.05$

6.3.3 Aard en omvang van de zorg en voorzieningen die men gedurende de periode op de wachtlijst ontvangt

Zoals bij de omschrijving van de respondenten (paragraaf 6.2.5) bleek, zijn personen die wachten op een plaats in een residentiële instelling doorgaans beperkt tot zeer beperkt bij een aantal ADL- en HDL-verrichtingen. Voor de periode dat zij nog niet geplaatst kunnen worden in een

instelling, zijn zij dan ook aangewezen op andere vormen van zorg en hulp. Tabel 6 geeft een overzicht van de vormen van zorg en flankerende voorzieningen waar men zoal gebruik van maakt. Bij de interpretatie van deze gegevens moet rekening gehouden worden met het feit dat een aanzienlijk deel van de respondenten dat op de wachtlijst staat voor een verpleeghuis al in een instelling verblijft. Gemiddeld 18% van de respondenten verbleef ten tijde van de enquête namelijk in een ziekenhuis of een verzorgingshuis.

Uit Tabel 6 valt op te maken dat veel cliënten tijdens hun wachtperiode gebruik maken van een of meerdere functies, waarvan het meeste van huishoudelijke hulp. Het gebruik van de zorgvoorzieningen lijkt door de jaren heen intensiever geworden.

Naast zorg die gegeven wordt door instellingen voor thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen is er nog een aantal voorzieningen binnen het flankerend ouderenbeleid waar personen die geïndiceerd zijn voor het verzorgingshuis gebruik van maken. Het tweede deel van Tabel 6 geeft een overzicht van het gebruik van deze voorzieningen. Buiten de zorgverlening van instellingen blijken tijdens beide metingen ongeveer nog tweederde van de respondenten een beroep te doen op de mantelzorg.

Tabel 6 Zorggebruik van personen op de wachtlijst

| Soort zorg | Amsterdam | | | | Utrecht | | | |
|--|-----------|----|----------|----|----------|----|----------|----|
| | Meting 1 | | Meting 2 | | Meting 1 | | meting 2 | |
| | n=154* | | n=137* | | n= 72* | | n= 106* | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Zorggebruik | | | | | | | | |
| Huishoudelijke hulp | 94 | 61 | 89 | 65 | 32 | 44 | 62 | 58 |
| Lichamelijke verzorging | 47 | 31 | 56 | 41 | 26 | 36 | 48 | 45 |
| Verpleegkundige hulp | 22 | 14 | 33 | 24 | 18 | 25 | 20 | 19 |
| Dagvoorziening | 29 | 19 | 38 | 28 | 17 | 24 | 36 | 34 |
| Nachtopvang | 1 | 1 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| Gebruik flankerende voorzieningen | | | | | | | | |
| maaltijdverstrekking | 45 | 29 | 48 | 35 | 25 | 35 | 35 | 33 |
| alarmering | 92 | 60 | 73 | 53 | 22 | 31 | 39 | 37 |
| klussendienst | 22 | 14 | 24 | 18 | 7 | 10 | 9 | 8 |
| hulpmiddelen | 76 | 49 | 83 | 61 | 32 | 44 | 65 | 61 |
| anders** | 26 | 17 | 30 | 22 | 11 | 15 | 20 | 19 |

* Bij de berekening van het zorggebruik is uitgegaan van cliënten die thuis verblijven. (zie Tabel 2)

** bij de categorie anders moet worden gedacht aan: boodschappendienst, maaltijden in verzorgingshuis inde buurt, taxidienst e.d.

Beschikbaarheid van vervangende zorg en flankerende voorzieningen.

In Amsterdam bleek ten tijde van de eerste meting voor de overgrote meerderheid (87%) binnen drie weken vervangende zorg beschikbaar te zijn (zie Tabel 7). Bij de tweede meting gold dit nog voor iets meer dan de helft. Het aantal personen dat tevreden was over de termijn waarop vervangende zorg beschikbaar kwam is dan ook enigszins gedaald, doch niet significant. Bij beide metingen was tweederde van de respondenten tevreden over de hoeveelheid zorg die men ontving. Ongeveer eenderde van de respondenten gaf aan behoefte aan meer zorg te hebben. Voor personen die aangeven behoefte aan meer zorg te hebben, ligt deze behoefte met name op huishoudelijk gebied.

Tijdens de twee metingen lijkt onder de respondenten van Amsterdam het oordeel over de flankerende voorzieningen nagenoeg gelijk gebleven. Ongeveer driekwart van de respondenten toont zich tevreden over de hoeveelheid van voorzieningen waarvan men gebruik kan maken en rond de negentig procent is tevreden over de kwaliteit van deze voorzieningen. Ongeveer driekwart van de gebruikers geeft aan dat men geen behoefte heeft aan meer voorzieningen. De behoeften die men wel heeft liggen doorgaans op een ander terrein dan de instellingen te bieden hebben zoals geestelijke zorg, het onderhouden van de tuin, of hulp bij het praktische zaken en klussen.

In de stad Utrecht zien we een vergelijkbaar beeld. Ook hier is de termijn waarop vervangende zorg werd geregeld significant toegenomen en nam de tevredenheid daarover enigszins af. In tegenstelling tot Amsterdam nam in Utrecht ook de tevredenheid over de omvang van de zorg af. Men zou op grond van dat gegeven verwachten dat het aantal personen dat behoefte had aan meer zorg zou zijn toegenomen. Dat is echter niet het geval. Ten tijde van de eerste meting gaf bijna de helft aan behoefte aan meer zorg te hebben, terwijl dat bij de tweede meting nog voor 42% van de respondenten gold. Ook hier was er met name behoefte aan huishoudelijke zorg.

Tabel 7 Oordeel over de kwaliteit van de zorgverlening en flankerende voorzieningen

| | Amsterdam | | Utrecht | |
|---|--------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | 1998 n=127-135* | 2000 n=66-124* | 1998 n=51-72* | 2000 n=77-106* |
| <i>Zorgverlening</i> | % | % | % | % |
| Vervangende zorg is binnen drie weken na aanmelding gerealiseerd ¹ | 87 | 55 | 89 | 64 |
| Tevreden over termijn waarop vervangende zorg werd gerealiseerd | 86 | 78 | 89 | 84 |
| Tevreden over de hoeveelheid vervangende zorg | 65 | 67 | 67 | 58 |
| behoefte aan meer zorg | 38 | 33 | 49 | 42 |
| <i>flankerende voorzieningen</i> | | | | |
| tevreden over hoeveelheid flankerende voorzieningen | 76 | 75 | 75 | 80 |
| tevreden over flankerende voorzieningen | 91 | 88 | 84 | 87 |
| behoefte aan meer flankerende voorzieningen | 27 | 21 | 17 | 23 |

* De n varieert omdat is uitgegaan van cliënten die thuis verblijven, en niet elk item op elke respondent van toepassing is

¹Er is een significant verschil tussen voor en nameting, $p \leq 0.05$

6.3.4 Het oordeel over de continuïteit in de zorgverlening

Verreweg het grootste deel van personen dat thuis wacht op een plaats in een residentiële instelling doet een beroep op de thuiszorg. Zoals in Tabel 6 te zien is, ontvangt men zowel huishoudelijke, lichamelijk hygiënische zorg en verpleegkundige zorg. Wanneer een cliënt zorg ontvangt van één bepaalde discipline (bijvoorbeeld óf van de gezinsverzorging óf van de wijkverpleging) dan zijn er onder normale omstandigheden gemiddeld 4 á 5 zorgverleners bij de

zorg betrokken. Dit aantal kan echter door omstandigheden als ziekte, vakantie of verloop oplopen tot het dubbele. Daarmee kan de continuïteit in de zorgverlening in gevaar komen. Aan de respondenten is daarom gevraagd een oordeel te geven over een aantal aspecten van de zorgverlening. Daarbij ging de aandacht met name uit naar de waarborging van de continuïteit van zorg wanneer verschillende zorgverleners bij de zorg betrokken zijn. Tevens werd nagegaan hoe cliënten tijdens het zorgproces worden geïnformeerd. De resultaten zijn per discipline weergegeven in Tabel 8. Hoe de continuïteit van zorg wordt ervaren wanneer er meerdere disciplines in het geding zijn komt in de volgende paragraaf aan bod.

De resultaten van de tweede meting in Amsterdam laten de trend zien dat cliënten minder continuïteit ervaren dan enige jaren terug, hoewel de verschillen nergens significant zijn. Bij elk van de drie disciplines geldt dat een groter deel van de respondenten niet tevreden is over hoe zorgverleners samenwerken. Zij ervaren dat de zorgverleners langs elkaar heen werken, en tegengestelde informatie geven. Ook valt aan de resultaten te zien dat cliënten in mindere mate tevreden zijn over de antwoorden op vragen die men heeft ten aanzien van de zorgverlening. Het verloop van het zorgproces wordt overigens wel iets vaker met cliënten besproken, dan dat dat tijdens meting 1 het geval was. Cliënten zijn, in vergelijking met de eerste meting, tijdens de tweede meting beter op de hoogte van een klachtenregeling. Van de respondenten weet 74-90% waar men met klachten terecht kan, tegenover 48-80% bij meting 1.

In Utrecht lijkt het oordeel over de continuïteit van zorg iets positiever geworden hoewel de verschillen slechts marginaal zijn. De cliënten lijken iets meer tevreden over de samenwerking tussen zorgverleners, ervaren in mindere mate dat er tegengestelde informatie wordt gegeven en zijn meer tevreden over de antwoorden die zij krijgen naar aanleiding van vragen t.a.v. de zorgverlening. Bij de wijkverpleging geldt dat bij beide metingen in ongeveer tweederde van de gevallen het verloop van de zorg slechts soms of niet aan de orde wordt gesteld. In vergelijking met de eerste meting is bij meting 2 inmiddels iedereen op de hoogte waar men terecht kan met een klacht.

Bij de interpretaties van de cijfers in Tabel 8 dient rekening gehouden te worden met het gegeven dat er met name bij de wijkverpleging en bij de dag- en nachtopvang slecht kleine aantallen respondenten in de vergelijkingen zijn betrokken. Dat verklaart dat op het oog toch aanzienlijke verschillen (bijvoorbeeld regel 1 bij de wijkverpleging) toch niet statistisch significant blijken te zijn.

Tabel 8 Overzicht van het oordeel van cliënten over de kwaliteit van zorg tijdens verleend door de verschillende disciplines

| | Amsterdam | | Utrecht | |
|---|-----------|--------|---------|--------|
| | 1998 | 2000 | 1998 | 2000 |
| Wijkverpleging | % n=27 | % n=36 | % n=23 | % n=23 |
| minder tevreden over mate van samenwerking tussen zorgverleners | 13 | 25 | 38 | 13 |
| ervaring dat tegengestelde informatie wordt gegeven | 17 | 29 | 31 | 6 |
| ervaring dat zorgverleners langs elkaar heen werken | 20 | 32 | 38 | 24 |
| minder tevreden over antwoorden op vragen t.a.v. zorgverlening | 4 | 17 | 21 | 5 |
| Zorg wordt slechts soms of niet geëvalueerd | 71 | 66 | 63 | 65 |
| weet niet waar men met klachten terecht kan ¹ | 52 | 10 | 35 | 0 |
| Gezinsverzorging | % n=96 | % n=83 | % n=36 | % n=52 |
| minder tevreden over mate van samenwerking tussen zorgverleners | 13 | 15 | 18 | 12 |
| ervaring dat tegengestelde informatie wordt gegeven | 15 | 13 | 29 | 12 |
| ervaring dat zorgverleners langs elkaar heen werken | 22 | 27 | 16 | 17 |
| minder tevreden over antwoorden op vragen t.a.v. zorgverlening | 5 | 11 | 16 | 9 |
| Zorg wordt slechts soms of niet geëvalueerd | 70 | 63 | 61 | 53 |
| weet niet waar men met klachten terecht kan | 20 | 12 | 11 | 10 |
| Dag- of nachtopvang | % n=26 | % n=36 | % n=17 | % n=37 |
| minder tevreden over mate van samenwerking tussen zorgverleners | 0 | 6 | 0 | 4 |
| ervaring dat tegengestelde informatie wordt gegeven | 14 | 6 | 7 | 6 |
| ervaring dat zorgverleners langs elkaar heen werken | 12 | 21 | 13 | 6 |
| minder tevreden over antwoorden op vragen t.a.v. zorgverlening | 11 | 3 | 8 | 7 |
| Zorg wordt slechts soms of niet geëvalueerd | 42 | 51 | 43 | 45 |
| weet niet waar men met klachten terecht kan ¹ | 42 | 26 | 20 | 18 |

¹Er is een significant verschil tussen voor en nameting, $p \leq 0.05$

6.3.5 Het oordeel over de samenwerking tussen de verschillende disciplines

Verreweg het grootste deel van personen die thuis wacht op een plaats in een residentiële instelling doet een beroep op de thuiszorg. Zoals in Tabel 6 te zien is ontvangt men zowel huishoudelijke, lichamelijk hygiënische zorg en verpleegkundige zorg, zodat vanuit de thuiszorg meerdere disciplines zijn betrokken. Naast deze vormen van thuiszorg kan men ook nog gebruik maken van dagopnames of nachtopnames in een verpleeg- of verzorgingshuis. Gemiddeld hebben cliënten die gezinsverzorging of wijkverpleging ontvangen met vier tot zes zorgverleners te maken. Wanneer men gebruik maakt van een dagvoorziening zijn ook gemiddeld zes zorgverleners betrokken. Een cliënt kan in geval van zorg van twee disciplines van de thuiszorg aangevuld met een dagvoorziening dus met 18 verschillende zorgverleners te maken hebben. Deze situaties zijn zeker geen uitzondering en kwamen bij ongeveer een tiende van alle cliënten voor. Het spreekt voor zich dat het gevaar dreigt dat de zorg versnipperd wordt en dat cliënten en hun mantelzorgers deze niet als een samenhangend geheel ervaren. Daarom is er in de interviews aandacht besteed aan de samenwerking en afstemming tussen de zorgverleners uit verschillende disciplines. Tabel 9 geeft een overzicht.

Tabel 9 Het oordeel van cliënten over de continuïteit van zorg, als meerdere disciplines zijn betrokken *

| | Amsterdam | | Utrecht | |
|---|-----------|--------|---------|--------|
| | 1998 | 2000 | 1998 | 2000 |
| Samenwerking wijkverpleging en gezinsverzorging | % n=19 | % n=27 | % n=13 | % n=14 |
| minder tevreden over de samenwerking | 23 | 13 | 45 | 8 |
| ervaring dat tegengestelde informatie wordt gegeven | 0 | 4 | 27 | 0 |
| ervaring dat zorgverleners langs elkaar heen werken | 8 | 0 | 50 | 8 |
| Onduidelijke taakverdeling | 6 | 4 | 9 | 23 |
| onduidelijk bij wie de zorgcoördinatie ligt | 31 | 8 | 0 | 8 |
| samenwerking dag- /of nachtvoorziening en medewerkers van de thuiszorg | % n=23 | % n=23 | % n=11 | % n=21 |
| minder tevreden over de samenwerking | 43 | 4 | 33 | 45 |
| ervaring dat tegengestelde informatie wordt gegeven | 11 | 9 | 0 | 13 |
| ervaring dat zorgverleners langs elkaar heen werken | 17 | 9 | 22 | 13 |
| onduidelijke taakverdeling | 32 | 4 | 11 | 17 |
| onduidelijk bij wie de zorgcoördinatie ligt | 18 | 13 | 0 | 11 |

* Vanwege de geringe aantallen per categorie en het gegeven dat er tijdens de twee metingen verschillende respondenten hebben deelgenomen, zijn de verschillen niet getoetst.

In Amsterdam zien we dat de tevredenheid over de samenwerking tussen de twee disciplines over beide metingen is toegenomen. Dit geldt voor zowel de samenwerking tussen de twee disciplines van de thuiszorg als voor de samenwerking tussen medewerkers van de thuiszorg en de dag- of nachtvoorziening.

In Utrecht lijkt de samenwerking tussen de twee disciplines van de thuiszorg sterk verbeterd. De cliënten zijn er meer tevreden over dan bij meting 1 en ze ervaren in veel mindere mate dat de zorgverleners langs elkaar heen werken. Overigens had men daar met betrekking tot die aspecten bij de eerste meting een achterstand in vergelijking tot Amsterdam. Op grond van de cijfers lijkt de taakverdeling tussen beide disciplines er niet duidelijker op geworden.

Het oordeel over de samenwerking tussen medewerkers van de thuiszorg en die van de dag- of nachtvoorziening is enigszins verslechterd. Echter bij de interpretaties van deze gegevens dient rekening gehouden te worden met de kleine aantallen die in deze vergelijking zijn betrokken.

6.4 NABESCHOUWING

Met het hier gepresenteerde onderzoek werd nagegaan of het door het Referentiekader Verpleging en Verzorging ingezette kwaliteitsbeleid bijdraagt aan de kwaliteit van zorg zoals deze door cliënten die wachten op intramurale zorg wordt ervaren. Binnen het brede concept van kwaliteit werd met name aandacht besteed aan de mate waarin de cliënt als participant in het zorgproces wordt beschouwd. Daarvoor wordt het van belang geacht dat de cliënt voldoende geïnformeerd wordt over het zorgproces en in het overleg daarover wordt betrokken. Verder werd de toegankelijkheid van de zorg nagegaan en werd onderzocht of de geboden zorg gedurende de wachtperiode aansluit op de zorgvraag. Tot slot werd nagegaan in hoeverre de implementatie van het Referentiekader Verpleging en Verzorging er inderdaad toe heeft geleid dat cliënten op de wachtlijst meer afstemming en coördinatie in de zorg ervaren, wanneer zij te maken hebben met verschillende hulpverleners.

6.4.1 Samenvatting van de onderzoeksresultaten

De cliënt is participant in het zorgproces

In het Referentiekader Verpleging en Verzorging wordt er vanuit gegaan dat een zorgverlener de cliënt als partner in de besluitvorming en uitvoering van het zorgproces beschouwt. Daarvoor is het van belang dat een zorgverlener de cliënt en personen uit zijn directe omgeving informatie geeft over alle relevante zaken in het verzorgingsproces. Bij de intake werd zichtbaar dat de cliënt van oordeel is dat hij voldoende ruimte krijgt om zijn situatie uit een te zetten en keuzes kenbaar te maken. Dit gold voor beide metingen en in beide steden. Volgens de mening van cliënten was er ten aanzien van de intake met name in Amsterdam een lichte trend te zien naar betere informatieverschaffing. Het aantal cliënten dat op de hoogte is van het traject tussen indicatiestelling en plaatsing en waar men met tussentijdse problemen terecht kan is iets toegenomen. Ook is men beter op de hoogte van de handelwijze wanneer men het niet eens is met de indicatiestelling. Een dergelijke trend ontbreekt in de stad Utrecht.

Ten aanzien van de zorgverlening zien we dat vooral in Amsterdam het verloop van de zorg in toenemende mate met de betrokkenen besproken wordt. Uit de resultaten werd bovendien zichtbaar dat in beide steden door de thuiszorgorganisaties een actief beleid ten aanzien van de klachtenprocedure is gevolgd. Het merendeel van de cliënten van de thuiszorg is daar bij de tweede meting van op de hoogte.

Het aansluiten van de geboden zorg op de hulpvraag

In het Referentiekader Verpleging en Verzorging wordt gesteld dat het zorgaanbod nauwkeurig afgestemd dient te zijn op de zorgbehoefte van de cliënt. Uit de gegevens van de cliënten kan worden geconcludeerd dat wachtenden voor een verzorgingshuis in redelijke mate en wachtenden voor een verpleeghuis over het algemeen in ernstige mate te maken hebben met beperkingen in hun dagelijks functioneren. Wanneer een cliënt op de wachtlijst voor een residentiële voorziening wordt geplaatst betekent dat dat er voor de wachtperiode naar een pakket van

overbruggingszorg moet worden gezocht. Echter ook zo'n alternatief aanbod dient goed aan te sluiten bij de situatie van dat moment.

Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat een groot aantal mensen op de wachtlijst gebruik maakt van allerlei zorgvoorzieningen thuis of van dag- en nachtvoorzieningen in een verpleeg- of verzorgingshuis. Een meerderheid van de cliënten op de wachtlijst is tevreden over de hoeveelheid aan en de kwaliteit van vervangende zorg en voorzieningen die men ontvangt gedurende de overbruggingsperiode. Wanneer men meer zorg behoeft dan geldt dat men met name op huis-houdelijk gebied meer ondersteuning wil hebben. Op het gebied van flankerende voorzieningen oordelen de meeste cliënten voldoende hulp te ontvangen. Wensen voor meer voorzieningen liggen doorgaans niet op het terrein van de zorginstellingen.

Een verschuiving in het oordeel over de vervangende zorg tijdens de periode op de wachtlijst betreft met name de termijn waarop deze beschikbaar komt. Bij de eerste meting gold dat, wanneer men eenmaal geïndiceerd is, deze tijdelijke zorgvoorzieningen redelijk snel gerealiseerd konden worden. Echter in beide steden is de periode waarbinnen vervangende zorg kon worden geregeld aanzienlijk toegenomen. Dit is waarschijnlijk toe te schrijven aan de toenemende druk in de thuiszorg. In beide steden kampen de thuiszorginstellingen met een toenemende vraag en een tekort aan personeel. In dat kader dient opgemerkt te worden dat een aantal van de wachtenden via de thuiszorg niet over voldoende zorg kan beschikken en dientengevolge in een ziekenhuis verblijft. Dat was bij ongeveer éénvijfde van de cliënten wachtend op een plaats in een verpleeghuis het geval. Men spreekt in zo'n geval van de 'verkeerde-bed-problematiek'. Een 'verkeerd bed' wordt omschreven als een bed dat door een cliënt in een ziekenhuis wordt bezet, in afwachting van een opname in een verpleeghuis (Spreeuwenberg, 1991). Het spreekt voor zich dat het verkeerd gebruiken van ziekenhuisbedden niet juist aansluit op de behoefte van de cliënt, al zijn er situaties waarin de cliënt de periode in het ziekenhuis gebruikt om gewend te raken aan het idee van opname in een verpleeghuis. Echter vanuit organisatorische overwegingen kan men stellen dat 'verkeerde bedden' een efficiënt gebruik van de gezondheidszorg in de weg gestaan.

Afstemming en coördinatie van zorg

In het Referentiekader wordt gepleit voor een integrale zorgverlening, waarbij de verschillende zorgonderdelen onderling goed op elkaar zijn afgestemd en goed op elkaar aansluiten. Dit is met name van belang wanneer cliënten vanwege een complexe zorgvraag met meerdere disciplines in de zorg te maken hebben. Dat komt nogal eens voor. Ongeveer één op de acht personen, wachtend op een plaats in het verpleeg- of verzorgingshuis, maakt naast thuisverpleging of verzorging ook nog gebruik van een dag- of nachtvoorziening. Als men nagaat dat men per discipline al met gemiddeld vijf zorgverleners te maken heeft dan loopt dat al gauw op tot 15 zorgverleners of zelfs meer. Het gevaar dat de zorg versnipperd raakt, dat cliënten tegengestelde informatie krijgen en niet weten wie nu uiteindelijk de zorg coördineert is groot. Het oordeel over de continuïteit van zorg, verleend door zorgverleners uit meerdere disciplines, is door de jaren heen minder negatief geworden. Bij de tweede meting zijn de cliënten over het algemeen meer tevreden over de samenwerking, men constateert dat er minder langs elkaar heen wordt gewerkt en dat er minder tegengestelde informatie wordt gegeven. Deze tendens zien we in beide steden.

Vreemd genoeg geldt dat niet wanneer we naar de samenwerking van zorgverleners kijken die van één discipline afkomstig zijn. In Amsterdam zien we dat cliënten van de thuiszorg bij de tweede meting in mindere mate tevreden zijn over de samenwerking van de zorgverleners. Mogelijk hebben hier omgevingsfactoren een rol gespeeld. De al eerder geconstateerde werkdruk in de thuiszorg geldt voor beide steden. In Amsterdam heeft men daarnaast ook nog met reorganisaties te maken gehad, welke wellicht van invloed kunnen zijn geweest.

6.4.2 Methodologische kanttekeningen

Hoewel dit onderzoek veel informatie heeft opgeleverd over hoe cliënten op de wachtlijst de continuïteit van zorg ervaren, is een aantal kanttekeningen te maken bij de methode van onderzoek. Deze betreffen de steekproefomvang, het design, de representativiteit van de onderzoeksgroep en de validiteit van het kwaliteitsoordeel.

Steekproefomvang

Bij aanvang van het onderzoek was vastgesteld dat een steekproef van respectievelijk 360 en 120 personen in Amsterdam en Utrecht noodzakelijk zou zijn om de steden onderling en om subgroepen van respondenten met elkaar te kunnen vergelijken. Gaandeweg de dataverzameling bleken deze aantallen echter niet haalbaar. Bovendien leverde de enquête bij afname nog al eens ontbrekende waarden op, omdat een betreffende mantelzorger niet goed van de concrete situatie op de hoogte was. Deze omstandigheden hebben er toe geleid dat de aantallen in de verschillende subgroepen mogelijk te klein waren om significante resultaten op te sporen. Te meer wanneer men in ogenschouw neemt dat de groep respondenten bij de eerste meting uit andere personen bestond dan bij de tweede meting.

Design

Zoals bij de methode werd vermeld wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van een 'pretest-posttest controle group design'. Evenals in het vorige hoofdstuk geldt echter dat de beschreven studie voornamelijk kenmerken heeft van een veldonderzoek en dus in veel mindere mate beschouwd kan worden als een onderzoek met een experimenteel karakter. Zowel in de 'experimentele' conditie als in de vergelijkingsgroep hebben allerlei omgevingsfactoren een rol gespeeld die niet te controleren waren. Bovendien verschilden de twee steden bij aanvang al op een aantal kenmerken, zoals de werkwijze rondom de indicatie, de grootte van de wachtlijst en de wijze waarop instellingen samenwerkten in het kader van wachtlijstbeheer.

Daarnaast zijn er de bovengenoemde beperkingen van de steekproefgrootte en het gegeven dat de personen die tijdens de tweede meting zijn onderzocht anderen waren dan degenen die aan de eerste meting deelnamen. Het design wordt daarom voornamelijk gebruikt om op twee tijdstippen de situatie voor cliënten op de wachtlijst te beschrijven t.a.v. de samenhang, transparantie en continuïteit van zorg in de stad Amsterdam waar men een gezamenlijke zorgvisie heeft ontwikkeld en in de stad Utrecht waar men dat niet heeft. Daarom kunnen de gevonden verschillen niet zondermeer toe geschreven worden aan het Referentiekader Verpleging en Verzorging. Hooguit kunnen veronderstellingen worden gemaakt over welke resultaten redelijkerwijs aan het Referentiekader kunnen worden toegeschreven.

Selectie in de onderzoeksgroep

De data zijn verzameld via een telefonische enquête. Dit heeft wellicht tot enige selectie geleid in de onderzoeksgroep. Omdat de respondenten eerst via een schriftelijke uitnodiging werden gevraagd om te reageren en vervolgens pas telefonisch werden benaderd is het denkbaar dat met name cliënten hebben gereageerd die de beschikking hadden over mantelzorgers. Dit blijkt ook uit de verzamelde gegevens. Van de cliënten die wachten op een plaats in het verpleeghuis hebben vooral mantelzorgers gereageerd. Dat zou tot gevolg kunnen hebben dat de groep die weinig of geen contacten heeft met mantelzorgers is ondervertegenwoordigd. Bovendien is het denkbaar dat cliënten die de Nederlandse taal niet goed beheersen zijn ondervertegenwoordigd.

Validiteit van het cliëntenoordeel

Tot slot kan bij het vaststellen van het cliëntenoordeel een validiteitsprobleem een rol hebben gespeeld. Zo blijkt in onderzoek waarbij cliënten naar hun oordeel over zorg wordt gevraagd, dat de meerderheid van die cliënten zich positief tot zeer positief uitlaat (Van Campen e.a., 1992; Van Campen e.a., 1995). In veel gevallen blijkt dat dankbaarheid een rol speelt wanneer men naar tevredenheid vraagt, waardoor cliënten in dit type onderzoek vaak neigen tot

sociaal wenselijke antwoorden (Heer e.a. 1988; Visser, 1988). Om sociaal wenselijke antwoorden enigszins te voorkomen is in navolging van diverse auteurs ook gevraagd naar feitelijke ervaringen met de zorg (van Campen (1992; Sixma e.a., 1994).

6.4.3 De effecten van het Referentiekader

Op basis van de in dit hoofdstuk gepresenteerde resultaten moeten we constateren dat de effecten voor cliënten die wachten op intramurale zorg nog beperkt zijn. Eigenlijk werden op basis van de analyses weinig systematische verschillen gevonden tussen de gegevens van de 'experimentele' stad (Amsterdam) en de 'controle' stad (Utrecht). In beide steden zijn cliënten iets positiever gaan oordelen over de informatie die men tijdens de intake en tijdens de zorgverlening ontvangt. Het oordeel over de continuïteit van zorg is in Amsterdam licht negatiever geworden.

Het is op dit moment niet mogelijk, zeker niet wanneer men rekening houdt met de gemaakte methodologische kanttekeningen, om vast te stellen dat deze minimale verschillen toe te schrijven zijn aan het kwaliteitsbeleid dat door het Referentiekader Verpleging & Verzorging in gang zou zijn gezet. Het is heel goed mogelijk dat andere omstandigheden daaraan bijgedragen hebben. Zo hebben samenwerkende zorginstellingen zich niet onbetuigd gelaten in hun strijd tegen de wachtlijsten. Men ontwikkelt initiatieven en nieuwe zorgproducten die cliënten moeten helpen de periode op de wachtlijst te overbruggen. In Amsterdam probeert men met een nieuwe aanpak in het wachtlijstbeheer cliënten zo efficiënt mogelijk te plaatsen (zie ook hoofdstuk 5). Dit heeft de wachtduur aanzienlijk teruggedrongen. Echter een dergelijk positief resultaat werkt vermoedelijk niet door op de mening van de cliënt op het niveau van het zorgproces. Immers dit oordeel wordt niet beïnvloed door het gegeven dat de wachttijd twee jaar geleden gemiddeld drie maanden langer was.

Overigens kan wel gesteld worden dat, hoewel de effecten over de twee metingen in de twee verschillende condities niet significant waren, deze in een aantal gevallen wel wijzen op tendensen in de goede richting. Wellicht wordt er op termijn meer winst geboekt. Immers de periode tussen de twee metingen bedraagt slechts twee jaar. Zoals al in de inleiding van dit hoofdstuk omschreven werd, vergt de implementatie van kwaliteitsbeleid een lang traject, waarbij in de beginfase vooral veranderingen op het niveau van de organisatie plaatsvinden.

De al genoemde aanpak in het wachtlijstbeheer in Amsterdam is een voorbeeld van een actie die op het niveau van (samenwerkende) instellingen plaatsvindt. Wellicht zijn de veranderingen op het microniveau pas later merkbaar.

Literatuur

- Achterberg, M. Van. Continuity of care and client satisfaction in the community: a study of professional and non-professional care for the chronically ill (proefschrift) Maastricht, Universiteit van Maastricht. 1997
- Bruin, A. De, Ruiter, E. Kerkstra, A. Integratie Kruiswerk en gezinsverzorging: meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten. Utrecht, NIVEL, 1996
- Campen C. Van, R.D. Friele, J.J. Kerssens. Methods for assessing patient satisfaction with primary care: review and annotated bibliography. NIVEL, Utrecht, 1992.
- Campen C. Van, H. Sixma, R.D. Friele, J.J. Kerssens, L. Peters. Quality of Care and Patient Satisfaction: a review of measuring instruments. Medical Care Research and Review, 1995, **52**,(1), 109-133.
- Campen C. Van; Sixma, H. Kerssens, J.J., Peters, L. Assessing Noninstitutionalized Asthma and COPD patients' priorities and perceptions of quality of health care: the development of the Quote-CNSLD instrument. Journal of Asthma 1997, **34**(6), 531-538.
- Casparie, A.F., Foets, M., Raaijmakers, M.F., Bakker, D.H. De, Schneider, M.J., Sterkenburg, P.S., Janssen, C.G.C., Bijman-Schulte, A.M., Bakker, R.H., Moorer, P., Dassen, TH.W.N., Suurmeijer, TH.R.B.M. Vragenlijst continuïteit van zorg vanuit patiëntenperspectief, handleiding. Amsterdam: VU/ Utrecht: NIVEL /Groningen: NCG, RU, 1998.
- Commissie referentiekader verpleging en verzorging. Referentiekader Verpleging en Verzorging regio Amsterdam. Amsterdam, 1995
- Hardjono TW, Hes FW. De Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding. Deventer: Kluwer, 1993.
- Heer, A. De, A. Ph. Visser, H. Visschedijk. De tevredenheid van de dankbare patiënt in het ziekenhuis. in: A.Ph Visser (red.). Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten, doel, methode en beleid. De Tijdstroom, Lochem, 1988.
- Kempen, G.I.J.M., Suurmeijer, T.R.B.M. The development of a hierarchical polychotomous ADL-IADL scale for noninstitutionalized elders. The gerontological Society of America 1990, **30**(4), 497-502.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Afspraken over kwaliteitsbeleid, opgesteld tijdens de vervolgonferentie 'kwaliteit van zorg' op 14 en 15 juni 1990 te Leidschendam. Zoetermeer, NRV, 1990.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Indicatiestelling en zorg op maat. Zoetermeer: NRV, 1994
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1995) Kwaliteitsbeleid zorgsector: evaluatie 1990-1995 en Leidschendamafspraken 1995-2000. Zoetermeer: NRV.
- Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam Zorgbemiddeling in Amsterdam: verslag van congres 10-11-1999. Amsterdam, SIGRA, 1999.
- Shortell, S.M. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. Medical Care 1976, **14**(5), 377-391.
- Sixma H.J.M., Spreeuwenberg P.M.M., Pasch M.A.A. van der Tevredenheid met de huisarts. Kwaliteit & Zorg; 1994, **2**, 68-77.
- Sixma, H.J., Campen, C. Van, Kerssens, J.J., Peters, L. De QUOTE vragenlijsten: kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten. Utrecht: NIVEL, NWO, VWS, 1998.

- Sixma, H.J., Campen, C. Van, Kerssens, J.J., Peters, L. De QUOTE vragenlijsten: kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten. Utrecht: NIVEL, NWO, VWS, 1998.
- Slingerland, P. & Van Amelsvoort, F. Thuiszorg bemiddeld. Utrecht, NIZW, 1993.
- Sluijs, E.M. , Wagner C. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen; De stand van zaken in 2000. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Spreeuwenberg, C. Het verkeerde bed. Medisch Contact 1991, **46**(7), 195.
- Spreeuwenberg C. Afspraken over kwaliteit te Leidschendam. Med Contact, 1995, **50**, 841.
- Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden Wet van 18 januari 1996 betreffende de kwaliteit van zorginstellingen (kwaliteitswet zorginstellingen). 's Gravenhage: Sdu Uitgevers, 1996
- Van Dale. Groot woordenboek der Nederlandse Taal, Utrecht/ Antwerpen: Van Dale Lexicografie bv, 1995.
- Veer, A.J.E. De, Bakker, D.H. De. Measuring unmet needs to assess the quality of home health care. International Journal for Quality in Health Care. 1994, **6**(3), 267-274.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) Nadere uitwerking van de indicatiestellingsprocedure in het cluster Verpleging & Verzorging. Zeist, VNG 1998.
- Visser, A.PH. De meting van de tevredenheid van ziekenhuispatiënten: Ontwikkeling en betekenis van een vragenlijst, in: A. Ph. Visser (red.). Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten, doel, methode en beleid. De Tijdstroom, Lochem, 1988.
- Wagner C., Bakker D.H.de & Sluijs E.M. Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 1995. Utrecht: NIVEL, 1995.

Appendix Overzicht van de verschillende fasen in het zorgproces)*.

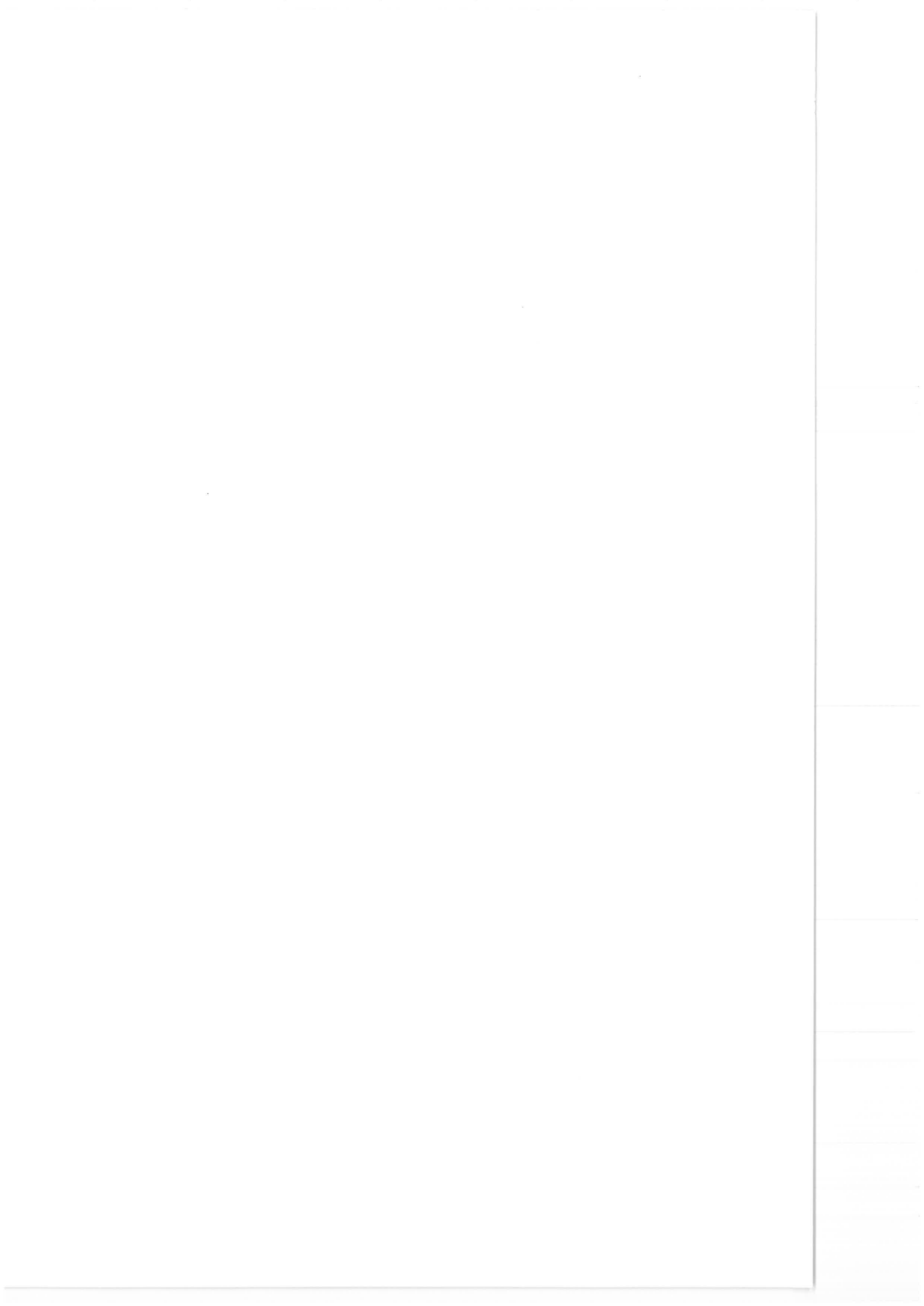
| fase in het zorgproces | omschrijving | actoren | verantwoordelijk |
|---|--|---|---|
| signalering van de zorgbehoefte | Zorgbehoefte kan spontaan door een cliënt worden geuit, of door personen in diens omgeving worden verondersteld. Dit laatste kan het geval zijn wanneer een persoon zelf nog geen klachten heeft, maar door iemand uit zijn/haar omgeving om bepaalde redenen tot een risicogroep wordt gerekend. | zorggebruiker, personen uit de omgeving en/of professionele zorgverlener | zorggebruiker |
| aanmelding van de zorgvraag | Dit is het moment waarop de aanmelding van de zorgvraag plaatsvindt bij een zorginstelling,, een instelling die zo'n organisatie vertegenwoordigt, of een daartoe aangewezen instelling. | zorggebruiker, personen uit omgeving en/of professionele zorgverlener, functionaris RIO | RIO of door RIO gemandateerde instelling |
| verheldering van de zorgvraag | Wanneer een aanmelding heeft plaatsgevonden dan is het van belang dat deze vraag voor de betrokkenen wordt verhelderd. Er wordt nagegaan wat de behoefte van de cliënt is, welke mogelijkheden de cliënt en personen in diens omgeving hebben, en hoe een passend antwoord op de zorgvraag geboden kan worden. | zorggebruiker, personen uit omgeving functionaris RIO | RIO of door RIO gemandateerde instelling |
| vaststellen van de problematiek en zorgbehoefte | Wanneer de vraag verhelderd is kan op basis van een inventarisatie van tekorten en beperkingen de zorgbehoefte worden bepaald (diagnose) | zorggebruiker, personen uit omgeving, evt. externe deskundigen huisarts, functionaris RIO | RIO of door RIO gemandateerde instelling |
| opstellen van indicatie-advies | Als de aard van het probleem vaststaat kunnen in dialoog met de cliënt een of meerdere zorgdoelen worden geformuleerd. Vervolgens wordt met de cliënt een keuze gemaakt en wordt het indicatie-advies geformuleerd | zorggebruiker, personen uit omgeving, functionaris RIO | RIO of door RIO gemandateerde instelling |
| vaststellen van de indicatie | Het indicatie-advies wordt voorgelegd aan een regionale indicatie-commissie. Deze toetst of de juiste procedure is gevolgd, stelt de indicatie vast en maakt deze kenbaar aan de zorggebruiker en zorgaanbieders. De indicatiestelling is toekenning van een recht op zorg. | functionaris RIO, indicatiecommissie, cliënt | indicatiecommissie van RIO of van door RIO gemandateerde instelling |
| machtiging | Voor sommige voorzieningen (bijv. bij Intensieve Thuiszorg of bij voorzieningen voor gehandicapten) moet een machtiging afgegeven worden. | financier, door de financier gemandateerden | financier |
| zorgtoeleiding | De vastgestelde indicatie wordt toegeleid naar de (samenwerkende) zorgaanbieders / plaatsingsbestedingsbureaus. | functionaris RIO zorgaanbieders | RIO of door RIO gemandateerde instelling |
| zorgtoewijzing en zorgeffectuering | De (samenwerkende) zorgaanbieders moeten een passend zorgaanbod realiseren en in geval van plaatsing op de wachtlijst zorg dragen voor een zorgaanbod ter overbrugging van de wachtperiode. De (samenwerkende) zorgaanbieders dragen ook zorg voor het wachtlijstbeheer. | zorgaanbieders)** cliënt functionaris RIO zorgkantoor | zorgaanbieders zorgkantoor |
| uitvoering van de zorg | De uitvoering van de zorg is een methodisch proces. Er wordt een zorgplan opgesteld. Dit wordt ten uitvoer gebracht terwijl voortdurend wordt bewaakt of het zorgaanbod nog aansluit bij de behoefte van de cliënt. Zo nodig vindt bijstelling van het zorgplan plaats. Wanneer de zorgdoelen zijn bereikt of de indicatietermijn is verstreken dan vindt een evaluatie plaats. De zorg wordt afgesloten. Wanneer de gestelde doelen nog niet bereikt zijn of er sprake is van een nieuwe zorgbehoefte dan kan het zorgproces vanaf een eerdere fase weer worden doorlopen. | zorggebruiker, personen in de omgeving, zorgverlener zorg-coördinator | zorgcoördinator en/of zorgverlener |

)* Het zorgproces is een cyclisch proces, waarin regelmatig wordt geëvalueerd of ondernomen acties nog bijdragen aan het bereiken van gestelde doelen. In de laatste fase wordt nagegaan of de doelen zoals bepaald bij de indicatiestelling zijn verwezenlijkt. Op grond daarvan wordt de zorgverlening beëindigd of wordt een nieuwe zorgbehoefte geconstateerd. In dat laatste geval worden de fasen van het zorgproces opnieuw doorlopen (Slingerland & Van Amelsvoort 1993).

)** In Amsterdam hebben de samenwerkende zorginstellingen verenigd in de SIGRA het SIGRA Verpleging & Verzorging Plaatsingsbestedingsbureau (SVP) opgericht, dat zorg draagt voor zorgbemiddeling en zorgtoewijzing. In Utrecht is er voor verpleeghuisindicaties een overlegorgaan waaraan de vertegenwoordigers van de verschillende verpleeghuizen, het zorgkantoor en RIAGG deelnemen. Gezamenlijk dragen zij zorg voor wachtlijstbeheer en zorgtoewijzing. Daarnaast bestaat een 'woon-zorg-overleg' waar vertegenwoordigers van verzorgingshuizen zorg dragen voor wachtlijstbeheer en zorgtoewijzing van verzorgingshuisindicaties.

Hoofdstuk 7

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN



7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In deze studie is onderzocht op welke wijze het kwaliteitsbeleid in Amsterdam gestalte heeft gekregen sinds het Referentiekader Verpleging en Verzorging is geïmplementeerd. In het bijzonder is nagegaan wat de effecten zijn op de samenhang in de zorg, de transparantie van de zorg en de continuïteit van zorg. De volgende vragen hebben centraal gestaan:

1. Heeft de implementatie van het Referentiekader Verpleging en Verzorging de beoogde effecten op (a) de samenhang in de zorg die verleend wordt door verschillende beroepsbeoefenaren en instellingen, en (b) de transparantie van de zorg voor patiënten en financiers?
2. Welke factoren werken bevorderend of belemmerend op de implementatie van het Referentiekader voor de kwaliteit van Verpleging en Verzorging in Amsterdam?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden zijn er over een tijdsbestek van drie jaar drie metingen verricht in Amsterdam en twee in de stad Utrecht. De stad Amsterdam, waar het Referentiekader was ontwikkeld, vormde de experimentele conditie en de stad Utrecht was de controleconditie. Tijdens elke meting vond de dataverzameling op een aantal wijzen plaats. Zo werden er mondelinge interviews gehouden met sleutelfiguren van stedelijke koepelorganisaties van de thuiszorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen, indicatie-organen, zorgverzekeraars, de gemeentelijke overheid en met cliëntorganisaties. In deze interviews was de aandacht met name gericht op (kwaliteits)activiteiten op stedelijk of regionaal niveau. Door middel van een schriftelijke enquête in zorginstellingen werd informatie verzameld over kwaliteitsactiviteiten binnen elke betrokken organisatie. Daarnaast werd aan zorggebruikers, die op de wachtlijst staan voor een verpleeg- of verzorgingshuis, gevraagd om hun mening over de kwaliteit en continuïteit van de zorg te geven.

De gegevens tezamen hebben informatie geleverd over de wijze waarop zorg voor kwaliteit gestalte krijgt op zowel het micro-, het meso- en het macroniveau. De conclusies die in dit slothoofdstuk worden geformuleerd zijn dan ook voor deze drie verschillende niveaus uitgewerkt:

- Het microniveau is het niveau van de individuele zorgverlening.
- Het mesoniveau is het niveau van de zorginstellingen.
- Het macroniveau is het niveau van de regio of de stad.

De conclusies in dit hoofdstuk beperken zich tot de situatie in Amsterdam. Op basis van de conclusies zijn aanbevelingen geformuleerd, welke kunnen bijdragen aan de continuering van het ingezette kwaliteitsbeleid aldaar.

7.1 MICRONIVEAU

De zorgverlener heeft de taak op microniveau de kwaliteit van zorg te bewaken. Kwaliteit wordt daarom van oudsher als inherent gezien aan het professionele handelen. Dat betekent dat de deskundigheid van een zorgverlener de basis vormt voor kwaliteit van zorg. Deskundigheid bestaat uit kennis en vaardigheden op het gebied van het methodisch-technisch handelen, alsmede communicatieve vaardigheden en een juiste attitude om zorg te kunnen verlenen. Daarnaast dient de zorgverlener de continuïteit van zorg te bewaken, omdat dat, volgens de richtlijnen van het Referentiekader Verpleging en Verzorging (Commissie Referentiekader V&V, 1995), een voorwaarde is voor een kwalitatief goede zorgverlening. Voorts wordt voor een vraaggerichte benadering gepleit en dient een zorgverlener de cliënt als partner in het zorgproces te beschouwen en hem in alle beslissingen ten aanzien van de zorg te betrekken en hem voortdurend van informatie te voorzien en inzicht te bieden in het zorgproces.

7.1.2 Conclusies

Uit de resultaten komt naar voren dat zorgverleners van instellingen ruimschoots de gelegenheid krijgen om zich te scholen en vakinhoudelijk te ontwikkelen, met als doel hun deskundigheid op peil te houden. Daarnaast bewaakt men de kwaliteit van het zorgproces in het

algemeen en de continuïteit van zorg in het bijzonder door te werken met zorgplannen en met behulp van protocollen voor de zorgverlening.

Uit de gegevens van het onderzoek onder cliënten komt naar voren dat de cliënten door de jaren heen wat beter geïnformeerd worden door functionarissen die belast zijn met de indicatiestelling. Echter de informatie over het traject tussen indicatiestelling en zorgeffectuering blijft een aandachtspunt. Cliënten weten in een aantal gevallen niet waar ze terecht moeten als zich problemen voordoen, terwijl men nog niet geplaatst kan worden. Een en ander is afhankelijk van het type zorg waarvoor men geïndiceerd is en de instelling die als 'dossierhouder' kan worden beschouwd. Dat cliënten een gebrek aan opvang en begeleiding ervaren gedurende de periode dat zij op de wachtlijst staan kan als groot knelpunt beschouwd worden, te meer als men in aanmerking neemt dat de periode totdat men geplaatst kan worden in de residentiële instelling van voorkeur kan oplopen tot langer dan een jaar. Daarbij komt dat de cliënt vaak in het ongewisse is over hoelang de wachttijd nog zal duren.

Hoewel er een lichte trend te zien is tot het verschaffen van meer informatie tijdens het zorgproces is de continuïteit van zorg in de optiek van cliënten niet echt verbeterd. Dit gold met name de continuïteit van zorg wanneer deze verleend wordt door meerdere zorgverleners binnen een enkele discipline. Punten van aandacht op dat gebied zijn het verschaffen van eenduidige informatie en de continuïteit van zorg bij vervanging van zorgverleners. Een opvallende bevinding is het bespreken van het verloop van de zorg met de cliënt en/of de mantelzorgers. In bijna de helft van de zorgverleningsprocessen wordt dit nooit aan de orde gesteld. Dat betekent dat men de cliënt te weinig inzicht geeft in het zorgproces, te weinig checkt of de zorg voldoende op de cliënt is afgestemd en ook niet nagaat of de cliënt tevreden is over de zorgverlening.

7.1.2 Aanbevelingen

Na beschouwing van de resultaten en conclusies van dit onderzoek kunnen ten aanzien van het zorgproces de volgende aanbevelingen worden geformuleerd.

1. Informatie over de zorg wordt te allen tijde als zeer belangrijk gezien. Een cliënt moet over alle relevante zaken betreffende het zorgproces worden geïnformeerd en op de hoogte gesteld worden van het geen hij kan verwachten. Dit geldt al meteen vanaf de aanmelding. Een cliënt moet geïnformeerd worden over de indicatieprocedure, het intakebezoek en hoe lang hij moet wachten voordat er een indicatiebezoek wordt afgelegd. Vervolgens dienen cliënt en/of directe betrokkenen goed geïnformeerd te zijn over het traject tussen indicatiestelling en zorgeffectuering. Onder meer dienen zij periodiek op de hoogte gesteld te worden van de wachttijden. Daarnaast moet een cliënt weten bij wie hij gedurende het traject van aanmelding tot zorgeffectuering terecht kan. Het is wenselijk dat er een meldpunt c.q. helpdesk wordt ingericht waar de cliënt wordt begeleid bij alle mogelijke vormen van vragen en problemen, ongeacht voor welke vorm van zorg hij geïndiceerd is.
2. De cliënt dient te allen tijde bij het zorgproces betrokken te worden. De zorgverlener dient tijdens het zorgproces uit te gaan van de systematiek van het 'methodisch handelen' (van Rest- de Bakker, 1984, Heeremans e.a., 1994). In de cyclus van informatie verzamelen, formuleren van doelen, planning, uitvoering en evaluatie van zorg, wordt een grote rol toegekend aan de cliënt. In overleg met de cliënt wordt het zorgplan opgesteld, geëvalueerd en bijgesteld. Het spreekt voor zich dat een continue stroom van informatie over alle relevante aspecten van de zorg daarbij onontbeerlijk is.
3. De continuïteit van zorg bij de thuiswonende cliënten blijkt moeilijk te realiseren, met name wanneer meerdere zorgverleners bij de zorg zijn betrokken. Belemmerende factor is krapte op de arbeidsmarkt, kleine dienstverbanden (beperkt aantal uren) en verloop onder het zorg verlenend personeel. Echter wanneer continuïteit van zorgverlener niet haalbaar is, dienen zorgverleners gezamenlijk te ijveren voor continuïteit in berichtgeving en informatieverschaffing en continuïteit in afspraken. Ook hier kan worden aanbevolen dat zorgverleners een methodische werkwijze volgen, waarin steeds een cyclus wordt gevolgd van planning, uitvoering en evaluatie. Het handelen wordt daarmee overdraagbaar, waardoor

de continuïteit wordt bevorderd. De overdraagbaarheid in de zorg draagt er bovendien toe bij dat de zorg niet wordt ingevuld naar goedbedoelde willekeur van individuele zorgverleners (Van Rest-De Bakker, 1984). De kans op mis-communicatie neemt daardoor af, zowel cliënt als zorgverlener weten wat er van hen wordt verwacht en andere disciplines krijgen een duidelijker beeld van het zorgproces.

7.2 MESONIVEAU

Om de kwaliteit van zorg op het micro-niveau te kunnen waarborgen dienen organisaties op verschillende gebieden activiteiten te ontwikkelen. Zo dient men op instellingsniveau zijn kwaliteitsbeleid te expliciteren in werkplannen en actieplannen. Daarnaast zal men in een organisatie voorzieningen moeten treffen om het kwaliteitsbeleid ten uitvoer te brengen, te evalueren en bij te stellen, zodat projectmatige ingezette acties deel uit gaan maken van een systematisch kwaliteitsbeleid. Een belangrijke rol in de bewaking van de kwaliteit van zorg wordt toegekend aan het personeel. Zoals al bleek uit de vorige paragraaf zijn zij degenen die voor kwalitatief goede zorg op het micro-niveau moeten zorgen. Het is van belang dat directies en management van instellingen hen stimuleren tot kwaliteitszorg en voorwaarden aanreiken voor scholing en deskundigheidsbevordering. Naast een intern gericht kwaliteitsbeleid dienen instellingen, ter waarborging van de continuïteit en kwaliteit van zorgprocessen een externe oriëntatie te ontwikkelen, gericht op samenwerking en afstemming met andere zorgaanbieders. Tot slot dienen instellingen in hun kwaliteitsbeleid aandacht te hebben voor de participatie van de cliënt.

7.2.1 Conclusies

Het onderzoek naar kwaliteitsbeleid in de zorginstellingen laat zien dat de meeste instellingen zich in toenemende mate ijveren voor een transparant kwaliteitsbeleid, waarin producten en diensten omschreven zijn en bij voorkeur geprotocolleerd. Er zijn bijvoorbeeld protocollen gericht op specifiek vakinhoudelijke of vaktechnische verrichtingen, specifieke behandeling of begeleiding of voor kritische momenten in zorgproces. Daarmee kan men niet alleen een constante kwaliteit waarborgen, maar er wordt tevens inzicht geboden aan andere instellingen in de zorgketen zodat continuïteit van zorg gewaarborgd is als meerdere aanbieders bij de zorg voor een cliënt betrokken zijn. In dat kader zijn protocollen over samenwerking, zorgcoördinatie en overdracht relevant.

Ook ten aanzien van de indicatiestelling wordt met vastgestelde procedures gewerkt. Naast een protocol ter bepaling van de zorgbehoefte is vastgesteld over welke zaken en hoe de cliënt wordt geïnformeerd. Overigens geldt dat voor zowel Amsterdam als Utrecht. De werkwijze ten aanzien van de indicatiestelling is ook niet rechtstreeks toe te schrijven aan lokale ontwikkelingen en ten aanzien van het kwaliteitsbeleid maar aan landelijke afspraken die zijn neergelegd in het Zorgindicatiebesluit (Staatsblad 1997).

De resultaten van het onderzoek laten zien dat zorginstellingen belang hechten aan de deskundigheid van zorgverleners. Men motiveert de medewerkers om zich vakinhoudelijk te ontwikkelen, en stimuleert scholing en deskundigheidsbevordering. Daarnaast geven in een aantal instellingen directies en/of management van instellingen expliciet sturing aan kwaliteitsactiviteiten door het bewaken van kwaliteitsplannen.

Geheel passend binnen de aandacht voor ketenkwaliteit geven instellingen aan dat zij in toenemende mate in samenwerking met andere instellingen invulling geven aan kwaliteitsbewaking. Men kiest voor gezamenlijk overleg en het formuleren van gemeenschappelijke richtlijnen, standaarden en protocollen, alle gericht op het bewaken van de continuïteit van zorg.

7.2.2 Aanbevelingen

Mede voorkomend uit de conclusies op het niveau van het zorgproces vallen voor het meso niveau de volgende aanbevelingen te doen.

1. Instellingen investeren in de vakinhoudelijke ontwikkeling van hun personeel, echter daarnaast is het van belang om te investeren in de werving van deskundig personeel. Om

de krapte op de arbeidsmarkt het hoofd te kunnen bieden moet men zich tevens inzetten voor het behoud van personeel.

2. Op grond van de bevinding dat de door cliënten ervaren continuïteit van zorg is afgenomen wordt aanbevolen dat instellingen voorwaarden scheppen waarmee zij zorgverleners in staat stellen tot een methodische werkwijze. Een goed informatiesysteem is daarbij van groot belang.
3. De zorginstellingen laten een vooruitgang zien in de ontwikkeling van kwaliteitssystemen, welke vergelijkbaar zijn met ontwikkelingen die bij de Leidschendamconferentie van 2000 zijn geconstateerd. Onderwerpen binnen het kwaliteitsbeleid die in de toekomst aandacht verdienen zijn een verdere ontwikkeling van externe oriëntatie en samenwerking met andere zorgaanbieders, met name tussen aanbieders van intramurale en extramurale zorg.

7.3 MACRONIVEAU

Een aantal uitgangspunten, dat in het Referentiekader Verpleging en Verzorging wordt genoemd, heeft gevolgen voor de organisatie van de zorg op het macro-niveau. Dit lijkt vanzelfsprekend waar het gaat om spreiding van voorzieningen en de verdeling van schaarse middelen. Echter ook een begrip als 'continuïteit van zorg' reikt verder dan het micro- en het mesoniveau. Met name in gevallen, zoals in de hoofdstukken 3 en 6 wordt beschreven, waar cliënten wachtend op residentiële zorg een beroep moet doen op verschillende zorgvormen, is het van belang dat hen een sluitend en evenwichtig zorgcircuit kan worden geboden, waarbij organisaties in de regio goed samenwerken.

7.3.1 Conclusies

Toen het Referentiekader werd ontwikkeld werd uitgegaan van zes Amsterdamse zorgregio's. Echter door de jaren heen bleek de regionale samenwerking niet bijzonder stabiel te zijn. Bij de introductie van de notitie was er in elke regio sprake van intensieve of minder intensieve samenwerking. Soms had deze het karakter van een regionaal beraad, waar geen beslissingen of adviezen werden geformuleerd, maar er waren ook regio's met een formele samenwerkingsstructuur. Echter, hoe de regionale samenwerking ook georganiseerd was, deze lijkt echter anno 2000 overschaduwde te zijn door fusies over de regiogrenzen heen. De samenwerkingsprojecten tussen fusiepartners hebben veelal geen regionaal karakter. Dit wordt door een aantal instellingen als belemmerend gezien voor het tot stand brengen van zorgketens op regionaal niveau. Met name cliënten die zich in een overgangssituatie bevinden van 'nog-thuis-wonen' naar het 'wonen-in-een-instelling' hebben behoefte aan een gevarieerd pakket op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Regionale samenwerking tussen verzorgingshuizen, instellingen voor thuiszorg en voorzieningen binnen het flankerend ouderenbeleid kunnen daar zorg voor dragen.

Een positieve ontwikkeling, die mede in gang is gezet door het in het Referentiekader geformuleerde kwaliteitsbeleid, is de samenwerking van instellingen ten aanzien van de zorgtoewijzing. Deze vindt plaats op basis van geprotocolleerde werkafspraken. Een belangrijke rol is daarbij weggelegd voor het SIGRA Verplegings- & Verzorgings Plaatsingsbestedingsbureau (SVP). Zij stellen zich als doel dat geïndiceerden voor verpleeg- en verzorgingshuizen enerzijds snel geplaatst worden en anderzijds dat instellingen efficiënt gebruik maken van hun capaciteit. Een belangrijke strategie die het SVP daar bij volgt is die van het 'dynamisch wachtlijstbeheer'. Elk verzorgingshuis krijgt op grond van gegevens die geregistreerd zijn de beschikking over cliëntgegevens van cliënten die binnen afzienbare tijd geplaatst kunnen worden (op de drempellijst staan). De begeleiding van het traject voorafgaand aan de plaatsing wordt daarmee in handen gelegd van de betreffende zorginstelling. Wanneer cliënten nog niet op de drempellijst staan dan heeft de stichting Tot en Met (RIO) de taak om hen te volgen en zo nodig een alternatief zorgaanbod te doen.

Daarnaast worden er op het niveau van de regio zorgaanbiederstafels ingericht. Een zorgaanbiederstafel is een (virtueel) platform voor overleg, waarin alle zorgaanbieders in een bepaalde regio zijn vertegenwoordigd met als doel te komen tot een efficiënte en geïntegreerde zorgleve-

ring aan cliënten die daartoe geïndiceerd zijn. De zorgaanbiederstafel moet een oplossing bieden voor complexe situaties die via de hierboven geschetste zorgtoewijzingsprocedure niet kunnen worden opgelost. Voordeel van deze overlegstructuur is dat er op operationeel niveau cliënten kunnen worden 'verdeeld' over het aanbod van dat moment, waarmee moet worden voorkomen dat geïndiceerde personen tussen wal en schip dreigen te vallen. Tot zover lijkt het traject tussen indicatiestelling en zorg-effectuering dus goed bewaakt te zijn. Toch bestaan er nog knelpunten. Zoals uit de resultaten (hoofdstuk 6) bleek is de termijn waarop cliënten op de wachtlijst een adequaat antwoord op de hulpvraag wordt geboden langer geworden. Een en ander is vermoedelijk toe te schrijven aan de grote personeelstekorten in de thuiszorg. Hoewel er op macroniveau een structuur voor een efficiënte zorgtoewijzing is gecreëerd en het traject totdat cliënten geplaatst zijn wordt gevolgd, worden door de tekorten in de thuiszorg deze effecten op microniveau weer te niet gedaan. Een complicerende factor is dat de wachtlijstregistratie van de thuiszorg gescheiden is van de wachtlijstregistratie voor intramurale plaatsen. Ook het beheer tussen deze sectoren is gescheiden. Dit maakt de situatie complex en een oplossing is geboden.

7.3.2 Aanbevelingen

1. Er lijkt een spanningsveld te bestaan tussen de regionale samenwerking en de koepelvorming van intramurale instellingen over de regio's heen. Echter beide hebben voor- en nadelen. Door de schaalvergroting ziet men een meer professionele zorgverlening, een uitbreiding van diensten, en een meer flexibele inzet van diensten en middelen. Echter een nadeel van fusies kan zijn dat er grote logge organisaties ontstaan, terwijl voor de thuiswonende cliënt zorg op maat en dicht bij huis juist om kleinschaligheid vraagt. Daarom wordt aanbevolen dat organisaties in de samenwerking steeds waken voor een balans tussen groot en kleinschaligheid en regionaal georganiseerde zorg dient blijvend aandacht te krijgen in de boven-regionale samenwerkingsverbanden.
2. Het wachtlijstbeheer voor verpleeg- en verzorgingshuizen heeft naar tevredenheid vorm gekregen en geleid tot verkorting en inzichtelijkheid van de wachtlijsten voor intramurale zorg. Het probleem wat nu de aandacht verdient is hoe aan de cliënt op de wachtlijst voor een verpleeg- of verzorgingshuis een zo goed mogelijk sluitende keten van zorg kunt bieden. Een knelpunt daarbij zijn de wachtlijsten in de thuiszorg. Door de veelvuldige schommelingen en de continue verandering in vraag en aanbod in deze sector is het complex om een goed inzicht in de wachtlijstgegevens te verkrijgen. Het verdient daarom aanbeveling om de registratie van de wachtlijsten goed vorm te geven en vervolgens aansluiting te zoeken bij de stedelijke procedures en het stedelijk beheer van wachtlijsten voor verpleeg- en verzorgingshuizen.
3. Met het oog op vervolgonderzoek lijkt het zinvol om de aandacht te richten op transferpunten in ziekenhuizen. Deze hebben de laatste jaren een belangrijke rol gespeeld bij de bewaking van de continuïteit van zorg wanneer een cliënt met ontslag gaat uit het ziekenhuis en thuiszorg nodig heeft. Het Referentiekader en dit onderzoek heeft zich gericht op de verpleging en verzorging van langdurig zorgbehoevenden en het domein beperkte zich dus tot verpleging en verzorging die geboden wordt door verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties. De rol van de transferpunten is niet onderzocht. Om een volledig beeld te schetsen van de ervaringen van cliënten die wachten op zorg zouden in toekomstig onderzoek ziekenhuizen en de transferpunten aldaar betrokken dienen te worden.
4. Inmiddels is Amsterdam in een nieuwe fase aangekomen. Waar men voorheen kampte met een tekort aan middelen staan nu problemen rondom krapte op de arbeidsmarkt en gebrek aan ruimte voor de bouw van voorzieningen hoger op de agenda. Omdat ook de regio-gedachte enigszins door de tijd is ingehaald lijkt het niet logisch dat er een herziening van het Referentiekader Verpleging & Verzorging zal plaatsvinden, welke als 'onderlegger' zal fungeren voor het kwaliteitsbeleid in de sector verpleging en verzorging. De verwachting is wel dat deze aanbevelingen, welke op basis van het gelopen traject worden gedaan, hun beslag zullen krijgen in het kwaliteitsbeleid van de zorginstellingen. Daarnaast kunnen zij

een impuls zijn bij de ontwikkeling van een nieuwe regiovisie. Hoewel de regiovisie vaak gericht is op verdeling van capaciteit en middelen, kunnen de gegevens en aanbevelingen voortkomend uit dit onderzoek borg staan voor aandacht voor de inhoud van de zorg en bewaking van de kwaliteit.

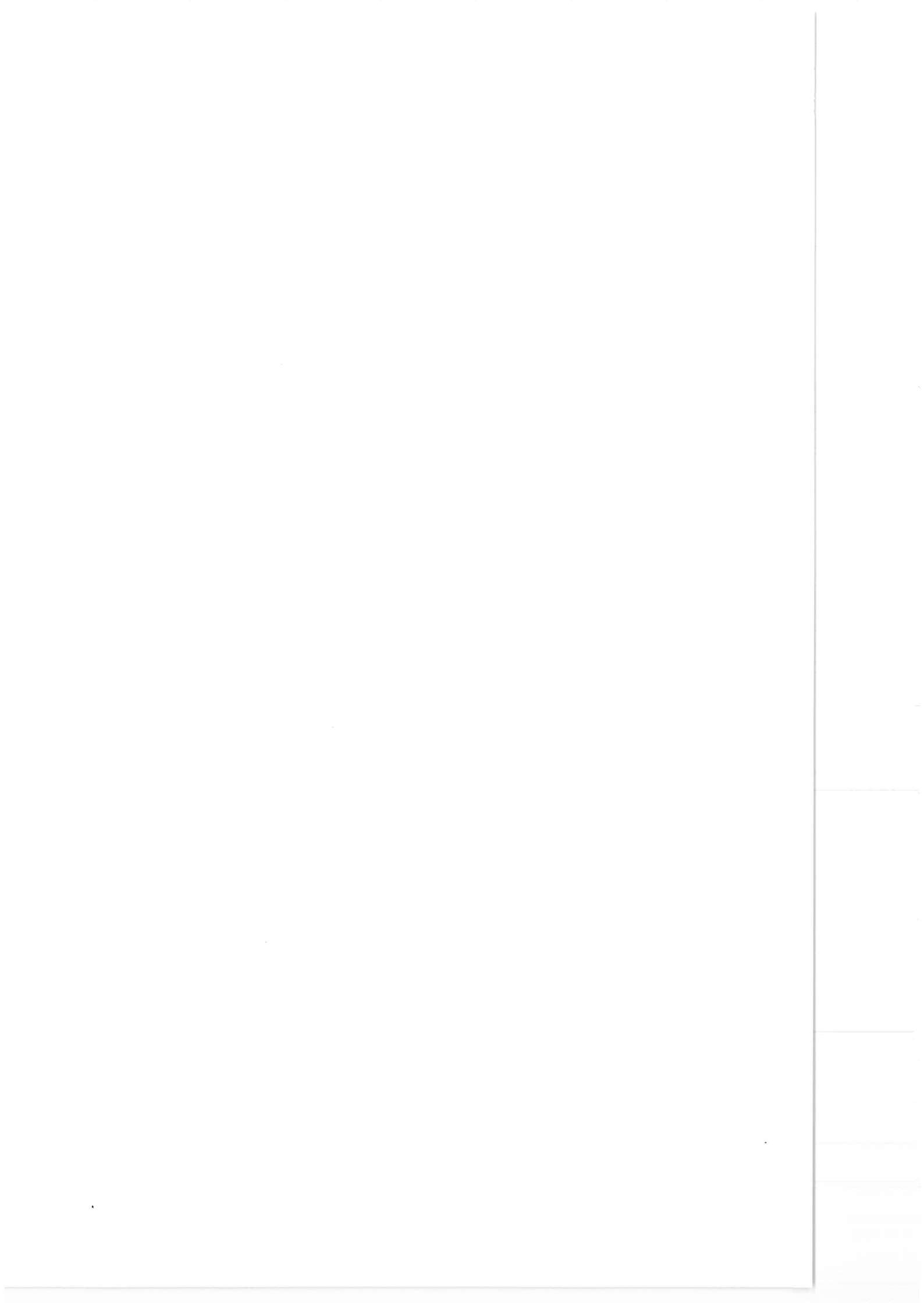
Literatuur

Commissie Referentiekader Verpleging & Verzorging (1995). Referentiekader Verpleging en Verzorging regio Amsterdam. Amsterdam: ZAO

Heeremans, J.G.M., Boumans, N.P.G., Algra M., Landeweerd, J.A. (1994) Integrerende Verpleegkunde in de Praktijk. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

Rest-de Bakker K.van (1984) Methodisch werken in de verpleging: het verpleegkundig proces. Lochem/ Gent: Uitgeversmaatschappij de Tijdstroom

STAATSBLAD VAN HET KONINKRIJK DER NEDERLANDEN Zorgindicatiebesluit 1997, 447, 1-24.



Literatuur

- Achterberg, M. Van. Continuity of care and client satisfaction in the community: a study of professional and non-professional care for the chronically ill (proefschrift) Maastricht, Universiteit van Maastricht. 1997
- Bakker, D.H. Peters, P., Sluijs, E.M. Philipsen, H. Onderzoeksprogramma Kwaliteit van zorg. Overzichtsstudie Kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing. NWO, Gebied Medische Wetenschappen, Den Haag 1994.
- Bakker D.H.de, Wagner C. & Sluijs E.M. Kwaliteitssystemen in de thuiszorg, de verpleeghuiszorg en de zorg voor mensen met een verstandelijk handicap. Utrecht: NIVEL, 1996.
- Beemsterboer, W.G.M. De ratioZorg om onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling. Medisch Contact **53**, 2000,977-979.
- Beemsterboer, W.G.M. De ratio van de RIO's: meerwaarde van onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen **78**, 2000,238-243.
- Bennema-Broos M., Sluijs, E.M. & Wagner C. Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Boon, L. Vraaggestuurde zorg. Amstelveen, Sympoz, 1997
- Bruin, A. De, Ruiter, E. Kerkstra, A. Integratie Kruiswerk en gezinsverzorging: meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten. Utrecht, NIVEL, 1996
- Campen C. Van, Friele R.D. & Kerssens J.J. (1992) Methods for assessing patient satisfaction with primary care: Review and annotated bibliography. Utrecht: NIVEL.
- Campen C. Van, Sixma H., Friele R.D., Kerssens J.J. & Peters L. () Quality of care and patient satisfaction: A review of measuring instruments. Medical Care Research and Review, **52** (1), 1995, 109-133.
- Campen C. Van; Sixma, H. Kerssens, J.J., Peters, L. Assessing Noninstitutionalized Asthma and COPD patients' priorities and perceptions of quality of health care: the development of the Quote-CNSLD instrument. Journal of Asthma 34(6), 1997, 531-538.
- Caris-Verhallen, W.M.C.M. Laurant, M.W., de Veer, A.J.E. Kerkstra, A. (2000) Kwaliteitsactiviteiten in de sector verpleging en verzorging in Amsterdam en Utrecht. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg (in druk).
- Casparie A.F., Foets M., Raaijmakers M.F., Bakker D.H. DE, Schneider M.J., Sterkenburg P.S., Janssen C.G.C., IJman-Schulte E.A.M., Bakker R.H., Moorer P., Dassen TH.W.N., Suurmeijer TH.P.B.M. (1998) Vragenlijst continuïteit van zorg vanuit patiëntenperspectief, handleiding. [Questionnaire Continuity of Care from patients' perspective] Amsterdam: VU/ Utrecht: NIVEL /Groningen: NCG, RUG.
- CBS (1999) Vademecum of health Statistics of the Netherlands. CBS, Voorburg/Heerlen, the Netherlands.
- Commissie Referentiekader Verpleging en Verzorging (1995). Referentiekader Verpleging en Verzorging regio Amsterdam. Amsterdam, ZAO .
- Degen JJEC, Huijsman R. (1999) Schakels in de keten tussen vraag en aanbod Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Frissen MAG, Lans S Van Der. Kwaliteitsbeleid: de derde Leidschendam-conferentie. Medisch Contact, **50**, 1995, 543-546.
- Hardjone TW, Hes FW. De Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding. Deventer:Kluwer, 1993.
- Heer A. DE, Visser A.PH., Visscherdijk H. (1988) De tevredenheid van de dankbare patiënt in het ziekenhuis. [Satisfaction of the grateful patient in hospital] In: A.Ph. Visser (ed.) Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten, doel, methode en beleid. [Research into patient satisfaction: goals, methods and policy] De Tijdstroom, Lochem.
- Heeremans, J.G.M., Boumans, N.P.G., Algera M., Landeweerd, J.A. (1994) Integreernde Verpleegkunde in de Praktijk. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

- Huijsman, R. (1998) Managementvraagstukken bij de vorming van zorgketens. In: Boon (red) *Zorg in Bedrijf*. Amstelveen: Sympoz
- Glendinning C. (1998) Convergence or diversity in the provision of long-term care for frail older people. In Glendinning C., editor. *Rights and realities: comparing new developments in long-term care for older people*. The Policy Press, Bristol.
- Kempen G.I.J.M., Suurmeijer T.P.B.M. () The development of a hierarchical polychotomous ADL-IADL scale for noninstitutionalized elders. *The gerontological Society of America*. **30** (4), 1990, 497-502.
- Kolkman, HHE. De rol van een regionaal samenwerkingsverband in de gezondheidszorg. *Acta Hospitalia*, **1**, 1991, 21-30.
- Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteitsbeleid Zorgsector. *Kwaliteitsbeleid Zorgsector: samen op weg naar Leidschendam 2000*. Zeist: LCKZ, 1997.
- Meijer, A. (1998) *Nursing homes in Europe: a comparative study of the organization and financing of nursing homes in five European countries*. Wageningen: Universiteit Wageningen.
- Ministerie van VWS. (1994) *Modernisering Ouderenzorg*. Den Haag: SDU.
- Ministerie van VWS. (1999a) *Zorgnota 2000* SDU, Den Haag.
- Ministerie van VWS. (1999b) *Plan van aanpak. Wachtlijsten in de Verpleging en Verzorging* SDU, Den Haag.
- Ministerie van VWS. *Indicatiestelling in de Zorg (K24608)*. Den Haag: SDU, 1996.
- Nationale Raad Voor De Volksgezondheid. *Afspraken over kwaliteitsbeleid, opgesteld tijdens de vervolgonferentie 'kwaliteit van zorg' op 14 en 15 juni 1990 te Leidschendam*. Zoetermeer, NRV, 1990.
- Nationale Raad Voor De Volksgezondheid. *Indicatiestelling en zorg op maat*. Zoetermeer: NRV, 1994
- Nationale Raad Voor De Volksgezondheid. *Naar een samenhangend kwaliteitsbeleid in de zorgsector; Kwaliteitsconferentie 7 juni 1995*. Zoetermeer: NRV, 1995.
- Nationale Raad Voor De Volksgezondheid. (1995) *Kwaliteitsbeleid zorgsector: evaluatie 1990-1995 en Leidschendamafspraken 1995-2000*. Zoetermeer: NRV.
- Place M. *Ontwikkeling en invoering van een kwaliteitssysteem: een leidraad voor RIAGG's*. Utrecht: NcGv, 1996.
- Ribbe M.W. *Care for the elderly: The role of the Nursing Home in the Dutch Health Care System*. *International Psychogeriatrics* **5** (2), 1994, 213-222.
- RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (1997) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: VII Gezondheid en zorg in de toekomst [Public Health Perspectives 1997: VII Health and care in the future]* Bilthoven : RIVM.
- Shortell S.M. *Continuity of medical care: conceptualization and measurement*. *Medical Care* **14** (5), 1976, 377-391.
- SIGRA *Zorgbemiddeling in Amsterdam: verslag van congres 10-11-1999*. Amsterdam, SIGRA, 1999.
- SIGRA *Verpleging Verzorging Plaatsingsbemiddeling. Jaarverslag 1997*. Amsterdam: SIGRA, 1998.
- Sixma H.J.M., Spreeuwenberg P.M.M., Pasch M.A.A. van der *Tevredenheid met de huisarts*. *Kwaliteit & Zorg*; **2**, 1994, 68-77.

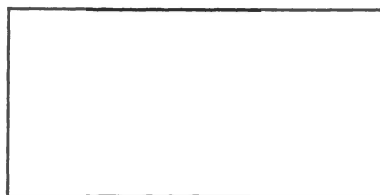
- Sixema H.J., Campen, C. Van, Kerssens, J.J., Peters, L. De QUOTE vragenlijsten: kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten. Utrecht: NIVEL, NWO, VWS, 1998.
- Slingerland, P. & Van Amelsvoort, F. Thuiszorg bemiddeld. Utrecht, NIZW, 1993.
- Sluijs E.M. & Wagner C. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Spreeuwenberg C. Het verkeerde bed. [the wrong bed] Medisch Contact **46** (7), 1991, 195.
- Spreeuwenberg C. Afspraken over kwaliteit te Leidschendam. Medisch Contact, **50**, 1995, 841.
- STAATSBLAD VAN HET KONINKRIJK DER NEDERLANDEN Wet van 18 januari 1996 betreffende de kwaliteit van zorginstellingen (kwaliteitswet zorginstellingen). 's Gravenhage: Sdu Uitgevers, 1996
- STAATSBLAD VAN HET KONINKRIJK DER NEDERLANDEN Zorgindicatiebesluit 1997, 447, 1-24.
- Van Dale. Groot woordenboek der Nederlandse Taal, Utrecht/ Antwerpen: Van Dale Lexicografie bv, 1995.
- Veer, A.J.E. De, Bakker, D.H. DE. Measuring unmet needs to assess the quality of home health care. International Journal for Quality in Health Care. **6**(3), 1994, 267-274.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) Nadere uitwerking van de indicatiestellingsprocedure in het cluster Verpleging & Verzorging. Zeist, VNG 1998.
- Visser A.P.H. De meting van de tevredenheid van ziekenhuispatiënten: Ontwikkeling en betekenis van een vragenlijst, [Measuring hospital patient satisfaction] in: A.Ph. Visser (ed.) Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten, doel, methode en beleid. [Research into patient satisfaction: goals, methods and policy] De Tijdstroom, Lochem, 1988.
- Wagner C., Bakker D.H.de & Sluijs E.M. Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 1995. Utrecht: NIVEL, 1995.
- Wagner C, Stoop AP, Temmink D, Bakker DH De. Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging. Utrecht: De Tijdstroom/Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, 1997.
- Wagner C., (1999) Implementation and effectiveness of quality systems in Dutch health care organizations. Utrecht: NIVEL

Lijst met afkortingen

| | |
|-------|---|
| ABCZ | Amsterdamse Bundeling Consumenten Zorgsector |
| AP/CP | Amsterdams Patiënten Consumenten Platform |
| AWBZ | Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten |
| BIO | Breed Indicatie Overleg |
| COSBO | Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen |
| GGZ | Geestelijke Gezondheidszorg |
| KWAZO | Kwaliteit van Zorg, onderzoeksprogramma van NWO |
| MGZ | Maatschappelijke Gezondheidszorg |
| NWO | Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk onderzoek |
| PP/CP | Provinciaal Patiënten Consumenten Platform |
| PGB | Persoons Gebonden Budget |
| RIAGG | Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg |
| RIO | Regionaal Indicatie Orgaan. In dit onderzoek zijn 2 RIO's betrokken, namelijk de Stichting Tot en Met in Amsterdam en Loket 1 in Utrecht. |
| RVE | Resultaat Verantwoordelijke Eenheid |
| RSV | Regionaal SamenwerkingsVerband |
| SIGRA | Stichting Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam |
| SVP | Sigra Verpleging en Verzorging Plaatsingsbemiddelingsbureau |
| WBO | Wet op de Bejaardenoorden |
| WiBO | Wonen in Beschermd Omgeving |
| WVG | Wet Voorzieningen Gehandicapten |
| WZV | Wet Ziekenhuisvoorzieningen |
| ZKA | Zorgkantoor Amsterdam |

BIJLAGEN

Bijlage 1



NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg
postbus 1568
3500 BN Utrecht

Vragenlijst Inventarisatie kwaliteitssystemen Versie A

september 1999

Voor meer informatie:
Wilma Caris-Verhallen
telefoon 030-2729725

HET KWALITEITSBELEID

1 In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?

(met 'instelling' wordt bij deze en volgende vragen dat deel van de organisatie bedoeld dat zich richt op de zorg van volwassenen. Kraamzorg en Jeugdzorg blijven in dit onderzoek buiten beschouwing)

Documenten

Missie op schrift: de visie en uitgangspunten van de instelling

'Product'omschrijvingen: gedetailleerde omschrijving van de zorg en dienstverlening die aan verschillende doelgroepen wordt verleend

Kwaliteitsprofielen: concrete omschrijvingen van de kwaliteitskenmerken en kwaliteitsnormen waaraan de zorg en dienstverlening moet voldoen

Kwaliteitsbeleid op schrift: een omschrijving van de doelstellingen t.a.v. kwaliteit en het kwaliteitsniveau alsmede de wegen die daarnaar moeten leiden

Kwaliteitswerkplan op instellingsniveau: een uitwerking van het kwaliteitsbeleid in concrete maatregelen en activiteiten om het kwaliteitsbeleid te realiseren

Kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor **sommige** afdelingen/voorzieningen

Kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor **alle** afdelingen/voorzieningen

Kwaliteitsjaarverslag: een verantwoording van alle activiteiten die in het kader van kwaliteitszorg ondernomen zijn en de resultaten daarvan

Kwaliteitshandboek: een omschrijving van alle procedures die worden gehanteerd om de kwaliteit te bewaken en te waarborgen en de personen die verantwoordelijk zijn voor het handhaven daarvan

| | nee | in ont- wikkeling | ja |
|--|-----|----------------------|----|
| Missie op schrift: de visie en uitgangspunten van de instelling | | | |
| 'Product'omschrijvingen: gedetailleerde omschrijving van de zorg en dienstverlening die aan verschillende doelgroepen wordt verleend | | | |
| Kwaliteitsprofielen: concrete omschrijvingen van de kwaliteitskenmerken en kwaliteitsnormen waaraan de zorg en dienstverlening moet voldoen | | | |
| Kwaliteitsbeleid op schrift: een omschrijving van de doelstellingen t.a.v. kwaliteit en het kwaliteitsniveau alsmede de wegen die daarnaar moeten leiden | | | |
| Kwaliteitswerkplan op instellingsniveau: een uitwerking van het kwaliteitsbeleid in concrete maatregelen en activiteiten om het kwaliteitsbeleid te realiseren | | | |
| Kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor sommige afdelingen/voorzieningen | | | |
| Kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor alle afdelingen/voorzieningen | | | |
| Kwaliteitsjaarverslag: een verantwoording van alle activiteiten die in het kader van kwaliteitszorg ondernomen zijn en de resultaten daarvan | | | |
| Kwaliteitshandboek: een omschrijving van alle procedures die worden gehanteerd om de kwaliteit te bewaken en te waarborgen en de personen die verantwoordelijk zijn voor het handhaven daarvan | | | |

TOELICHTING *: **in ontwikkeling**: één of meerdere personen zijn bezig met de ontwikkeling van het document

2 In hoeverre zijn de volgende uitspraken op uw instelling van toepassing?

| | niet van toepassing | | | geheel van toepassing | |
|--|---------------------|---|---|-----------------------|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering vinden in onze instelling vooral binnen afdelingen/voorzieningen plaats. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kwaliteitsbewaking/-verbetering vindt plaats over grenzen van afdelingen/voorzieningen heen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| In onze instelling worden ook ondersteunende afdelingen in de kwaliteitsbewakende/-verbeterende activiteiten betrokken. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering wordt (binnen de stad) nauw samengewerkt met andere organisaties voor thuiszorg | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering wordt (binnen de stad) nauw samengewerkt met verpleeghuizen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | niet van toepassing | | | geheel van toepassing | |
|--|---------------------|---|---|-----------------------|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering wordt (binnen de stad) nauw samengewerkt met verzorgingshuizen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering wordt nauw samengewerkt met cliëntorganisaties | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering wordt nauw samengewerkt met de zorgverzekeraar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering wordt nauw samengewerkt met de gemeentelijke overheid | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

RANDVOORWAARDEN EN PERSONEELSMANAGEMENT

Welke extra voorzieningen zijn in uw instelling getroffen voor het kunnen invoeren en onderhouden van activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- geen extra voorzieningen
- scholing/deskundigheidsbevordering van leidinggevenden/management
- scholing/deskundigheidsbevordering van medewerkers/professionals
- medewerkers/professionals kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor kwaliteitsverbetering
- aanstellen kwaliteitscoördinator/-functionaris/aandachtsfunctionaris/projectmedewerker kwaliteit
- instellen van een stuurgroep
- instellen van kwaliteitscommissie/werkgroepen/verbetereteams
- een apart intern gereserveerd budget voor kwaliteitszorg
- externe ondersteuning (subsidie overheid/financier, adviesbureau, koepelorganisatie)
- anders, namelijk

In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- niet van toepassing
 - selectie van nieuw personeel met een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg
 - nieuwe medewerkers/professionals worden geschoold in kwaliteitsbewaking/-verbetering
 - deskundigheidsbevordering vindt mede plaats naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid
 - medewerkers/professionals worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen
 - deelname aan kwaliteitsprojecten is verplicht
 - anders, namelijk
-

5 **Op welke wijze stimuleert de directie de betrokkenheid van de medewerkers/professionals bij het kwaliteitsbeleid van de instelling?** (meerdere antwoorden mogelijk)

- geen maatregelen/niet van toepassing
- stimuleren is niet nodig, medewerkers/professionals besteden zelf voldoende aandacht aan kwaliteitsbewaking/-verbetering
- de directie geeft aan wat van medewerkers/professionals wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling
- de directie toetst of de medewerkers/professionals zich houden aan de afspraken die gemaakt zijn in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling
- geven van systematische feedback over de bereikte resultaten aan medewerkers/professionals (bijvoorbeeld via functionerings-/beoordelingsgesprekken)
- geven van incentives (bijv. extra beloning)
- bewaking van de afdelings-/voorzieningenwerkplannen
- sancties, namelijk
- anders, namelijk

WERKEN VOLGENS PROTOCOLLEN

6 **Wordt in uw instelling gewerkt volgens protocollen/standaarden?**

- nee (ga naar vraag 7)
- nee, maar we zijn protocollen/standaarden aan het ontwikkelen (ga naar vraag 7)
- ja, op/in één afdeling/voorziening
- ja, op/in verschillende afdelingen/voorzieningen, maar niet in de gehele organisatie
- ja, in de gehele organisatie
- anders, namelijk

6.1 **Wat voor soort protocollen/standaarden worden in uw instelling gebruikt?** (meerdere antwoorden mogelijk)

- (a) gericht op specifieke behandel-/begeleidingsvormen/verrichtingen
- (b) voor specifieke doelgroepen en diagnoses
- (c) voor voorbehouden handelingen
- (d) voor het gebruik van medische hulpmiddelen
- (e) voor kritische momenten in het zorg-/dienstverleningsproces
- (f) voor de routing van de patiënt/cliënt/bewoner van aanmelding tot afsluiting van de zorg
- (g) voor situaties waarin niet (direct) aan indicatiestelling kan worden voldaan
- (h) voor geschillen en klachten

voor de voorlichting aan de patiënt/cliënt/bewoner over

- (i) de wachtlijstperiode
- (j) het zorgverleningsproces geschillen/klachtenregeling/ombudsfunctie
- (k) geschillen-/klachtenregeling/ombudsfunctie
- (l) voor inspraak patiënt/cliënt/bewoner bij opstellen, bijstellen en evalueren zorgplan

voor de onderlinge samenwerking tussen zorgverleners **binnen** uw instelling wat betreft

- (m) informatie-uitwisseling
- (n) overlegsituaties
- (o) zorgcoördinatie
- (p) voor de overdracht naar andere zorgverlener **binnen** uw instelling

voor samenwerking met zorgverleners (of instellingen) **buiten** uw instelling wat betreft

- (q) informatie-uitwisseling
- (r) overlegsituaties
- (s) zorgcoördinatie

(t) voor de overdracht naar andere zorgverlener (of instelling) **buiten** uw instelling

(u) anders, namelijk

2 **Bij de ontwikkeling van welke bij vraag 6.1 aangekruiste protocollen zijn patiënten/cliënten/bewoners (of hun belangenorganisaties) betrokken geweest?**

- patiënten/cliënten/bewoners zijn **niet** betrokken geweest
- patiënten/cliënten/bewoners zijn bij de ontwikkeling van **alle** aangekruiste protocollen betrokken geweest
- patiënten/cliënten/bewoners zijn bij de ontwikkeling van **enkele** protocollen betrokken geweest

Wilt u hieronder aangeven bij de ontwikkeling van welke protocollen patiënten/cliënten/bewoners betrokken zijn geweest door de betreffende letters die in vraag 6.1 tussen haakjes zijn aangegeven hieronder te noteren

.....

.....

.....

.....

3 **Worden de in uw instelling gebruikte protocollen/standaarden regelmatig geëvalueerd en zo nodig aangepast?**

- nee
 - ja, af en toe
 - ja, regelmatig en systematisch
-

PARTICIPATIE VAN PATIËNTEN/CLIËNTEN/BEWONERS

8 Bij welke activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering worden patiënten/cliënten/bewoners (of hun belangenorganisaties) betrokken?

Activiteiten

ontwikkelen van kwaliteitscriteria/normen
 beoordelen of beoogde doelen t.a.v. kwaliteit worden gehaald
 participatie in (kwaliteit)commissies
 participatie in verbeterprojecten
 bespreken uitkomsten van satisfactie-onderzoek, klachtenregistratie, etc.
 anders:

| nee/ niet van toepassing | afhankelijk van onderwerp | altijd |
|--------------------------|---------------------------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

9 In hoeverre is in uw instelling sprake van onderstaande voorzieningen?

Zorgovereenkomsten: met de patiënt/cliënt/bewoner gemaakte afspraken over het zorgverleningsproces worden vastgelegd
 Ombudsfunctionaris: deze bemiddelt tussen cliënt en zorgverlener/instelling bij een verschil van mening over bijv. de wijze waarop de zorg wordt verleend
 Informatiesysteem: voor gebruikers (en verwijzers) toegankelijk waardoor men zich kan oriënteren op het zorgaanbod

| nee | in ont- wikkeling | ja |
|-----|----------------------|----|
| | | |
| | | |
| | | |

TOELICHTING *: **in ontwikkeling:** één of meerdere personen zijn bezig met de ontwikkeling van de voorziening

ORGANISATIEKENMERKEN

10 Kunt u aangeven in hoeverre de onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling?

| | helemaal mee oneens | | | helemaal mee eens | |
|---|---------------------|---|---|-------------------|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Onze instelling moet steeds vaker inspelen op nieuwe doelgroepen en producten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| In de toekomst zal het voor onze instelling steeds moeilijker worden aan de toenemende vraag tegemoet te komen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| In onze instelling zijn de meeste handelingen vastgelegd in protocollen/standaarden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11 Hoe typeert u in uw instelling de organisatiestructuur, de besluitvorming, de houding tegenover veranderingen en de onderlinge communicatie?

| | | | | | |
|---|--------------|---|---|---|----------------|
| | hiërarchisch | | | | plat |
| De organisatiestructuur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | centraal | | | | decentraal |
| De besluitvorming | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | flexibel | | | | behoudend |
| De houding tegenover veranderingen/ vernieuwingen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | informeel | | | | geformaliseerd |
| De onderlinge communicatie tussen afdelingen/voorzieningen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

12 In hoeverre werkt uw instelling samen met andere zorgaanbieders in de stad om de kwaliteit van zorg te verbeteren? (per onderwerp aankruisen met welke instellingen wordt samengewerkt, meerdere antwoorden mogelijk)

| | thuiszorg | verpleeg- huis(zen) | verzorgings huis(zen) |
|--|-----------|------------------------|--------------------------|
| Er is geregeld overleg op directieniveau met andere instellingen in de stad | | | |
| De instelling participeert in projecten om de samenwerking tussen instellingen te verbeteren | | | |
| De instelling heeft schriftelijk vastgelegde afspraken met andere instellingen rond overdracht en verwijzing | | | |
| De instelling biedt in samenwerking met andere producten aan (gezamenlijk zorgaanbod) | | | |
| anders, namelijk | | | |

14 Kunt u aangeven hoeveel formatieplaatsen uw instelling in zijn geheel heeft?

..... fte's

15 Wilt u aangeven wie de vragenlijst heeft ingevuld?

- directie
 anders, namelijk (functie)

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst. Voor het terugzenden kunt u de bijgevoegde antwoordervelope gebruiken.

BIJLAGE 2

Bijlage 2

Lijst met onderwerpen voor de interviews met sleutelfiguren

Algemene gegevens over de organisatie (samenwerkingsverband, koepelorganisatie, RIO, zorgverzekeraar, afdeling MGZ gemeente, cliëntenorganisatie)

Organisatiestructuur

Taken

Samenwerkingspartners

Personele bezetting

(organisatorische veranderingen sinds vorige interview werd afgenomen)

Ontwikkelingen inzake de afstemming vraag en aanbod

Hoe blijft men op de hoogte van (veranderingen in) vraag en aanbod?

Zijn er ontwikkelingen in de spreiding van voorzieningen?

Hoe speelt men in op discrepanties tussen vraag en aanbod?

Beheer van wachtlijsten

Hoe is zorgtoewijzing geregeld?

Wie is verantwoordelijk na positieve indicatiestelling?

Betrokkenheid van de organisatie (samenwerkingsverband, koepelorganisatie, Rio, zorgverzekeraar, afdeling MGZ gemeente, cliëntenorganisatie) bij de ontwikkeling van regionale en stedelijke richtlijnen, procedures, criteria, betreffende

De intake

Informatievoorziening cliënt

Klachten en second opinion

Wachtlijsten

Zorgtoewijzing

Zorgcoördinatie

Intakeprocedure (alleen aan de orde gesteld bij instellingen die belast waren met indicatie)

De intakeprocedure

Informatievoorziening voor de cliënt

Intake- en registratiesysteem

Urgentie bepaling

Procedures voor herindicatie

Procedures voor klachten en second opinion

Procedures voor zorgtoewijzing

Kwaliteitsbewaking en verbetering

Activiteiten die worden ondernomen om de kwaliteit te toetsen, te bewaken en te verbeteren

Ontwikkelingen in de samenwerking met andere partijen

Thuiszorgaanbieders

Sectie (of samenwerkende) Verpleeghuizen

Sectie (of samenwerkende) Verzorgingshuizen

Cliëntorganisaties

Gemeentelijke overheid

Zorgverzekeraar

Indicatie-organen

Rol van het Referentiekader Verpleging en Verzorging bij het kwaliteitsbeleid (alleen Amsterdam)

Hoe, en in welke mate wordt het document gebruikt?

Welke status heeft het document

Waar dat van toepassing is werd per onderdeel ingegaan op de fase van ontwikkeling waarin bepaalde structuren en activiteiten zich bevinden: bevindt een en ander zich in een oriënterende fase of in een voorbereidende fase, wordt er geëxperimenteerd of is een activiteit/structuur reeds in definitieve vorm ingevoerd en verankerd in bestaande structuren.

Tevens werd per onderdeel gevraagd naar samenwerking met andere partijen. Punten die daarbij aan de orde kwamen zijn: met wie wordt samengewerkt en hoe valt de samenwerking te karakteriseren in termen van intensiteit en mate waarin de samenwerking geformaliseerd en structureel is. Daarnaast wordt ingegaan op het verloop van de samenwerking; in hoeverre is er sprake van problemen en knelpunten, waardoor worden deze veroorzaakt en welke oplossingen zijn hiervoor gevonden.

BIJLAGE 3

Bijlage 3

Overzicht van vertegenwoordigers van organisaties en samenwerkingsverbanden die hebben deelgenomen aan de interviews bij meting 1 (voor wijzigingen bij meting 2 zie hoofdstuk 5 paragraaf 5.2.3)

| Organisatie | Geïnterviewde |
|---|---|
| AMSTERDAM | |
| <i>Stedelijk Niveau</i> | |
| SIGRA Sectie verpleeghuizen | Vertegenwoordiger van het dagelijks bestuur van de sectie Verpleeghuizen van de SIGRA, directeur van een zorginstelling |
| Sectie verzorgingshuizen | Vertegenwoordiger van de sectie Verzorgingshuizen van de SIGRA en directeur van een zorginstelling |
| Amsterdam Thuiszorg Stedelijk bureau | Beleidsfunctionaris van Stichting Thuiszorg Amsterdam en lid van de Raad van bestuur |
| Stedelijk Indicatie-orgaan Verpleeg- & verzorgingshuizen (Stichting Tot en Met) | Manager Controle en Toetsing |
| Gemeente afdeling MGZ | Senior Beleidsmedewerker Ouderenzorg, Afdeling MGZ |
| Cliëntenorganisatie AP/CP | Voorzitter van Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform |
| Cliëntenorganisatie COSBO | Staffunctionaris Bestuurs- en Beleidszaken Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen |
| Cliëntenorganisatie ABCZ | Voorzitter van de Amsterdamse Bundeling Consumenten Zorginstellingen |
| Zorgverzekeraar | Beleidsmedewerker Verpleging en Verzorging |

Overzicht van vertegenwoordigers van organisaties en samenwerkingsverbanden die hebben deelgenomen aan de interviews (vervolg)

| Organisatie | Geïnterviewde |
|--|---|
| AMSTERDAM | |
| <i>Regionaal niveau</i> | |
| Amsterdam Thuiszorg Regionaal bureau | Directeur van een van de thuiszorgbedrijven |
| Amsterdam Thuiszorg regionale indicatiebureaus | Hoofd van de afdeling Verkoop, Indicatie & Advies |
| 6 regionale samenwerkings- verbanden | Lid van het RSV regio Amsterdam Nieuw West en directiesecretaris van zorgorganisatie in de regio Lid van het RSV regio Amsterdam Noord en directeur van verzorgingshuis in de regio Lid van het RSV regio Amsterdam Oost en directeur van verzorgingshuis in de regio Lid van het RSV regio Amsterdam Zuid-Oost en directeur van een verzorgingshuis in de regio Lid van het RSV regio Amsterdam Zuid en directeur van zorgorganisatie in de regio Lid van het RSV regio Amsterdam Centrum Oud-West en directeur van een gecombineerd verpleeg- & verzorgingshuis in de regio |
| UTRECHT | |
| <i>Stedelijk niveau)*</i> | |
| Verenigd Overlegorgaan Verpleeghuizen Utrecht | Lid van de vereniging en directeur van een verpleeghuis te Utrecht |
| Vereniging samenwerkende Verzorgingshuizen stad en provincie | Lid van de Vereniging en directeur van een verzorgings- huis te Utrecht |
| Thuiszorg Stad Utrecht | Lid Raad van Bestuur Thuiszorg Stad Utrecht |
| Stedelijk Indicatiebureau verpleeg- & verzorgingshuizen | Hoofd Afdeling Ouderen en Gehandicapten, Gemeente Utrecht |
| Stedelijk Indicatiebureau Thuiszorg | Manager a.i. van het Stedelijk Indicatiebureau Thuiszorg |
| Gemeente Utrecht afdeling MGZ | Hoofd Afdeling Ouderen en Gehandicapten, Gemeente Utrecht |
| Cliëntenorganisatie PP/CP Utrecht | Directeur PP/CP |
| Cliëntenorganisatie COSBO Utrecht | Secretaris COSBO |
| Zorgverzekeraar ANOVA | Account-manager Account Care |

)* De stad Utrecht is een subregio van de WZV-regio Utrecht. Binnen de stad is geen verdeling in zgn. zorgregio's.

BIJLAGE 4

Bijlage 4

ENQUÊTE CLIËNTEN

Introductie

Goede, u spreekt met van het NIVEL. Wij zijn bezig met een onderzoek naar de samenwerking tussen thuiszorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Wij willen graag weten wat de ervaringen zijn van mensen die op de wachtlijst staan voor een verpleeghuis of verzorgingshuis. U heeft ons laten weten dat u wil meewerken aan ons onderzoek. Komt het nu gelegen dat ik u een aantal vragen stel.

1. 1) ja (ga door naar vraag 2)
 2) nee, maar wel een andere keer (terugbelafpraak maken)
 3) nee, wil bij nader inzien niet meedoen (reden bij volgende vraag invullen, als de reden is dat cliënt niet in staat is de vragen telefonisch te beantwoorden, vragen of cliënt wel in staat is de vragen tijdens een huisbezoek te beantwoorden. Zo ja, dan meedelen dat men later wordt gebeld voor een afspraak voor een huisbezoek)
Reden niet mee doen:

Als ik goed ben ingelicht staat u op de wachtlijst voor een verpleeghuis/verzorgingshuis (check toestemmingsformulier) Klopt dat?

2. 1) op wachtlijst voor verpleeghuis
 2) op wachtlijst voor verzorgingshuis
3. Sinds wanneer staat u op de wachtlijst? (JMMDD, check toestemmingsformulier)

ZELFREDZAAMHEID

Allereerst wil ik samen met u nagaan in hoeverre u uw dagelijkse bezigheden nog zelf kunt verrichten en bij welke u hulp nodig heeft. Ik noem een aantal handelingen of werkzaamheden waar mensen moeite mee kunnen hebben. U kunt bij elk onderdeel steeds aangeven of u de activiteit nog zelfstandig en zonder moeite kunt doen, zelfstandig maar met moeite of dat u de handeling alleen kunt verrichten met hulp van anderen. (Hierbij uitgaan van de thuissituatie, dus zou cliënt handeling in thuissituatie kunnen verrichten)

4. Hoeveel moeite heeft u op dit moment met:

| | zelfstandig zonder moeite | zelfstandig met moeite | alleen met met hulp |
|---|------------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1. in en uit bed stappen | 1 | 2 | 3 |
| 2. gezicht en handen wassen | 1 | 2 | 3 |
| 3. voeten en nagels verzorgen | 1 | 2 | 3 |
| 4. helemaal wassen, baden, douchen | 1 | 2 | 3 |
| 5. aan- en uitkleden | 1 | 2 | 3 |
| 6. naar de WC gaan | 1 | 2 | 3 |
| 7. gaan zitten en opstaan uit een stoel | 1 | 2 | 3 |
| 8. binnenshuis verplaatsen op zelfde verdieping | 1 | 2 | 3 |
| 9. traplopen | 1 | 2 | 3 |
| 10. buitenshuis lopen | 1 | 2 | 3 |
| 11. eten en drinken | 1 | 2 | 3 |

(bij de volgende items kan het voorkomen dat men deze bezigheden nooit hoeft te doen (kan bijv. bij mannen voorkomen), proberen te achterhalen of men het wel, zelfstandig of met moeite, zou kunnen. Lukt dit niet dan categorie 4 'niet van toepassing' invullen)

| | zelfstandig zonder moeite | zelfstandig met moeite | alleen met met hulp | n.v.t. |
|---|------------------------------|---------------------------|------------------------|--------|
| 12. bed opmaken en verschoneren | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. licht poetswerk (zoals stof afnemen, opruimen, afwassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. de was doen en strijken | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. zwaar poetswerk (zoals dweilen, ramen lappen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. broodmaaltijd klaarmaken | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. warme maaltijd klaarmaken | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. boodschappen doen | 1 | 2 | 3 | 4 |

B. AANMELDING

Voordat u op de wachtlijst werd geplaatst, hebt u zich eerst aangemeld. De volgende vragen gaan over de aanmelding.

Was u zelf betrokken bij de aanmelding?

- 1) ja
- 2) nee (door naar deel c)

5. Wist u zelf bij welke instantie u zich moest aanmelden, of heeft iemand u hiervan op de hoogte gesteld?

- 1) ja, ik wist het zelf
- 2) nee, iemand heeft mij daarover informatie gegeven

6. Heeft u zelf contact opgenomen met de instantie of heeft iemand anders dat voor u gedaan?

- 1) ikzelf
- 2) familie
- 3) vrienden, buren, kennissen
- 4) de huisarts
- 5) de thuiszorg (wijkverpleegkundige/gezinsverzorgende)
- 6) het ziekenhuis
- 7) iemand anders (SPECIFICEER)
- 8) weet niet

7. Was het makkelijk of juist moeilijk om diegene te pakken te krijgen waar u zich kon aanmelden? Was dat

- 1) heel makkelijk
- 2) makkelijk
- 3) niet makkelijk en niet moeilijk
- 4) moeilijk
- 5) heel moeilijk
- 6) weet niet

8. Hoe goed werd er bij de aanmelding geluisterd?

- Was dat
- 1) uitstekend
 - 2) heel goed
 - 3) goed
 - 4) redelijk
 - 5) matig
 - 6) slecht
 - 7) weet niet

9. Wat vond u van de hoeveelheid informatie die tijdens de aanmelding werd gegeven?

- Vond u die
- 1) uitstekend
 - 2) heel goed
 - 3) goed
 - 4) redelijk
 - 5) matig
 - 6) slecht
 - 7) weet niet

C. INTAKE

Nadat u zich heeft aangemeld is er iemand bij u op huisbezoek geweest om uw huidige situatie te bespreken om samen met u na te gaan of u in aanmerking zou komen voor een plaats in een *verpleeg/verzorgingshuis. Men noemt zo'n bezoek een 'intake'. Degene die op huisbezoek komt, is de 'intaker'. De volgende vragen gaan over de intake.

Was u zelf betrokken bij de aanmelding?

- 1) ja
- 2) nee (door naar deel d)

10. Hoe lang na de aanmelding kwam er iemand bij u langs voor de intake?
(omrekenen in hele dagen)
11. Werd u tijdens de intake voldoende of onvoldoende de ruimte geboden om uw situatie uiteen te zetten en uw behoefte aan hulp duidelijk te maken?
 1) ruim voldoende
 2) voldoende
 3) niet voldoende, niet onvoldoende
 4) onvoldoende
 5) ruim onvoldoende
12. Hoe goed vond u dat de intaker naar u luisterde?
 1) uitstekend
 2) heel goed
 3) goed
 4) redelijk
 5) matig
 6) slecht
13. Heeft de intaker u voldoende of onvoldoende geïnformeerd over keuzemogelijkheden? Heeft u bijvoorbeeld informatie gekregen over verschillende vormen van hulp die voor mensen in uw situatie aanwezig zijn. Of heeft de intaker u verteld over de diverse *verpleeg/verzorgingshuizen in uw omgeving.
 1) ruim voldoende
 2) voldoende
 3) niet voldoende, niet onvoldoende
 4) onvoldoende
 5) ruim onvoldoende
14. Ik wil u nu iets vragen over zorgpakketten.
Een zorgpakket is een vorm van thuiszorg die geboden wordt i.p.v. opname in een verzorgingshuis. Zo'n pakket aan thuiszorg bevat een combinatie van huishoudelijke, verzorgende en verplegende taken en algemene begeleiding (Bijvoorbeeld een gesprek omdat men eenzaam is of in de put zit, hulp bij het doen van boodschappen, of bij het invullen van formulieren).
Heeft de intaker u geïnformeerd over zorgpakketten?
 1) ja
 2) nee
15. Kreeg u voldoende of onvoldoende de kans uw keuzes kenbaar te maken?
 1) ruim voldoende
 2) voldoende
 3) niet voldoende, niet onvoldoende
 4) onvoldoende
 5) ruim onvoldoende
16. Aan het einde van het intake-gesprek heeft de intaker u mogelijk al verteld wat zijn of haar advies was. In ieder geval heeft u een tijdje na het huisbezoek (meestal na 2 weken) een brief gekregen waarin werd meegedeeld welke beslissing men naar aanleiding van het intake-gesprek met u heeft genomen. Vindt u dat men bij deze beslissing voldoende of onvoldoende rekening heeft gehouden met uw wensen en voorkeuren?
 1) ruim voldoende
 2) voldoende
 3) niet voldoende, niet onvoldoende
 4) onvoldoende
 5) ruim onvoldoende
17. Heeft men u (tijdens het intake-gesprek of in de brief met de beslissing die u later heeft ontvangen) geïnformeerd over wat u kunt doen wanneer u het niet eens bent met de beslissing? Bijvoorbeeld hoe u een klacht kunt indienen of om een tweede mening (second opinion) kunt vragen.
1) ja
2) nee

D. WACHTLIJST

Aan het begin van dit interview heeft u verteld dat u op de wachtlijst staat voor een *verpleeg/verzorgingshuis sinds (zie vraag 2 en 3). De volgende vragen gaan over de periode dat u op deze wachtlijst staat.

18. Bent u voldoende of onvoldoende op de hoogte gesteld van de reden waarom u op de wachtlijst bent geplaatst en nog niet in een *verpleeg/verzorgingshuis geplaatst kon worden?
- 1) ruim voldoende
 - 2) voldoende
 - 3) niet voldoende, niet onvoldoende
 - 4) onvoldoende
 - 5) ruim onvoldoende
- 18a. Vindt u dat men u voldoende of onvoldoende heeft geïnformeerd over de gang van zaken totdat u geplaatst kunt worden in het *verpleeg/verzorgingshuis?
- 1) ruim voldoende
 - 2) voldoende
 - 3) niet voldoende, niet onvoldoende
 - 4) onvoldoende
 - 5) ruim onvoldoende
19. Is u verteld hoe lang het ongeveer zal duren voor er een plaats in het *verpleeg/verzorgingshuis voor u vrij komt?
- 1) ja
 - 2) nee
 - 3) weet niet
20. Is u verteld bij wie u in de tussentijd terecht kunt met vragen en problemen?
- 1) ja, namelijk (SPECIFICEER)
 - 2) nee
 - 3) weet niet

E. INVENTARISATIE VAN ZORG EN VOORZIENINGEN DIE MEN OP DIT MOMENT ONTVANGT

De volgende vragen gaan over de hulp die u op dit moment ontvangt van **instellingen** (dus niet van familie, burens, kennissen of vrijwilligers). We willen graag weten welke hulp u ontvangt, of dit voor u voldoende is om de wachtlijstperiode te overbruggen, hoe tevreden u bent over de ontvangen hulp en dergelijke.

21. Wat voor hulp ontvangt u op dit moment?
- Antwoordcategorieën opnoemen*
- 1) ontvangt geen hulp van instellingen (ga door naar vraag 34)
 - 2) huishoudelijke hulp
 - 3) lichamelijke verzorging (bijv. aankleden, wassen)
 - 4) verpleegkundige hulp (bijv. medicijnen innemen, wonden verbinden, injecties)
 - 5) dagvoorzieningen (dagbehandeling) in verpleeghuis
 - 6) dagvoorzieningen (dagopvang/dagverzorging) in verzorgingshuis
 - 7) nachtopvang/nachtverzorging in verpleeghuis
 - 8 algemene ondersteuning en begeleiding (deze zorg kan in het kader van een zorgpakket voorkomen naast verpleegkundige, verzorgende of huishoudelijke hulp en bestaat bijvoorbeeld uit hulp bij sociale of culturele activiteiten of hulp bij administratie, of een gesprek omdat men in de put zit,)
 - 9) anders nl.: (SPECIFICEER)(als alléén optie 9: ga door naar vraag 34)
- a) Als één van de opties 2, 3, 4 of 8 ingevuld: ga door naar vraag 23
 b) Als meerdere van de opties 2, 3, 4 of 8 ingevuld: ga door naar vraag 22
 c) Als alléén optie 5/6 of 7 ingevuld: ga door naar vraag 28/29
 d) Als zowel a/b én c van toepassing zijn: volg beide routes
22. U ontvangt dus zowel (invullen wat van toepassing is: de opties die cliënt bij vorige vraag heeft aangegeven). Geven dezelfde hulpverleners beide (of meerdere) soorten hulp of komen er andere hulpverleners voor de en voor de en de?
- 1) verschillende zorg wordt verleend door dezelfde hulpverlener(s)
 - 2) verschillende zorg wordt verleend door verschillende hulpverleners
23. Wordt de hulp verstrekt door hulpverleners van de gezinsverzorging, van de wijkverpleging (of van beide), of vanuit het verzorgingshuis?
- 1) wijkverpleging (ga door naar vraag 24 en 25, sla vraag 26 t/m 27 over)
 - 2) gezinsverzorging (ga door naar vraag 26 en 27)
 - 3) wijkverpleging en gezinsverzorging (ga door naar vraag 24)

24.

Hoeveel dagen per week krijgt u hulp van de wijkverpleging?

- 1) minder dan halve dag
- 2) halve dag
- 3) 1 dag
- 4) 2 dagen
- 5) 3 dagen
- 6) 4 dagen
- 7) 5 dagen
- 8) 6 dagen
- 9) 7 dagen
- 10) anders nl.....

25. En hoe lang komen de hulpverleners van de wijkverpleging dan gemiddeld per dag?
(invullen in aantal uren en minuten)

.....

(Als cliënt alleen wijkverpleging heeft: ga door naar vraag 30)

26. Hoeveel dagen per week krijgt u hulp van de gezinsverzorging?

- 1) minder dan halve dag
- 2) halve dag
- 3) 1 dag
- 4) 2 dagen
- 5) 3 dagen
- 6) 4 dagen
- 7) 5 dagen
- 8) 6 dagen
- 9) 7 dagen
- 10) anders nl.....

27. En hoe lang komen de hulpverleners van de gezinsverzorging dan gemiddeld per dag? (invullen in
aantal uren en minuten)

(Als cliënt géén dag- of nachtopvang ontvangt: ga door naar vraag 30)

28. Hoeveel dagen per week maakt u gebruik van de dagvoorzieningen (dagopvang/dagverzorging/dag-
behandeling)? (aantal dagen invullen)

.....

29. Hoeveel nachten per week maakt u gebruik van de nachtopvang/nachtverzorging?
(aantal nachten invullen)

.....

30. Kreeg u de hulp/zorg die u nu ontvangt, onmiddellijk toen u die nodig had?

- 1) ja, onmiddellijk (ga door naar vraag 32)
- 2) nee, het duurde enige tijd

31. Hoelang heeft u ongeveer moeten wachten voordat u de hulp kreeg die u nu ontvangt?

- dagen
- weken
- maanden

32. Hoe tevreden of ontevreden bent u over de snelheid waarmee u hulp/zorg kreeg toe u die nodig
had?

- 1) heel tevreden
- 2) redelijk tevreden
- 3) matig tevreden
- 4) niet tevreden, niet ontevreden
- 5) een beetje ontevreden
- 6) behoorlijk ontevreden
- 7) erg ontevreden

33.

Vindt u dat u voldoende of onvoldoende hulp ontvangt om de periode tot u geplaatst kunt worden te overbruggen?

- 1) ruim voldoende
- 2) voldoende
- 3) niet voldoende, niet onvoldoende
- 4) onvoldoende
- 5) ruim onvoldoende

34. Aan welke van de volgende vormen van hulp heeft u nog behoefte (of nog meer behoefte)?
*Of bij skip vanaf vraag 21: Heeft u wel behoefte aan een van de volgende vormen van hulp?
(meerdere antwoorden mogelijk: antwoordcategorieën opnoemen)*

- 1) huishoudelijke hulp
- 2) lichamelijke verzorging (bijv. aankleden, wassen)
- 3) verpleegkundige hulp (bijv. medicijnen innemen, wonden verbinden, injecties)
- 4) dagvoorzieningen/dagbehandeling in verzorgings-/verpleeghuis
- 5) nachtopvang/nachtverzorging in verpleeghuis
- 6) algemene ondersteuning of begeleiding
- 7) anders nl.: (SPECIFICEER)
- 8) geen behoefte aan meer hulp (*ga door naar vraag 36*)

35. Wat is volgens u de reden dat u deze hulp niet ontvangt?

- 1) weet ik niet
- 2) ik heb er niet om gevraagd
- 3) te duur
- 4) personeelstekort/wachttijd
- 5) mijn situatie wordt niet zo ernstig genomen
- 6) andere reden nl. (SPECIFICEER)

36. Hoe tevreden bent u in het algemeen over de kwaliteit van de zorg die u wél ontvangt?

- 1) heel tevreden
- 2) redelijk tevreden
- 3) matig tevreden
- 4) niet tevreden, niet ontevreden
- 5) een beetje ontevreden
- 6) behoorlijk ontevreden
- 7) erg ontevreden

37. Naast hulp in de vorm van huishoudelijke hulp, verpleging en verzorging thuis of in de dagvoorziening (dagopvang/dagverzorging/dagbehandeling), bestaan er ook een aantal voorzieningen waar mensen gebruik van kunnen maken. Van welk van deze voorzieningen maakt u op dit moment gebruik? (*meerdere antwoorden mogelijk: antwoordcategorieën opnoemen*)

- 1) maaltijdverstrekking
- 2) alarmering
- 3) klussendienst
- 4) hulpmiddelen (bijv. tillift, rolstoel, looprek e.d.)
- 5) anders nl. (SPECIFICEER)
- 6) maakt geen gebruik van voorzieningen (*ga door naar vraag 39*)

38. Vindt u dat u voldoende of onvoldoende voorzieningen ontvangt om de periode tot u geplaatst kunt worden te overbruggen?

- 1) ruim voldoende
- 2) voldoende
- 3) niet voldoende, niet onvoldoende
- 4) onvoldoende
- 5) ruim onvoldoende

39. Aan welke van de volgende vormen van voorzieningen heeft u nog behoefte of nog meer behoefte?
Of bij skip vanaf vraag 37: Heeft u wel behoefte aan een van de volgende voorzieningen?

- (meerdere antwoorden mogelijk: antwoordcategorieën opnoemen)*
- 1) maaltijdverstrekking
 - 2) alarmering
 - 3) klussendienst
 - 4) hulpmiddelen (bijv. tillift, rolstoel, looprek e.d.)
 - 5) anders nl. (SPECIFICEER)
 - 6) geen behoefte aan (meer/andere) voorzieningen (*ga door naar deelgebied F*)

Wat is volgens u de reden dat u deze voorziening(en) niet ontvangt?

- 1) weet ik niet
- 2) ik heb er niet om gevraagd
- 3) te duur
- 4) personeelstekort/wachttijd
- 5) mijn situatie wordt niet zo ernstig genomen
- 6) andere reden nl. (SPECIFICEER)

41. Hoe tevreden bent u in het algemeen over de kwaliteit van de voorzieningen die u wél ontvangt?

- 1) heel tevreden
- 2) redelijk tevreden
- 3) matig tevreden
- 4) niet tevreden, niet ontevreden
- 5) een beetje ontevreden
- 6) behoorlijk ontevreden
- 7) erg ontevreden

Ga door naar deelgebied F

F. OORDEEL OVER DE HULP/ZORG DIE MEN OP DIT MOMENT ONTVANGT

(NB: nu volgen meer specifiek vragen over de hulp/zorg die men op dit moment ontvangt. Deze zijn opgesplitst in vijf deelgebieden: wijkverpleging, gezinsverzorging, zorgpakket (vorm van thuiszorg die geboden wordt i.p.v. opname in een verzorgingshuis. Het pakket aan thuiszorg bevat een combinatie van huishoudelijke, verzorgende en verplegende taken en algemene begeleiding. De zorg van het zorgpakket wordt meestal geboden door een zorgverlener van het verzorgingshuis, soms samen met iemand van de thuiszorg).

De routing binnen dit deel (F) van de enquête is afhankelijk van wat de cliënt bij vraag 21 en/of vraag 23 heeft geantwoord.

F1. WIJKVERPLEGING

42. U heeft net verteld dat u hulp krijgt van de wijkverpleging. Is dat hulp van de Thuiszorg Utrecht (Amsterdam) of van een particulier bureau bijvoorbeeld van NTN of Progeria (in Utrecht) of NTN en Combi-zorg (Amsterdam)?

- 1) particuliere hulp/hulp van een particuliere instelling
- 2) hulp van een thuiszorginstelling
- 3) weet niet

Als optie 1 aangegeven: als cliënt ook gezinsverzorging ontvangt: ga door naar F2

Als cliënt ook dagvoorziening/nachtopvang ontvangt: ga door naar vraag F3 of F4

Als cliënt ook zorg in kader van zorgpakket ontvangt: ga door naar vraag F5

Als optie 2 of 3 aangegeven: ga door naar volgende vraag

43. Hoeveel verschillende wijkverpleegkundigen komen er normaal gesproken bij u over de vloer?

- 1) één
- 2) twee
- 3) drie
- 4) meer dan drie, nl. (SPECIFICEER)

44. Vindt u dat aantal

- 1) prettig
- 2) niet prettig, niet onprettig
- 3) enigszins vervelend
- 4) vervelend
- 5) maakt me niet uit

Als optie 1 bij vraag 47: ga door naar vraag 52

Als optie 2-4 bij vraag 47: ga door naar vraag 49

45. Vindt u dat de wijkverpleegkundigen in het algemeen goed samenwerken?

- 1) ja, altijd
- 2) ja, meestal wel
- 3) nee, regelmatig niet
- 4) nee, vaak niet
- 5) weet niet

46. Komt het wel eens voor dat de ene wijkverpleegkundige u tegengestelde informatie of adviezen geeft dan wat de andere u heeft gezegd?
- 1) ja, vaak
 - 2) ja, soms
 - 3) nee, bijna nooit
 - 4) nee, nooit
 - 5) weet niet
47. Werken de verschillende wijkverpleegkundigen volgens u weleens langs elkaar heen?
- 1) ja, vaak
 - 2) ja, soms
 - 3) nee, bijna nooit
 - 4) nee, nooit
 - 5) weet niet
48. Wordt er bij ziekte van uw wijkverpleegkundige(n), ook voor vervanging gezorgd?
- 1) ja
 - 2) nee
 - 3) nog niet aan de orde geweest
49. Hoe tevreden bent u over de mate waarin opvolgers en/of vervangers op de hoogte zijn van uw situatie en van de verpleegkundige zorg die u nodig heeft?
- 1) niet van toepassing (nog niet te maken gehad met opvolgers of vervangers)
 - 2) tevreden
 - 3) redelijk tevreden
 - 4) niet tevreden, niet ontevreden
 - 5) enigszins ontevreden
 - 6) ontevreden
50. Wordt er door uw wijkverpleegkundige(n) voldoende of onvoldoende antwoord gegeven op vragen die u heeft over de door hen verstrekte verpleegkundige zorg? Bijvoorbeeld over wat hij/zij wel en niet voor u kan doen.
- 1) ruim voldoende
 - 2) voldoende
 - 3) niet voldoende, niet onvoldoende
 - 4) onvoldoende
 - 5) ruim onvoldoende
 - 6) niet van toepassing; ik heb geen vragen
51. Bespreekt uw wijkverpleegkundige regelmatig met u hoe de zorgverlening verloopt en of u tevreden bent met hoe het gaat?
- 1) ja, vaak
 - 2) ja, regelmatig
 - 3) ja, soms
 - 4) nee, nooit
52. Houdt de wijkverpleegkundige zich in het algemeen aan de met u gemaakte afspraken? Bijvoorbeeld afspraken over wat gedaan moet worden, hoe laat en hoe vaak ze komen e.d.
- 1) ja, altijd
 - 2) ja, meestal wel
 - 3) nee, regelmatig niet
 - 4) nee, vaak niet
 - 5) weet niet
53. Kunt u de wijkverpleegkundige(n) makkelijk bereiken wanneer dat nodig is?
- 1) makkelijk
 - 2) niet makkelijk en niet moeilijk
 - 3) moeilijk
 - 4) niet van toepassing: nog niet aan de orde geweest
54. Weet u waar u terecht kunt als u klachten heeft over de wijkverpleging die u ontvangt?
- 1) ja, nl.bij.....
 - 2) nee
-

F2 GEZINSVERZORGING

Vragen zijn vergelijkbaar met de vragen in F1, echter nu geformuleerd voor de gezinsverzorging.

F3 DAGVOORZIENINGEN

Vragen zijn vergelijkbaar met de vragen in F1, echter nu geformuleerd voor de zorgverleners van de dagvoorziening.

F4 NACHTOPVANG/ NACHTVOORZIENING

Vragen zijn vergelijkbaar met de vragen in F1, echter nu geformuleerd voor de zorgverleners van de nachtoorziening.

F5 ZORGPAKKET

Vragen zijn vergelijkbaar met de vragen in F1, echter nu geformuleerd voor de zorgverleners van het verzorgingshuis dat het zorgpakket biedt.

G. SAMENWERKING

(Vragen uit dit gedeelte van de enquête stellen als de cliënt meerdere soorten zorg ontvangt.)

G1. SAMENWERKING WIJKVERPLEGING EN GEZINSVERZORGING

U heeft verteld dat u zowel zorg ontvangt van de wijkverpleging als van de gezinsverzorging. De volgende vragen gaan over de samenwerking tussen de wijkverpleging en de gezinsverzorging.

100. Vindt u dat de wijkverpleging en de gezinsverzorging in het algemeen goed samenwerken?
- 1) ja, altijd
 - 2) ja, meestal wel
 - 3) nee, regelmatig niet
 - 4) nee, vaak niet
 - 5) weet niet
101. Komt het wel eens voor dat de wijkverpleging u tegengestelde informatie of adviezen geeft dan wat de gezinsverzorgende(n) u heeft gezegd, of omgekeerd?
- 1) ja, vaak
 - 2) ja, soms
 - 3) nee, bijna nooit
 - 4) nee, nooit
 - 5) weet niet
102. Werken de wijkverpleging en de gezinsverzorgende(n) volgens u weleens langs elkaar heen?
- 1) ja, vaak
 - 2) ja, soms
 - 3) nee, bijna nooit
 - 4) nee, nooit
 - 5) weet niet
103. Zijn de afspraken die gemaakt zijn over wat de wijkverpleging doet en wat de gezinsverzorging doet voor u duidelijk?
- 1) ja, helemaal
 - 2) deels wel/deels niet
 - 3) nee
104. Wanneer u wilt dat er iets aan de zorgverlening verandert, weet u dan aan wie u dat moet vragen?
- 1) ja, aan de persoon die dat deel van de zorgverlening doet
 - 2) ja, aan de zorgcoördinator/contactpersoon o.i.d.
 - 3) ja, aan de wijkverpleging
 - 4) ja, aan de gezinsverzorgende(n)
 - 5) nee, dat is onduidelijk
-

G2. SAMENWERKING HULPVERLENERS THUIS EN HULPVERLENERS DAG/NACHTOPVANG

Vragen zijn vergelijkbaar met de vragen in G1, echter nu geformuleerd voor de zorgverleners uit de thuiszorg en van de dag- of nachtoorziening.

G3. SAMENWERKING WIJKVERPLEGING EN VERZORGINGSINGHUIS

Vragen zijn vergelijkbaar met de vragen in G1, echter nu geformuleerd voor de zorgverleners uit de thuiszorg en van het verzorgingshuis dat het zorgpakket biedt.

H. ACHTERGRONDVARIABLEN

Ten slotte wil ik u nog een paar algemene vragen stellen. Eerst over de hulpverleners waar u nog meer mee te maken heeft op dit moment (naast de hulpverleners van de thuiszorg, de dag/nachtopvang en het verzorgingshuis). Daarna over de hulp die u eventueel ontvangt van familie, vrienden, kennissen of bureu. Als laatste nog een paar vragen over uzelf.

110. Heeft u op dit moment regelmatig (minimaal 1 keer per maand) contact met een van de volgende hulpverleners? (meerdere antwoorden mogelijk: antwoordcategorieën opnoemen)
- 1) huisarts
 - 2) fysiotherapeut
 - 3) maatschappelijk werker
 - 4) medisch specialist
 - 5) psycholoog/psychiater
 - 6) anders nl..... (SPECIFICEER)
 - 7) geen contacten naast thuiszorg, verzorgingshuis, dag/nachtopvang
111. Wordt u op dit moment ook geholpen door niet-professionele hulpverleners dat wil zeggen door: partner, kinderen, familie, vrienden, kennissen, bureu of vrijwilligers?
- 1) nee (ga door naar vraag 114)
 - 2) ja (ga door naar vraag 112)
112. Hoeveel dagen per week komen zij u helpen?
- 1) minder dan halve dag
 - 2) halve dag
 - 3) 1 dag
 - 4) 2 dagen
 - 5) 3 dagen
 - 6) 4 dagen
 - 7) 5 dagen
 - 8) 6 dagen
 - 9) 7 dagen
 - 10) anders nl.....
113. En hoeveel uur per dag helpen ze u dan gemiddeld?
(invullen in aantal uren en minuten)
.....
116. Wat is de hoogste opleiding die u hebt afgerond?
- 1) geen
 - 2) lagere school
 - 3) lager beroepsonderwijs (bijv. LTS, huishoudschool)
 - 4) MULO/MAVO
 - 5) MMS, HBS, HAVO, VWO, gymnasium
 - 6) middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MEAO, MTS)
 - 7) hoger beroepsonderwijs (bijv. HTS, HEAO, PABO)
 - 8) universitair onderwijs
 - 9) anders, nl..... (SPECIFICEER)
117. Bent u
- 1) ongehuwd
 - 2) gehuwd
 - 3) gescheiden
 - 4) weduwe/weduwenaar
 - 5) samenwonend
118. Woont u alleen of samen met anderen?
- 1) alleen
 - 2) samen met partner
 - 3) samen met partner en kind(eren)
 - 4) samen met kind(eren)
 - 5) samen met (SPECIFICEER)

Dit was de laatste vraag die ik u wilde stellen. Heeft u nog vragen of opmerkingen? Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Mocht iemand nog verder willen praten over uw situatie dan telefoonnummer geven van Ouderenadviseur in uw wijk.