

VOORWOORD

Hierbij treft u het verslag van de eerste werkconferentie 'Zorgvernieuwing in de thuiszorg'. Deze conferentie markeert de start van het beleidsprogramma zorgvernieuwingsprojecten. Dit programma is door het ministerie van WVC opgezet om instellingen en beroepsgroepen te stimuleren de effectiviteit en efficiëntie van het thuiszorgaanbod te verhogen. Concreet worden een tiental zorgvernieuwingsprojecten ondersteund door het financieren van de projectbegeleidingskosten gedurende maximaal drie jaar. In aansluiting daarop worden jaarlijks werkconferenties georganiseerd met als doel onderlinge uitwisseling van ervaringen en informatie tussen projecten. Hiervan kunnen de projecten profiteren bij de verdere ontwikkeling van de zorgvernieuwing en kunnen ook anderen gebruik maken van de opgedane ervaringen.

Het onderhavige verslag betreft de eerste werkconferentie die georganiseerd is door het NIVEL. De plenaire ochtendsessie, onder voorzitterschap van prof. dr. A.J.P. Schrijvers, is geopend met een toespraak namens Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur drs. H.J. Simons uitgesproken door plaatsvervangend Directeur-Generaal van de Volksgezondheid J. Verhoef, psychiater. In deze toespraak is de plaats van de zorgvernieuwingsprojecten binnen het beleid van het ministerie van WVC nader toegelicht. Vervolgens vonden een tweetal inleidingen plaats waarin achtereenvolgens werd ingegaan op het zorgvernieuwingsprogramma als zodanig (door Mr. S.M. Bless) en het evaluatieonderzoek rond het zorgvernieuwingsprogramma (door mw. dr. I. Tijssen). Na de koffie pauze werd in een 'talk-show' plaats onder voorzitterschap van prof. Schrijvers over de betekenis van het zorgvernieuwingsprogramma. Aan de talkshow werd deelgenomen door vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties / instellingen, de verzekeraars, de patiënt en het ministerie van WVC.

In de middag vonden een drietal parallelsessie's plaats rond de thema's coördinatie in de thuiszorg, zorgprotocollen en zorgcircuits. Elke bijeenkomst werd begonnen met een korte algemene inleiding door een deskundige op het betreffende thema die tevens als sessievoorzitter optrad. Elke sessie werd afgesloten met discussie.

Deze bundel bevat een integraal verslag van de ochtendsessie. De verslagen van de middagsessie's zijn enigszins ingedikt om het geheel niet te omvangrijk te laten worden. Ter gelegenheid van de conferentie is tevens een brochure verschenen die een summiere beschrijving per project bevat, alsmede een adressenlijst aan contactpersonen per project. Deze brochure is bij het NIVEL verkrijgbaar.

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

INHOUD

Zorgvernieuwing in de thuiszorg	3
Toespraak namens de Staatssceretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, drs. H.J. Simons, uitgesproken door plv. Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, J. Verhoeff, psychiater.	
Het zorgvernieuwingsprogramma thuiszorg Lezing Mr. S.M. Bless	9
Het evaluatieonderzoek rond het zorgvernieuwingsprogramma Lezing Mw. Dr. I. Tijssen	14
Werkconferentie vernieuwing in de thuiszorg Verslag talkshow	19
Coördinatie in de thuiszorg en case-management Verslag parallelsessie I	24
Zorgprotocollen Verslag parallelsessie II	28
Zorgcircuits Verslag parallelsessie III	31

ZORGVERNIEUWING IN DE THUISZORG

Toespraak namens de Staatssecretaris van
Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
drs. H.J. Simons

uitgesproken door de plv. Directeur-Generaal van de Volksgezondheid,
J. Verhoeff, psychiater

Dames en heren,

De conferentie van vandaag vormt de start van een programma voor zorgvernieuwing in de thuiszorg. Ik ben blij bij deze start aanwezig te kunnen zijn, want het geeft mij de gelegenheid toe te lichten welke rol dit programma speelt in het beleid dat de Staatssecretaris voeren wil. Zorgvernieuwing zal daarin een belangrijke pijler zijn.

Het volksgezondheidsbeleid heeft de laatste jaren sterk onder druk gestaan van de noodzakelijke kostenbeheersing. Op dit moment vindt een accentverschuiving plaats naar meer inhoudelijke vraagstukken uit pure noodzaak. Ik hoef alleen maar te wijzen op veranderingen in de aard en de omvang van de hulpvragen door de toenemende vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken en gehandicapten. Daarom staat de Staatssecretaris een beleid voor ogen waarin nieuw beleid voor structuur en financiering van de gezondheidszorg gelijk opgaat met nieuw inhoudelijk beleid. Om daaraan gestalte te gaan geven, moeten wij allen, overheid en andere betrokkenen zoals de beroepsgroepen en de maatschappelijke organisatie, doelgericht werken aan vormen van zorgvernieuwing. De Staatssecretaris zal binnenkort de context waarbinnen dit moet gebeuren presenteren in zijn actieprogramma 'Werken aan zorgvernieuwing'.

Zorgvernieuwing in de thuiszorg is meer dan een mooie uitdaging.

Zorgvernieuwing moet! Om dit te verduidelijken wil ik met u kort kijken naar a. de problemen in de hulp- en zorgverlening thuis kijken, b. de beleidslijnen die uitgezet zijn en worden, en c. de plaats die dit zorgvernieuwingsprogramma thuiszorg daarin inneemt.

a. Het probleem van de organisatorische vormgeving van de eerstelijnszorg.

Veel problemen in de thuiszorg komen voort uit een gebrek aan samenhang en afstemming. Afstemming en coördinatie in het aanbod van de verschillende vormen van hulp en zorg is nodig om te bereiken dat het aanbod zo goed mogelijk aansluit op de hulpvraag. Afstemming is nodig om te voorkomen, dat mensen van het kastje naar de muur gestuurd worden. Of om te voorkomen dat in het geheel van de noodzakelijke zorgverlening voor bepaalde patiënten geen hiaten vallen.

De praktijk van de direct toegankelijke hulpverlening, de eerstelijns, is immers, dat veel verschillende hulpvormen geboden worden door verschillende disciplines. Ze zijn georganiseerd in een groot aantal werkeenheden en ook organisaties, overkoepeld op provinciaal en op landelijk niveau. Daarbij komt, dat de takenpakketten binnen de diverse hulpvormen niet helder omschreven zijn en er soms overlap bestaat. Er is tussen

werksoorten ook niet altijd overeenstemming in visie en het bestaan van gebrekkige communicatielijnen hangt samen, dat er soms sprake is van verlamdende concurrentie tussen werksoorten. Voor een deel als oorzaak en voor een deel als gevolg hiervan is ook de onderlinge bekendheid met elkaars werk onvoldoende. De beeldvorming van elkaars werk en werkterrein is vaak vervormd.

Dit geldt binnen de eerstelijns, maar evenzeer of nog sterker voor de relatie tussen eerste en tweede lijn. Als onduidelijk is, wat een andere discipline kan bijdragen aan de zorg voor een bepaalde patiënt, zal die betreffende werksoort ook niet op de juiste wijze ingeschakeld kunnen worden. Helaas wordt deze onderlinge afstand tussen de werksoorten nog eens bevestigd en in stand gehouden door de verschillen in financieringswijze. De effecten van deze verkokering voor de patiënt of cliënt zijn bekend: Wie moet worden aangesproken voor een bepaald probleem?

Hoe kan snel een andere benodigde vorm van zorgverlening ingeschakeld worden?

Wie kun je aanspreken als er gaten vallen in de continuïteit van de hulpverlening?

Kortom, ook voor de consument veelal een onduidelijke situatie en daarom onvoldoende laagdrempelig!

Deze afstemmings- en coördinatieproblemen zijn eviderter geworden, sinds er meer gekozen wordt voor behandeling en verzorging in de thuissituatie. Mensen gaan steeds bewuster kiezen voor behandeling en verzorging thuis in plaats van in een intramurale setting. In een toestand van afhankelijkheid de vertrouwdheid van de eigen omgeving te hebben, samen te kunnen zijn met mensen die je na staan, het blijven kunnen benutten van de eigen mogelijkheden en toch de relatieve onafhankelijkheid, worden steeds meer gezien als belangrijke factoren bij de keuzes die men maakt, als behandeling en verzorging nodig zijn. Daarom is ook vanuit het beleid gekozen voor meer zorg in de thuissituatie. We kunnen dus een aanzienlijke toename van het beroep op deze vorm van behandeling en verzorging verwachten door de veranderende vraag naar gezondheidszorg en de vergrijzing.

b. De gewenste thuiszorg.

In verband met de te verwachten ontwikkelingen die ik kort geschetst heb, is een sterke, goed georganiseerde thuiszorg noodzakelijk. In het beleid wordt onder thuiszorg het volgende verstaan:

"Thuiszorg is een samenhangend pakket van hulp- en zorgfuncties, dat afgestemd is op de individuele behoeften van de patiënt en zijn naaste omgeving. In de meeste gevallen zullen meerdere disciplines of instellingen, betrokken zijn bij de uitvoering van de thuiszorg. Het doel is om mensen, die door gebrek, ziekte of verminderd functioneren afhankelijk zijn van de hulp van anderen, thuis te ondersteunen, verzorgen, verplegen en behandelen, totdat zij of hun omgeving daartoe zelf weer in staat zijn, of in ieder geval, dat zij zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen blijven."

Om deze thuiszorg te kunnen realiseren is op organisatorisch vlak coördinatie nodig. Daartoe moeten aanspreekbare zorgcircuits ontwikkeld worden. Een aantal elementen van die beoogde zorgcircuits wil ik hier naar voren halen.

1e - De deelnemers aan zo'n zorgcircuit moeten elk aanspreekbaar zijn op een s a m e n -

hangend aanbod van zorgfuncties. Ik vind dit een cruciaal element. Vooral voor de patiënt is een herkenbaar en duidelijk gestructureerd aanbod van zorg van belang. Maar ook voor de vormgeving van de totale gezondheidszorg is een herkenbare thuiszorg noodzakelijk. Juist door de schimmigheid en het ontbreken van eenheid is de 'eerstelijns' nooit een duidelijke partner voor voorzieningen in de tweede lijn geworden.

- 2e -Er moet sprake zijn van een gemeenschappelijk geografisch werkgebied van zo'n zorgcircuit. Steeds weer blijkt, dat voor een zinvolle afstemming en coördinatie dit een noodzakelijke voorwaarde is.
- 3e -Het zorgcircuit moet streven naar een kwalitatieve en kwantitatieve verbreding van het thuiszorgaanbod.
- 4e -Er moeten vastgelegde, over en weer verplichtende afspraken bestaan binnen een zorgcircuit over ieders aandeel in de zorg en dus over ieders taak.
- 5e -Er moet zoveel mogelijk gewerkt worden met geïntegreerde intakeprocedures en moeten de indicatiestellingen voor de verschillende zorgfuncties op elkaar zijn afgestemd.
- 6e -Het zorgcircuit moet een coördinatiepunt hebben dat 7 x 24 uur bereikbaar is en dat binnen 24 uur kan zorgen voor concrete thuiszorg.
- 7e -De voortgangsbewaking van de hulp- en zorgverlening moet duidelijk geregeld zijn.
- 8e -Binnen het thuiszorgcircuit moeten ook duidelijke afspraken gemaakt zijn met intramurale en semimurale voorzieningen over taakverdeling, consultatie en ondersteuning.
- 9e -Binnen het thuiszorgcircuit moet de inschakeling van anderen, zoals vrijwilligers, worden bevorderd.

Ons staat deze vorm van thuiszorg voor ogen, **omdat** verwacht mag worden dat het leidt tot een verbetering van de effectiviteit en efficiency van het bestaande hulpaanbod. Het gaat niet in de eerste plaats om uitbreiding van de middelen of het creëren van nieuwe voorzieningen, maar om het anders en beter doen functioneren van het huidige zorgsysteem. Deze **zorgvernieuwing**, ik zei het al, **moet** !

c. Hoe deze zorgvernieuwing te realiseren.

De effectuering van deze gewenste 'thuiszorg' zal voor een belangrijk deel afhangen van de bereidheid en de mogelijkheden van de betrokken maatschappelijke organisaties en beroepsbeoefenaren.

Ik heb reeds een aantal storingen in dit traject aangestipt. In het nabije verleden heeft de overheid steeds veel verwacht van de eigen verantwoordelijkheid van de organisaties. Maar hoe moeilijk de weg is die gegaan moet worden, blijkt bijvoorbeeld uit de jarenlange discussies tussen de organisaties op landelijk niveau over samenhang en samenwerking in de eerstelijns. Verbanden als het NOBEL en het Landelijk Bestuurlijk Overleg - ze zijn opgericht en weer verdwenen. Wellicht ook waren te veel uiteenlopende belangen gemoeid met een uitwerking van effectieve thuiszorg. De thuiszorg die we nodig hebben, veronderstelt echter, dat elke patiënt verder kijkt dan het direct eigen belang van de werksoort. Veronderstelt dat men durft te zoeken naar nieuwe vormen van samenhang,

naar allianties met andere voorzieningen. Omdat alleen daardoor een ander, meer gewild produkt van zorg mogelijk kan worden dan dat wat de eigen werksoort solitair kan bieden.

d. De rol van het zorgvernieuwingprogramma thuiszorg in het beleid.

De Staatssecretaris is daarom verheugd, dat we als overheid deze innoverende thuiszorgprojecten kunnen ondersteunen. Niet om het model te ontwikkelen voor thuiszorgcircuits, maar om de aanwezige mogelijkheden voor het creëren daarvan in concrete situaties te benutten en tot voorbeeld te maken. Het beleid is immers toe te werken naar een efficiëntere en effectievere hulp- en zorgverlening in de thuissituatie.

Een aantal beleidsitems wil ik hier naar voren halen om te laten zien, hoe dit zorgvernieuwingprogramma daarbinnen past.

1e De stelselwijziging ziektekostenverzekering:

Hoe de uitkomst van het debat over een ander stelsel voor ziektekostenverzekering ook zal zijn, duidelijk is, dat door de discussies over de terzake gedane voorstellen veel meer aandacht is gekomen voor de verhouding produkt - prijs - kwaliteit en voor de rol van de consumenten en verzekeraars bij de keuzes in deze verhouding. Het denken over de vormgeving van de zorg heeft een belangrijke impuls gekregen door überhaupt te denken over aanbod in termen van kwaliteit en prijs. Veel meer aandacht is gekomen voor de negatieve gevolgen van de verkokering van de zorg. De noodzaak van nieuwe samenhang wordt tot uitdrukking gebracht door nadruk te leggen op functies in plaats van op verstrekkingen.

Wat de financiering betreft, is op het terrein van thuiszorg nu de eerste stap gezet. De gezinsverzorging is met ingang van 1989 op subsidiebasis onder de AWBZ gebracht. Daarmee is het financieringsschot tussen kruiswerk en gezinsverzorging opgeheven en zijn de mogelijkheden voor eenduidige regie voor beide werksoorten toegenomen. Daarnaast streeft de Staatssecretaris er naar om met ingang van 1991 ook de huisartsenhulp onder de AWBZ te brengen. Ook denkt hij aan elementen van bekostiging van huisartsenhulp op verrichtingenbasis. Niet zozeer als algemene prikkel tot meer thuiszorg, maar eerder als gedifferentieerde prikkel tot bepaalde vormen van zorg.

2e De integratie van kruiswerk en gezinsverzorging:

Voor de oudere leeftijdsgroepen en bij de zwaar zorgbehoevende patiënten blijkt een groot deel van de cliënten van de gezinsverzorging ook hulp te ontvangen van het kruiswerk en omgekeerd. Als we daarnaast nog bedenken dat er tussen deze twee voorzieningen een tamelijk vloeiende overgang is wat betreft de aard van de geleverde zorg, dan ligt een integratie tussen instellingen bijzonder voor de hand. Ik maak mij sterk dat daarmee de efficiency van de zorgverlening aanzienlijk vergroot kan worden, waardoor binnen de organisaties middelen overgeheveld kunnen worden van de indirecte zorgverlening naar de direct aan de cliënt ten goede komende zorg. Ook voor de cliënt is een dergelijke integratie een goede zaak: hij heeft immers één loket waar hij met zijn hulpvraag terecht kan, achter welk loket een organisatie huist die het gehele scala van huishoudelij-

ke hulp, begeleiding, verzorging en verpleging in huis heeft. Echter, voordat deze integratie op grote schaal zijn beslag kan krijgen, moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. De richtlijnen voor de indicatiestelling van de gezinsverzorging moeten worden afgestemd op de (veelal impliciet gehanteerde) wijze van indiceren van het kruiswerk; de verschillende eigenbijdrage-regimes moeten worden geharmoniseerd en ook verstrekkingstechnisch moet de zaak kloppend gemaakt worden door het formuleren van één verstrekking. Is dat geregeld, dan ligt de weg tot een feitelijke integratie open. Maar het veld loopt vaak voorop in relatie tot de overheden: ik heb dan ook met genoeg kennis van genomen dat een aantal instellingen in den lande reeds met de voorbereidingen van een dergelijk proces bezig zijn en de integratie al een heel eind is gevorderd.

3e Ontwikkelingen op het terrein van de huisartsgeneeskunde:

De beroepsgroep van de huisarts heeft zelf onderkend, dat vernieuwingen nodig zijn om aan een goede thuiszorg vorm te kunnen geven en is nu ook bezig haar organisatie aan te passen aan de eisen die de thuiszorg in de toekomst zal stellen. Zo vindt een door het departement ondersteunde omvorming plaats van waarneemgroepen naar huisartsengroepen, die onder meer de gevraagde bijdrage van de huisarts aan de thuiszorg kunnen garanderen. Daarnaast heeft de huisarts - om een optimaal "produkt" te kunnen bieden - ondersteuning nodig. Daartoe bestaat reeds enige jaren een structuur voor ondersteuning en deskundigheidsbevordering. Op dit moment is de Landelijke Huisartsen Vereniging bezig deze structuur te reorganiseren om de doelmatigheid te verbeteren en deze structuur hechter te verankeren in de beroepsgroep. Een beperkte uitbreiding van deze structuur, om de aansluiting aan de nieuwe organisatie van de beroepsgroep te realiseren, lijkt mij in dit licht acceptabel.

4e Een laatste beleidsterrein dat ik hier wil noemen, betreft de relatie tussen eerste en tweede lijn:

Wenselijke ontwikkelingen op dat terrein zijn de laatste jaren vanuit het departement gestimuleerd door middel van projecten en onderzoek. Zo wordt veel aandacht geschonken aan de verbetering van de samenwerking tussen huisarts en specialist, meer specifiek de consultatie van de specialist door de huisarts en de verbetering van de diagnostische mogelijkheden voor de huisarts. Het streven hierbij is om tot duidelijke werkafspraken te komen tussen huisartsen en specialisten. Aan verschillende van deze projecten is onderzoek verbonden om de effecten van deze afspraken op de hulpverlening zichtbaar te maken. Ook wordt onderzoek uitgevoerd naar de continuïteit in zorg tussen eerste en tweede lijn, opdat het veld aan de hand van de resultaten daarvan verder kan zoeken naar de beste oplossingen voor dit continuïteitsvraagstuk.

Dames en heren, het is niet goed mogelijk om alle facetten van het beleid hier te belichten. Daarom heb ik mij beperkt tot de belangrijkste ontwikkelingen op dit terrein, die overeenkomstig ons beleid bevorderd worden. Al deze beleidslijnen zijn er op gericht of om de voorwaarden voor het ontstaan van zorgcircuits te optimaliseren of om vormen van deze thuiszorg te stimuleren.

Ik hoop dat ik in mijn inleiding duidelijk heb gemaakt, dat de zorgvernieuwingsprojecten die vandaag belicht worden, een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van een samenhangende thuiszorg. Mede op basis van uitgezette toetsen zal in deze projecten gezocht moeten worden naar concrete uitwerkingen. Niet met de intentie dat één model tot stand wordt gebracht, maar wel om verschillende mogelijkheden voor de vormgeving van een effectieve thuiszorg zichtbaar gestalte te geven.

Ik kom tot een afronding. Vandaag vindt de presentatie plaats van het zorgvernieuwingsprogramma thuiszorg. Vooral door een presentatie van de projecten. De projecten zelf staan immers centraal in de aanpak die ik schetste. In deze projecten moet verwerkelijking plaatsvinden van de thuiszorg die wij allen nodig achten. Het gaat er dan om mogelijkheden voor zorgvernieuwing zichtbaar te maken en oplossingen te vinden voor problemen, waar men al doende in de praktijk op stuit. Dit alles om andere te laten zien dat het kan, als het moet !

Ik hoop, dat vandaag met de start van het programma zorgvernieuwing thuiszorg dit beoogd effect van de projecten een aanvang neemt en dat het uitdagend woord dat 'zorgvernieuwing moet', aan zal slaan en zich verspreiden zal!

Ik dank u voor uw aandacht.

HET ZORGVERNIEUWINGSPROGRAMMA THUISZORG

Lezing door Mr. S.M. Bless, coördinator zorgvernieuwingsprojecten ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Dames en Heren,

In de komende minuten zal ik U een beeld schetsen van het zorgvernieuwingsprogramma thuiszorg.

Ik zal U eerst enkele overwegingen noemen, welke bij de totstandkoming van het programma een rol hebben gespeeld. Vervolgens zal ik in het kort samenvatten op welke wijze de 11 projecten, die deel uitmaken van dit programma, de thuiszorg trachten te verbeteren.

Eerst iets over de overwegingen die aan de totstandkoming van het programma ten grondslag hebben gelegen. Op de eerste plaats hebben we ons afgevraagd: wat maakt thuiszorg tot zo'n bijzonder en veel besproken onderwerp? Op zichzelf is thuiszorg niet iets nieuws. Het zorg bieden in de eigen omgeving is altijd al een taak geweest van de eerstelijns.

Wat wel opvalt is dat de vraag naar thuiszorg lijkt toe te nemen en ook intensiever wordt. Wat thuiszorg echter vooral tot zo'n aardig begrip maakt is, dat het zo goed past in ons streven naar een meer vraaggerichte benadering in de gezondheidszorg. Immers, het gaat bij thuiszorg om een pakket aan zorg en dienstverlening dat is afgestemd op de behoeften van de individuele hulpvrager. Thuiszorg valt niet samen met het hulpaanbod van één discipline, één instelling of zelfs één echelon.

De praktijk leert dat met name bij complexe hulpvragen dikwijls meerdere beroepsbeoefenaars en instellingen betrokken zijn en dat brengt ons op één van de belangrijkste knelpunten: het gebrek aan afstemming en coördinatie tussen de verschillende zorgaanbieders. Natuurlijk spelen ook andere factoren een rol, zoals een tekort aan middelen, met name voor de intensieve thuiszorg. In het programma is echter de nadruk gelegd op de coördinatie-problematiek.

De verwachting is dat meer en betere thuiszorg geboden kan worden, ook met dezelfde financiële middelen, mits aan een aantal organisatorische voorwaarden wordt voldaan en coördinatie en afstemming worden verbeterd.

Voor het programma is daarbij bovendien rekening gehouden met het gegeven dat er al in een aantal experimenten van de ziekenfondsraad ervaring is opgedaan met het beschikbaar stellen van extra financiële middelen ten behoeve van de intensieve thuisverpleging. In het verlengde hiervan heeft de Ziekenfondsraad onlangs 100 miljoen voor de thuiszorg beschikbaar gesteld. Voor het programma betekent een en ander dat de kwestie van de financiering van de thuiszorg primair wordt overgelaten aan het lokaal overleg tussen zorgaanbieders en verzekeraars.

Een uitvloeisel van bovengenoemde overwegingen is dat voor het programma projecten zijn geselecteerd waarbij de reguliere zorgaanbieders met elkaar proberen een sluitend thuiszorgcircuit tot stand te brengen; en zijn projecten, waarbij het er vooral om gaat een aanvullend zorgaanbod te realiseren naast - of zelfs is plaats van - het bestaande reguliere aanbod, niet in het programma opgenomen. Rekening houdend met het gegeven dat W.V.C. enkele jaren geleden een demonstratieprogramma van projecten in de ouderenzorg heeft gestart, is voor het zorgvernieuwingsprogramma de nadruk gelegd op de afstemming tussen met name huisartsen, wijkverpleging, gezinsverzorging en ziekenhuizen.

Een derde overweging heeft te maken met de vraag: Hoe kun je als W.V.C. zorgvernieuwing stimuleren? Als je kijkt in het veld, zie je dat er op het terrein van de thuiszorg en de zorgvernieuwing al veel gebeurt. Bijna overal zijn er wel projecten waarin op deelaspecten wordt geprobeerd thuiszorg te verbeteren. Tegelijkertijd zie je dat er een enorme belangstelling is voor praktische informatie over zorgvernieuwing. Zo bleek ook de onlangs gehouden jaarmarkt voor innovatieprojecten in Utrecht een succes. Het belang van vernieuwing lijkt met andere woorden niet zozeer ter discussie te staan. Er is vooral behoefte aan informatie over hoe pak je dat aan? En daarbij gaat het niet om het vinden van een blauwdruk. Maar men lijkt op zoek naar wat er maar van zijn gading is. Uit allerlei projecten en ideeën worden die elementen gehaald die aansluiten bij de eigen ontwikkeling en plaatselijke omstandigheden. Het ligt dan ook niet voor de hand in het kader van het zorgvernieuwingsprogramma op zoek te gaan naar de manier om de thuiszorg in Nederland te organiseren. Veeleer willen we het programma aangrijpen om ervaringen die in verschillende projecten in uiteenlopende lokale situaties worden opgedaan, breder voor het voetlicht te brengen. Daarbij willen we de verschillende projecten niet alleen beoordelen op zichzelf, maar veronderstellen we dat hun verschillende invalshoeken elkaar aanvullen en versterken. Op die manier heeft het programma een meerwaarde, zowel voor de projecten die eraan deelnemen, alsook voor andere zorgaanbieders, die gebruik kunnen maken van de kennis en ervaringen in de projecten opgedaan. Je zou het programma wat dat betreft kunnen vergelijken met het bereiden van zuurdesem, dat je steeds opnieuw kunt delen en opnieuw gebruiken. Hoe willen we dat aanpakken?

Op de eerste plaats zal er een begeleidingsgroep worden gevormd met de projectleiders van de 11 projecten. Doel hiervan is uitwisseling van de verschillende ervaringen en manieren van aanpak, alsmede het gezamenlijk zoeken naar oplossingen voor problemen die zich voordoen. Per jaar zal door onderzoekers een voortgangsrapport worden samengesteld. In het verlengde hiervan stellen we ons voor een conferentie te organiseren zoals vandaag, waar de ontwikkelingen in de projecten en daarmee samenhangende thema's aan de orde worden gesteld. De bedoeling is dat tijdens deze conferenties extra gedachtenwisseling mogelijk is met beroepsgroepen, instellingen en verzekeraars buiten het programma. Ook willen we tijdens deze conferenties ervaringen uit andere projecten, dus buiten het programma, inbrengen, zodat zoveel mogelijk kennis en ervaring wordt gebundeld. Van deze conferenties, welke door het NIVEL worden georganiseerd, zal een verslag worden gemaakt en zo breed mogelijk verspreid.

Op welke manier proberen de verschillende projecten in het programma de thuiszorg te verbeteren?

Ik kan hier slechts wijzen op een aantal hoofdlijnen. In het middagprogramma komen een aantal projecten zelf aan het woord. Als je kijkt naar de verschillende projecten dan zijn grofweg drie benaderingen te onderscheiden ten aanzien van de wijze waarop gewerkt wordt aan een zorgcircuit voor de thuiszorg.

Er zijn projecten die zich met name richten op coördinatie en afstemming van de directe patiëntenzorg, of zo U wilt van het primair proces.

Andere projecten leggen de nadruk meer op afstemming en coördinatie en afstemming tenaanzien van één of meerdere bepaalde doelgroepen. Ik zal deze drie benaderingen nu kort de revue laten passeren. In het middagedeelte zal op elk van deze benaderingen verder worden ingegaan.

Allereerst de coördinatie van de directe patiëntenzorg. Het gaat hier om het op elkaar afstemmen van de bijdragen van de verschillende hulpverleners ten behoeve van een bepaalde patiënt. Er worden in de projecten verschillende manieren geïntroduceerd om deze afstemming te verbeteren.

-) In sommige projecten kan hier worden teruggevallen op reeds bestaande gezondheidscentra. In dergelijke centra is het overleg over het gezamenlijke hulpaanbod over het algemeen gemakkelijk. Men komt elkaar immers dagelijks tegen.
-) In andere projecten wordt een hiermee enigszins verwante structuur geïntroduceerd. Voorgesteld wordt de vorming van thuiszorgteams, waar binnen een gemeenschappelijk werkgebied huisarts, wijkverpleging en gezinszorg onderling het hulpaanbod afstemmen en zorgdragen voor coördinatie.
-) Overigens wordt ook in projecten waar dergelijke structuren niet bestaan of worden voorgesteld, veel belang gehecht aan samenwerking rond concrete hulpvragers. Daartoe wordt bijvoorbeeld een logboek geïntroduceerd, waarin alle hulpverleners die bij de zorg rond de cliënt zijn betrokken en zo mogelijk ook de cliënt zelf en de mantelzorg, alle activiteiten ten behoeve van de cliënt registreren en via het logboek met elkaar communiceren.

Er wordt hier als het ware per cliënt een team van hulpverleners gevormd, die met elkaar en het cliëntsysteem afspraken maken over afstemming en coördinatie.

-) In weer andere projecten wordt de figuur van de zorgcoördinator geïntroduceerd. Hier wordt de coördinatiefunctie niet ad hoc aan één van de betrokken hulpverleners toebedeeld, maar is er een aparte functionaris aangesteld. Deze kan erop toezien dat bij meer gecompliceerde hulpvragen de cliënt de zorg krijgt die nodig is. In veel gevallen is zo'n coördinatiefunctie gekoppeld aan de inzet van aanvullende middelen. De wijze waarop deze coördinatiefunctie wordt ingevuld verschilt overigens nogal tussen de projecten. Zo wordt deze functie soms opgedragen aan een verzorgende of verpleegkundige discipline, elders aan een daarvoor vrijgestelde huisarts en in een ander project is de coördinatiefunctie gekoppeld aan de nazorg vanuit het ziekenhuis.

Ofschoon het uiteindelijk gaat om de directe patiëntenzorg, blijkt samenwerking op de werkvloer alleen niet voldoende. Om tot een effectieve thuiszorg te komen zijn ook afspraken nodig op beleids-, resp. organisatieniveau. Het betreft hier een soort raamaf-

spraken tussen de verschillende beroepsgroepen en lokale instellingen, die het realiseren van een geïntegreerd zorgaanbod voor de individuele patiënt moeten mogelijk maken.

Het gaat hier om zaken als:

- afstemming van werkgebieden
- taakverdeling en -afstemming, bijvoorbeeld ten aanzien van bepaalde doelgroepen
- aanvullende zorg
- het opzetten van een centraal meldpunt
- gezamenlijk overleg met verzekeraars
- het opzetten van een project thuiszorg
- enzovoort.

De behoefte aan dergelijke afspraken kan ook ontstaan, zo blijkt uit enkele projecten, uit de behoefte een gemeenschappelijk beleidskader te vinden, waarbinnen allerlei initiatieven en deelprojecten, die in de loop van de tijd in het veld ontstaan, kunnen worden geplaatst en verder geïntegreerd.

In sommige projecten ligt de nadruk vooral bij deze bestuurlijke beleidsafspraken. In andere projecten wordt gelijktijdig gewerkt aan afstemming en coördinatie op het niveau van het primair proces en op besturingsniveau.

De derde invalshoek betreft de coördinatie en afstemming van de zorg per doelgroep. Het ligt immers voor de hand dat verschillende doelgroepen ieder een ander thuiszorgaanbod nodig hebben.

Zo zullen terminale patiënten een andere zorg vragen dan lichamelijk gehandicapten, nazorgpatiënten of ouderen.

Verscheidene projecten nemen dan ook bepaalde doelgroepen als uitgangspunt voor hun aanpak. Veelal gaat het daarbij om het ontwikkelen en implementeren van protocollen voor de behandeling en zorg voor bepaalde doelgroepen. Van dergelijke protocollen wordt onder andere verwacht dat ze de behandeling van patiënten in de thuissituatie mogelijk maken, welke anders waarschijnlijk in het ziekenhuis zouden zijn behandeld.

Naast dergelijke protocollen per patiëntencategorie streven sommige projecten naar meer beleidsmatige afspraken ten aanzien van de zorg voor bepaalde doelgroepen. Het gaat dan niet zozeer om afspraken en criteria voor het beroepsmatig handelen. Centraal wordt gesteld de vraag: Op welke wijze kunnen wij als verschillende zorgaanbieders de zorg aan een bepaalde doelgroep, bijvoorbeeld demente ouderen, in de thuissituatie verbeteren. Wat kan ieder daaraan bijdragen en hoe wordt één en ander in het vat gegoten. Dergelijke afspraken worden bijvoorbeeld gemaakt in de vorm van een tijdelijk project, waarmee geprobeerd wordt concrete knelpunten in de zorg op te lossen.

Dames en Heren,

Ik heb hiervoor drie invalshoeken genoemd, waarlangs de verschillende projecten in het programma streven naar een verbetering van de thuiszorg.

Ik noem ze U nog eens:

- Coördinatie en afstemming op het niveau van de directe patiëntenzorg
- Coördinatie en afstemming op beleidsniveau
- Coördinatie en afstemming op het niveau van verschillende doelgroepen.

Deze verschillende invalshoeken sluiten elkaar niet uit, maar vullen elkaar aan. Sprekend over een zorgcircuit voor de thuiszorg gaat het uiteindelijk om een samenspel vanuit deze invalshoeken, net als doel een effectief zorgaanbod, afgestemd op de behoeften van de individuele hulpvrager. Gemeenschappelijk is dat we over de grenzen van de eigen discipline of instelling heen kijken en de vele mogelijkheden die we met elkaar bezitten, beter leren benutten ten dienste van de cliënt.

De wijze waarop dit organisatorisch wordt vormgegeven zal per lokale situatie anders zijn en verschilt ook tussen de projecten in het thuiszorgprogramma.

Met elkaar geven de verschillende projecten echt een stimulerend voorbeeld hoe het aanbod van thuiszorg kan worden verbeterd.

HET EVALUATIEONDERZOEK ROND HET ZORGVERNIEUWINGSPROGRAMMA

Lezing door Mw. Dr. I. Tijssen, Vakgroep Beleidswetenschap Rijksuniversiteit Limburg

Dames en Heren,

Ik heb twintig minuten de tijd om u te vertellen hoe wij van plan zijn het thuiszorgprogramma van WVC te evalueren. In deze twintig minuten wil ik u een beeld geven van het onderzoekstraject dat wij voor de komende drie jaar hebben uitgezet. Eerst zal ik ingaan op de methoden van onderzoek. In de tweede helft van de voordracht op de aard van de gegevens, de meer inhoudelijke kant van het onderzoek.

Daarbij hebben drie zaken een belangrijke rol gespeeld:

- 1 de gesprekken die wij met de meeste projecten hebben gevoerd en de documentatie die wij over de projecten hebben ontvangen;
- 2 de vragen die WVC aan het onderzoek gekoppeld heeft;
- 3 de randvoorwaarden die aan het onderzoek worden gesteld.

De **onderzoeksvragen** zullen bij u ook wel in grote lijnen bekend zijn. Voor de volledigheid van mijn betoog wil ik ze hier toch nog even vermelden. In opdracht van WVC richt het evaluatie-onderzoek zich op de volgende drie vragen:

- 1 Hoe worden nieuwe organisatievormen ten behoeve van de thuiszorg in de praktijk van de projecten opgezet?
- 2 Welke factoren belemmeren of bevorderen het tot stand komen van deze nieuwe organisatievormen?
- 3 In hoeverre slaagt men er met deze nieuwe organisatievormen in het thuiszorgaanbod zowel kwalitatief als kwantitatief uit te breiden?

De eerste vraag heeft betrekking op de feitelijke veranderingen in het zorgaanbod die binnen de projecten tot stand worden gebracht. De tweede vraag gaat in op omstandigheden en de voorwaarden waaronder het een en ander heeft plaatsgehad. De derde vraag richt zich op de effecten van de doorgevoerde wijzigingen. Daarbij gaat het om de effecten op het niveau van de projecten afzonderlijk en op het niveau van het programma.

En dan de **randvoorwaarden** voor onderzoek:

- voor het onderzoek is op jaarbasis een budget beschikbaar van maximaal f230.000. Vertaald in onderzoekscapaciteit komt dit neer op 2, maximaal 3 onderzoeksplaatsen;
- alle projecten dienen in principe geëvalueerd en met elkaar vergeleken worden (nadruk op vergelijking en projectoverstijgende informatie);
- de duur van het onderzoek is bepaald op drie en een half jaar, resp. van 1 januari 1990 tot 1 juli 1993.

Als we er nu van uitgaan dat alle onderzoeksvragen en alle projecten aan bod dienen te komen, dan kunt u zich wel voorstellen dat een uitgebreide en diepgaande evaluatie van alle projecten afzonderlijk niet mogelijk zal zijn.

In overleg met WVC hebben wij gekozen voor een onderzoeksbenadering waarbij we een aantal globale gegevens worden verzameld over alle projecten met betrekking tot de drie onderzoeksvraagstellingen. Daarnaast zullen wij meer diepgaand studie maken van enkele specifieke organisatorische vragen en discussiepunten. Op de globale gegevens die wij basisgegevens noemen en het diepte-onderzoek wil ik hier wat verder ingaan.

Wat die **basisgegevens** betreft:

Het is de bedoeling dat de dezelfde basisgegevens verzameld worden over alle projecten gedurende de looptijd van het programma, dus van 1990 tot en met 1992.

De nadruk ligt op het beschrijven en analyseren van **empirisch waarneembare** ontwikkelingen en veranderingen in de thuiszorg zoals die binnen de projecten tot stand worden gebracht.

Zoals gezegd ga ik dadelijk nader in op de inhoud van de gegevens.

De dataverzameling berust hoofdzakelijk op twee bronnen:

***gestandaardiseerde lijsten** waarop project-coördinatoren alle uitgevoerde projectactiviteiten één keer in de twee maanden retrospectief moeten aantekenen.

*tenzij de voortgang van de projecten anders vraagt: tweemaal per jaar uitgebreide **interviews** met projectcoördinatoren en enkele relevante anderen (hulpverleners/ organisaties).

De **gestandaardiseerde lijsten** zijn voor alle projecten dezelfde. De via deze weg verkregen gegevens moeten inzicht verschaffen in de vraag hoe de organisatie van de thuiszorg in de praktijk (van de projecten) vorm krijgt (eerste onderzoeksvraag). De **interviews** dienen allereerst aan te geven welke factoren de voortgang binnen de projecten bevordert, c.q. belemmert hebben. Tevens dienen de interviews inzicht te geven in de effecten van de project-activiteiten op de kwaliteit en kwantiteit van het thuiszorgaanbod (de tweede en derde onderzoeksvraag).

De concrete gespreksonderwerpen en vragen voor de halfjaarlijks te houden interviews worden voor een belangrijk deel afgeleid uit de informatie, verkregen via de gestandaardiseerde lijsten. Door de gegevens uit de verschillende interviews onderling te vergelijken, kan de betrouwbaarheid van de informatie vergroot worden en daarmee tevens de mogelijkheid tot een realistische rapportage over de projecten. Ter aanvulling wordt gebruik gemaakt van gegevens en documentatie die binnen de projecten zelf worden geproduceerd.

Gegevensverzameling heeft op projectniveau plaats. Analyse van de basisgegevens heeft voornamelijk op hoger aggregatieniveau plaats. De nadruk ligt op projectoverstijgende informatie die verkregen wordt door vergelijking van de projecten.

Ten aanzien van het **aanvullend diepte-onderzoek** het volgende:

Op grond van de resultaten van het basis-onderzoek worden enkele projecten of project-

activiteiten geselecteerd die in 1991 en 1992 meer integraal en diepgaand geëvalueerd worden. Daarbij wordt gedacht aan dié projecten of projectactiviteiten die ten aanzien van één of meer onderzoeksvraagstellingen relevante aanvullende informatie kunnen verschaffen en/of die een landelijke voorbeeldfunctie kunnen vervullen. Welke dit zijn, is nu nog niet duidelijk en zal in de loop van het komende jaar moeten blijken. Het is nog niet goed te voorzien hoe projecten zich zullen ontwikkelen. Daarnaast willen wij bij de selectie laten meewegen de mate waarin projecten zelf gericht data verzamelen ter evaluatie van hun project en de mate waarin zij bereid zijn extra onderzoeksbijdragen te leveren ten behoeve van een meer diepgaande evaluatie. Deze criteria zijn rechtstreeks ingegeven door het beperkte onderzoeksbudget.

Als methode van onderzoek voor nadere bestudering van geselecteerde projectactiviteiten, staan ons op dit moment twee mogelijke ingangen voor ogen:

***benadering op projectbasis:** selectie van enkele projecten die min of meer als prototypen kunnen gelden voor bepaalde organisatorische varianten die ten behoeve van de thuiszorg ontwikkeld worden. Deze projecten worden integraal beschreven en geanalyseerd, zowel wat betreft uitgangssituatie, ontwikkelingsgang als uitkomsten.

***thematische benadering:** binnen de projecten selectief de aandacht richten op die projectactiviteiten die informatie kunnen verschaffen over één of meer relevante organisatievormen.

Het voordeel van de benadering op project-basis is dat deze op het niveau van het bestudeerde project meer diepgang heeft en bijgevolg meer informatie zal geven over de omstandigheden waaronder de bestudeerde organisatorische variant tot ontwikkeling komt of kan komen. Een mogelijk nadeel is evenwel dat de reikwijdte van de verkregen informatie moeilijk is aan te geven.

Voordeel van de tweede benadering is dat meer inzicht verkregen wordt in de diversiteit die ten aanzien van de invulling van een bepaalde organisatievorm binnen de projecten bestaat. Hierbij is bijvoorbeeld te denken aan coördinatie-punten. Verklaring van de bestaande diversiteit vanuit situatiespecifieke factoren zal vanwege de beperkte diepgang evenwel moeilijker zijn dan bij de eerste benadering.

In plaats van te kiezen voor één van beide onderzoeksbenaderingen is ook een **combinatie van beide** mogelijk en misschien zelfs wenselijk. Zo is voorstelbaar dat de tot standkoming en het functioneren van een zorgcircuit beter kunnen worden bestudeerd via de projectbenadering. Het is een betrekkelijk nieuwe variant die slechts in enkele projecten de volle aandacht heeft (Amsterdam ZOL, Haarlem). De ontwikkeling van een coördinatiepunt en de ontwikkeling van zorgprotocollen vinden reeds op grotere schaal plaats en zijn in de meeste projecten terug te vinden. Deze lenen zich dan ook beter voor de tweede benadering.

Voor de **data-verzameling** wordt merendeels van dezelfde bronnen gebruik gemaakt als in het basis-onderzoek. Ook hier weer interviews en projectdocumentatie als belangrijke bronnen. Voor zover nodig wordt eventueel ook enig aanvullend onderzoek uitgevoerd. Het verschil met het basisonderzoek is dat het aantal interviews flink wordt uitgebreid.

Ook voor het diepteonderzoek geldt dat analyse van de gegevens voornamelijk op **hoger aggregatieniveau** plaats heeft. Bij de beantwoording van de vragen ligt de nadruk op projectoverstijgende informatie. Deze wordt verkregen door vergelijking van de projecten.

Aard van de gegevens

Tot nu toe heb ik u vooral iets verteld over de methoden van onderzoek die ons voor ogen staan. In de resterende tijd wil ik ingaan op de aard van de gegevens die wij willen verzamelen. Ten behoeve van de duidelijkheid heb ik deze gekoppeld aan de onderzoeksvragen.

Ter introductie eerst het **volgende plaatje** dat het veld weergeeft waarop de projecten hun activiteiten ontplooiën.

Het onderscheid tussen primaire en secundaire proces zal u wel bekend zijn. Het primaire proces verwijst naar de zorgverlening zoals de patiënt/client die direct ondervindt: het geheel van verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding etc. Het secundaire proces verwijst naar bestuurlijke, beleidsmatige en organisatorische activiteiten die de voorwaarden moeten creëren voor de zorgverlening. Het secundaire proces heeft dus een voorwaardenscheppende functie. De projectactiviteiten zijn gericht op het creëren van nieuwe of verbeterde organisatievormen voor de thuiszorg. Het aangrijpingspunt binnen de projecten verschilt. Sommige projecten richten zich vooral op verbetering van de bestuurlijke, financiële en organisatorische voorwaarden; Denk bijvoorbeeld aan integratie en fusieprocessen tussen gezinszorg en kruiswerk, aan centrale intake en meldingspunten op stedelijk niveau. Andere projecten nemen een concrete zorgvraag of hulpverleningsprobleem als uitgangspunt en proberen daarom heen een integraal zorgaanbod te bouwen. In dit kader kunnen genoemd worden zorgprotocollen, case-management, zorgplannen etc. Weer andere projecten zijn gelijktijdig op beide niveaus actief. In alle projecten staat het coördinatievraagstuk centraal. Daarbij kan het gaan om coördinatie van het primaire proces, coördinatie van het secundaire proces of beide. In het laatste geval is men bezig met het ontwikkelen van een zorgcircuit in de ideaal-typische betekenis van het woord.

Wat de eerste onderzoeksvraag betreft - de vraag naar de **nieuwe organisatievormen** - richten wij ons op het in kaart brengen van de organisatiestructuur van het primaire en secundaire proces in termen van taakverdeling en coördinatie. Wat het primaire proces betreft, maken wij daarbij onderscheid naar doel van de thuiszorg en de doelgroepen waarop men zich richt. Andere variabelen die in de beschrijving worden meegenomen, zijn functie, duur, complexiteit, intensiteit, betrokken zorgverleners en specialisatie.

Op beide niveau's gaat het grofweg om de volgende vragen: wie doet wat ten behoeve van wie onder welke voorwaarden?

Door deze inventarisatie regelmatig te herhalen, wordt een globale beschrijving en analyse van (voornamelijk feitelijke) veranderingen in de organisatie van de thuiszorg mogelijk.

Wat de tweede onderzoeksvraag betreft - de vraag naar de **bevorderende en belemmerende factoren** - onderscheiden wij een viertal categorieën factoren: regelgeving, financiering, professionele factoren en sociale factoren. Overigens is het op projectniveau eenvoudiger deze factoren als belemmerende factoren te zien dan als bevorderende. Dit

geldt vooral voor regelgeving en financiering. Door projecten naast elkaar te zetten zal het evenwel ook mogelijk zijn gunstige voorwaarden op deze terreinen te achterhalen. Wij doen geen objectief onderzoek naar deze factoren. Zoals reeds eerder vermeld ligt de nadruk op de optiek van de hulpverleners.

En dan nog de laatste vraag, de vraag naar de **effecten**: deze verschillen voor de verschillende categorieën betrokkenen: aanbieders, gebruikers en financiers. Ook bij het in kaart brengen van de effecten staat de hulpverlenersoptiek centraal. De nadruk ligt op een kwalitatieve beschrijving, zo mogelijk aangevuld met kwantitatieve data.

Fasering

De basisgegevens worden gedurende de gehele looptijd van het thuiszorgprogramma verzameld. Daarbij ligt in het eerste semester van 1990 de nadruk op instrumentontwikkeling ten behoeve van de verzameling van de basisgegevens.

Voor zover de ontwikkelingen binnen de projecten en de budgettaire ruimte het toelaten, zal zo mogelijk in de tweede helft van 1990 een start gemaakt worden met aanvullend onderzoek. Het is mogelijk om op jaarbasis afspraken te maken. In 1991 en 1992 zal naast het verzamelen van basisgegevens aanvullend onderzoek worden uitgevoerd. De eerste helft van 1993 is gereserveerd voor het schrijven van de eindrapportage.

Schema 1 Fasering Onderzoek

	1990	1991	1992	1993
Basisgegevens	x	x	x	---
Verdieping	(x)	x	x	x
Voortgangsrapportage	x	x	(x)	---
Eindrapportage	---	---	---	-x-

De hamvraag: wat levert het onderzoek op?

Dit hangt in sterke mate van de betrokkenen af en van hun bereidheid om aan het onderzoek een actieve bijdrage te leveren. Het onderzoek staat ten dienste van de projecten en de projectontwikkeling. Onze belangrijkste bijdrage ligt in een systematische vergelijking van de projecten die in de vorm van rapportages en voordrachten tijdens de jaarlijks te houden conferenties worden gepresenteerd. Hierdoor wordt een relatief objectief (nl. extern) beeld van de voortgang in de individuele projecten verkregen alsmede een vergelijking met andere, soortgelijke projecten. De problemen en knelpunten die op projectniveau spelen worden in een breder kader geplaatst. (denk bijv. aan belemmerende en bevorderende factoren op hoger aggregatieniveau). Verder worden methodieken voor systematische monitoring geleverd. Deze zijn eventueel ook te gebruiken in het kader van de interne evaluatie.

Uiteraard is vergelijking van de projecten alleen mogelijk en zinvol indien de betrokkenen bereid zijn de hiertoe benodigde gegevens aan te dragen. Wij zullen hiervoor instrumenten ontwikkelen.

WERKCONFERENTIE VERNIEUWING IN DE THUISZORG

VERSLAG 'TALKSHOW'

Presentator:

Prof. dr. A.J.P. Schrijvers, Hoogleraar RUU (Vakgroep AGE)

Dhr. C. Glerum, KLOZ

Dhr. J. van der Wilk, LPCP

Dhr. H. Knook, arts, LHV

Dhr. drs. L.H.G. Hoornweg, NK

Mevr. drs. S.G.M. van Dijk, NZR

Dhr. drs. J.W.M. Collaris, VNZ

Dhr. drs. F.A. Gardenbroek, WVC

De voorzitter, de heer **Schrijvers**, bijt de spits af met de opmerking dat in de voordrachten zoals die tot dan toe gehouden zijn de optiek van de hulpverleners centraal staat. Deze bevinding wordt aan de heer **Van der Wilk** als vertegenwoordiger van cliënten en patiënten voorgelegd. Deze zegt niet tevreden te zijn met het feit dat de optiek van de hulpverleners op de voorgrond geplaatst is. Het woord 'zorg', dat meerdere malen genoemd wordt ('zorg' vernieuwing in de thuis'zorg'), zou vervangen dienen te worden door 'hulp'. Reden hiervoor is dat 'zorg' een bevoogding impliceert, dat eigen initiatieven weggenomen worden. De heer Van der Wilk onderschrijft het belang van de projecten maar constateert enkele ontwikkelingen die niet stroken met het belang van de patiënt. Immers zoals de heer Schrijvers al aangaf, staat de hulpverlener centraal. Waar het om gaat is dat de patiënt zich beter/prettiger voelt door de hulpverlening die geboden gaat worden, en dit aspect komt nauwelijks aan de orde. In het evaluatieonderzoek is ook niet gekozen voor het meten van satisfactie van de patiënten. Hoewel de oorspronkelijke ideeën die ten grondslag liggen aan de projecten de moeite waard zijn vreest de heer Van der Wilk dat de projecten zullen stranden in bureaucratie.

De heer **Glerum** sluit zich aan bij de opvattingen van de heer Van der Wilk. Volgens hem is een fundamentele verandering van het bestaand zorgaanbod noodzakelijk en dit kan niet verwezenlijkt worden door een bundeling van hulpverlening vanuit bestaande structuren op regionaal niveau. De structurering van de gezondheidszorg in echelons wordt in dit verband gememoreerd. Nu ervaart men de handicaps van deze wijze van organiseren en streeft naar meer efficiëntie en effectiviteit. Maar hetzelfde aanbod alleen in een ander jasje steken biedt volgens de heer Glerum geen perspectief, dit leidt slechts tot monolitische bureaucratie.

De heer **Schrijvers** legt het standpunt van de heer Van der Wilk om 'thuiszorg' te vervangen door 'thuishulp' voor aan de heer **Gardenbroek**. Volgens de heer Gardenbroek gaat het om vernieuwing in de zorgverlening en niet om vernieuwing van de terminologie. Zorg is een zwaar ingeburgerd begrip dat moeilijk te veranderen is. Hantering van dit begrip is overigens zonder de intentie ook te bevoogden.

De heer **Schrijvers** zegt bij 'hulp' te denken aan een service, een dienst waarbij er

sprake is van een commerciële relatie tussen hulpvrager en aanbieder. De heer Van der Wilk zegt dat het zover niet hoeft te komen maar dat een normalisering van de verhouding patiënt/dienstverlener wel vereist is. Een aanzet hiertoe zou zijn het formaliseren van de rechten van de patiënt en het aanpassen van het taalgebruik met betrekking tot woorden die een bepaalde opvatting met zich meebrengen, zoals 'zorg'.

De heer Schrijvers stelt het statement van de monolithische organisatie op regionaal niveau nogmaals aan de orde. De heer Glerum spreekt de vrees uit dat de vrijheid van de klant zal verdwijnen als zo'n organisatie een erkenning zal krijgen, want hierdoor zal de keuzemogelijkheid van de patiënt zeer beperkt worden. De fusies van kruiswerk en gezinsverzorging zijn hier een voorbeeld van.

Naar aanleiding van deze ontwikkeling informeert de heer Schrijvers naar de bedoeling van het kabinet. De heer Gardenbroek stelt dat er een geleidelijk veranderingsproces nagestreefd wordt om te komen tot een nieuw stelsel. Het hoeft niet zo te zijn dat door coördinatie en samenwerking monopolies in het leven geroepen worden. En de overheid zal slechts in beperkte mate sturend optreden, door middel van regelgeving, ook op regionaal niveau.

De heer Bless (WVC, coördinator thuiszorgprojecten) merkt op dat de thuiszorg tot nu toe in de discussie wordt voorgesteld als een bureau waar men zorg kan kopen. Echter er zit meer achter, het vraagt een subtiele afstemming tussen vele partijen. De thuiszorgprojecten die vandaag in de picture staan proberen dit te organiseren, er wordt geprobeerd de zorg zo optimaal mogelijk zo toegankelijk mogelijk te maken kan worden ten behoeve van de patiënt. De heer Van der Wilk is het met deze opmerking eens maar vraagt waar het hoofdaccent ligt. De slechte afstemming is allereerst door de patiënt ervaren. Nu besluit men daar iets aan te doen door de functies dichter bij elkaar te brengen maar tegelijkertijd wordt e.e.a. bevroren in een nieuwe vorm. Als voorbeeld noemt hij zorg gericht op verschillende doelgroepen. Als dit consequent doorgevoerd wordt dan ontstaan er loketten terminale zorg, gehandicaptenzorg, nazorg etc. Op deze wijze ontstaat er toch weer verkokering.

Ook de visie van de heer Hoornweg wordt gevraagd: wil de NK uitgroeien tot een regionaal instituut voor thuiszorg? Op deze vraag wordt bevestigend geantwoord om de volgende redenen. In de eerste lijn is de waarborg van de kwaliteit maar ten dele geregeld. In de intramurale sector is er door planning e.d. geen concurrentie. Door het ontbreken van erkenningsnormen in de eerste lijn is er in deze sector veel vrijheid, het is mogelijk om 'gewoon', 'zomaar' te beginnen. Het is nodig dat (ook) het kruiswerk zich hiertegen wapent. De heer Hoornweg is voorstander van een regionaal instituut voor thuiszorg omdat in een dergelijk instituut de aanwezige deskundigheid zo flexibel mogelijk ingezet kan worden, naar wens van de patiënt. Een tweede reden is dat voor zorg op maat en op afroep een stevig management nodig is. Een regionaal instituut zou dit kunnen bieden. De heer Schrijvers memoreert de fusies binnen de kruisverenigingen en de vorming van RIAGG's, processen die jaren duurden. De heer Hoornweg merkt op dat een fusie ook een moeilijk proces is vanwege de verschillende heersende culturen. Verbetering van het aanbod zal daarom inderdaad enkele jaren duren. Toch is zo'n fusieproces de moeite waard omdat uiteindelijk de baten groter zijn dan de kosten, een grotere organisatie heeft meer slagkracht.

Vervolgens vraagt de voorzitter naar het standpunt van de LHV met betrekking tot deze kwestie. De heer Knook benadrukt dat de huisartsen hun zelfstandige positie als de enige

juiste zien en dat zij er niets voor voelen om als bijwagen van de NK te functioneren. Thuiszorg kan het best gerealiseerd worden door een uitbreiding van de bestaande zorg. Dan stelt de heer Schrijvers de vraag aan de orde of de eerste lijn nog wel bestaat over tien jaar. De vraag wordt gesteld aan de in de zaal aanwezige heer **Wennink** (NIVEL, Scenarioproject Eerstelijnszorg).

Volgens de heer Wennink is het een kwestie van: wie eet wie op? Als de eerste lijn niet in staat is om de problemen op te lossen zal deze misschien door de tweedelijns opgeslokt worden. De machtskwestie dient uit de weg geholpen te worden. Als de reguliere eerstelijns hulpverlening zich niet tot een regionale samenwerking zal ontwikkelen dan worden de huidige problemen gecopieerd naar de thuiszorg. De heer **Smulders** (huisarts) veronderstelt dat als de ziekenhuizen de eerste lijn 'opeten' zij in de extramurale sector dezelfde problemen als de huidige eerstelijnsvoorzieningen tegenkomen. Volgens de heer Knook zal de invloed van de ziekenhuizen op de eerste lijn vooral in de consultatieve sfeer liggen. Huisartsen zijn door hun generalistische werkwijze toch het beste in staat om een patiënt te helpen.

Op de vraag welke rol de huisartsen in de thuiszorg willen spelen antwoordt de heer **Knook** het volgende. De huisarts zal zich gesterkt voelen in zijn taak als hij/zij naast de mantelzorg ook steun krijgt van ondersteunende functies op het terrein van de verpleging en de verzorging. Om dit te concretiseren vraagt de voorzitter naar de positie van een mogelijke praktijkverpleegkundige. Volgens de heer Knook is dit een wezenlijke mogelijkheid ter ondersteuning van de huisarts. De heer **Hoornweg** reageert hierop door nogmaals op de noodzaak van een regionaal instituut te wijzen. Regionaal gezien wordt dan de vraag gesteld waaraan de huisarts behoefte heeft, vervolgens wordt dan bekeken hoe hieraan kan worden voldaan. Elkaar helpen is het primaire uitgangspunt en niet de vraag wie de hulp van wie is.

In Almere is er reeds geruime tijd sprake van een intensieve samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleging. De voorzitter vraagt mevrouw **Zaal** (Samenwerkingsverband Almeerse Gezondheidszorg) naar haar ervaringen. Zij vertelt dat bij de uitvoering van de hulpverlening praktijkproblemen ontstaan, met name als er meerdere (meer dan 3) disciplines bij betrokken zijn. Hoe stem je dit af? Het vraagt meer dan het aanpassen van de organisatiestructuren, het gaat erom ieders krachten te bundelen en om het afstemmen van verantwoordelijkheden over grenzen heen.

Over de rol van de huisarts in de projecten wordt door een deelnemer aan het Project thuiszorg ziekenhuis Tjongerschans meegedeeld dat binnen dit project de huisarts case-manager is. Het ziekenhuis zal aan de huisarts vragen wat diens wensen zijn en vervolgens hieraan zoveel mogelijk tegemoet komen.

De heer Schrijvers vraagt naar de visie van de heer Van der Zee (NIVEL) ten aanzien van de ontwikkelingen in de thuiszorg. De heer **Van der Zee** acht het verstandig als de huisartsen hun zelfstandige positie behouden. Er dient onderzocht te worden of er een organisatie van kruiswerk/gezinsverzorging kan ontstaan op regionaal niveau. Door het ontwikkelen van dergelijke organisaties wordt er iets gedaan aan de huidige problemen van versnippering en talrijke organisatievormen. De vrees voor chaos en onoverzichtelijkheid is groter dan de vrees voor bureaucratie. Goede afstemming is een vereiste, maar het dient vermeden te worden dat er nu een categorale versnippering ontstaat, naar doelgroep onderscheiden. Bij de zorgverlening dienen ook voorzieningen wat betreft wonen/woningaanpassing betrokken te worden.

Een lid van het LPCP, merkt op dat in de gezondheidszorg over bijna niets anders dan organiseren wordt gepraat maar dat men voorbij gaat aan het principe dat zorg afgestemd moet worden op de behoefte van de patiënt. Binnen de organisaties moet er een ruimte zijn waar de patiënt expliciet kan reageren. De voorzitter vraagt vervolgens aan de heer Hoornweg of de verenigingsstructuur van het kruiswerk niet ideaal is om inspraak van patiënten te realiseren. In principe is dit zo, volgens de heer Hoornweg, maar de praktijk leert dat de ledenorganisaties te weinig spreekbuis zijn voor de cliënt. Om in te spelen op de behoefte van de patiënt moet de organisatie een behoorlijke omvang hebben om zodoende een 'menukaart' te kunnen bieden. Hieraan wordt gewerkt. Naar aanleiding hiervan merkt de heer Glerum op dat als men de patiënt zorg op maat wil bieden een menukaart geen alternatief is als dat menu vervolgens niet of niet juist geboden wordt.

De voorzitter verplaatst het gesprek naar de rol van de ziekenfondsen in de thuiszorg. De heer **Van der Veen** (Ziekenfonds Amsterdam e.o.) zegt dat het ziekenfonds niet alleen geïnteresseerd is in kosten maar of de patiënten die zorg krijgen die ze nodig hebben. Hoe dit georganiseerd moet worden is erg moeilijk en ingewikkeld. Volgens de heer **Collaris** (VNZ) heeft de Ziekenfondsraad advies uitgebracht om 100 miljoen gulden uit te trekken voor landelijke thuiszorg experimenten. In 1990 is hiervoor 22 miljoen beschikbaar gesteld. De heer Gardenbroek deelt mee dat de resterende 78 miljoen gedoseerd zal worden besteed. De heer Collaris legt uit dat de financiering van de thuiszorg voorgesteld kan worden als een lappendeken. Eenheid in de financiering of op zijn minst coördinatie is zeer gewenst. De heer **Van der Wilk** merkt op dat de noodzaak van coördinatie al lang is aangetoond maar dat men zeer beducht moet zijn dat men niet dezelfde fouten maakt als in het bestaand systeem. Zeer belangrijk is het om te kijken naar de hulpvraag. Vervolgens vraagt de heer Schrijvers mevrouw van Dijk (NZR) naar de plaats van de intramurale sector in de thuiszorg. **Mevrouw van Dijk** merkt op dat de rol van de intramurale sector bij de directe zorg aan huis beperkt zal zijn. Wel zal de intramurale sector een rol spelen in het mogelijk maken van thuiszorg, gebruik makend van de kennis en ervaring die in de intramurale zorg aanwezig is.

Voor een theoretische benadering van het begrip thuiszorg richt de voorzitter zich tot de heer Goudriaan (Public Health Consultants) die er onlangs voor pleitte het begrip 'thuiszorg' bij het vuilnis te zetten. De heer **Goudriaan** pleit voor een functionele indeling in drie ketens van zorg: behandeling, verzorging en opvang. Nadere uitwerking en organisatie zou toegespitst moeten worden op de inhoud van deze drie zorgketens, het aanbodgericht denken zou doorbroken moeten worden. Volgens de heer Gardenbroek vormt de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging al een functionele organisatie van de twee functies behandeling en verzorging. Ook het zorgvernieuwingsprogramma van WVC speelt op deze indeling in.

Als mevrouw **Wittenberg** (Landelijk Bureau Coördinatie 1e/2e lijn) naar haar mening gevraagd wordt zegt zij dat de meeste aandacht uitgaat naar het organiseren en dat er te weinig uitgegaan wordt van de behoefte van de patiënt. Hulpverleners zouden allereerst moeten leren naar hun patiënt te luisteren, pas dan kan gedacht worden aan het organiseren van de hulpverlening. Mevrouw **Van Kouwenhoven** (Werkgroep thuishulp van de Gehandicaptenraad) beaamt dit en zegt dat er voordat er een bedrijfskundig organisatorisch plaatje wordt ontworpen eerst een programma opgesteld moet worden van de eisen waar de organisatie aan wil/moet voldoen. Zo vragen gehandicapten en chronisch

zieken andere zorg dan terminale patiënten bijvoorbeeld.

Mevrouw van Dijk waarschuwt voor het beeld van de mondige patiënt zoals die geschetst wordt, volgens haar zijn degenen die deze categorieën in de talk-show vertegenwoordigen niet bepaald representatief. De heer van der Wilk reageert hierop door te zeggen dat zijn achterban bestaat uit 500 patiëntenorganisaties. Hij spreekt namens deze organisaties. De heer Glerum haakt aan met de opmerking dat hij graag de klant in beeld zou krijgen; een cliëntgebonden budget is de ideale manier volgens hem voor de patiënt om die zorg te kopen waar hij behoefte aan heeft, bij wie en waar hij maar wil.

Terugkijkend op discussies over zorgvernieuwing in het verleden, signaleert de heer **Bless** toch verschillen. Zo wordt er nu veel gesproken over de afstemming van het aanbod op de vraag, vraaggerichte hulpverlening, dit is een item dat vroeger niet aan de orde kwam. Het aardige van de projecten is dat zij aan de basis georganiseerd worden rond vraaggericht zorgaanbod dat concreet vormgegeven wordt in het veld. Ervaringen zullen gedeeld worden en hiervan kan worden geleerd. Vroeger dacht men meer in structuren, waarvan men aannam of dacht te weten dat deze voldeden, nu is het experimenteren en samen zoeken naar de juiste weg.

Ter afsluiting vraagt de heer Schrijvers aan mevrouw Mur (Projectleidster evaluatieonderzoek RL) of zij de talk-show in het kort wil evalueren. Mevrouw **Mur** vat samen dat in deze talk-show herhaaldelijk de aandacht is gevestigd op de patiënt maar dat toch voornamelijk gesproken is over structuren. Volgens haar zijn structuren nodig, echter het zijn de mensen die deze structuren invullen. Culturen en belangen spelen hierin een grote rol, helaas is aan dit aspect nauwelijks aandacht besteed. De mentaliteit is heel belangrijk voor het functioneren van een organisatie en bovenal geldt dat als de patiënt verstaan wordt, de structuren beter zullen worden ingevuld.

COÖRDINATIE IN DE THUISZORG EN CASE-MANAGEMENT

Verslag parallelsessie 1

Voorzitter : de heer H.J. Wennink (NIVEL)

Inleiders : de heer P. van de Boogaard (VOH-Kennemerland)
: mevrouw H.F.J. Maissan (VOH-Twente)
: de heer G.J. Wieringa (Ziekenhuis Tjongerschans)
: de heer P. van Lieshout (NCGV)

De heer **Wennink** leidt de sessie in en stelt de begrippen coördinatie van zorg en case management tegenover elkaar. Bij **coördinatie** vindt er afstemming plaats tussen de elementen van het zorgaanbod. Bij **case management** (CM) gaat het achtereenvolgens per geval om: het taxeren van de behoeften, het maken van een zorgplan, bewaken van de voortgang en in het algemeen de belangen van de cliënt. Wennink stelt, dat naarmate er in een geval meer coördinatie nodig is, er minder ruimte is voor CM. Als de huidige structuur in de gezondheidszorg blijft zoals die is, zal er nooit van veel meer dan zorgcoördinatie sprake kunnen zijn. Door gebrek aan afstemming komt er weinig van CM terecht.

Vervolgens worden 3 projecten ingeleid.

De heer P. v.d. Boogaard; (directeur VOH) leidt het project Zuid-Kennemerland in.

Aanleiding tot het project waren gerezen afstemmingsproblemen als gevolg van verschillend beleid ten opzichte van categorieën patiënten. Men wilde hiervoor een gestructureerde oplossing die evenveel aan de volgende voorwaarden moesten voldoen: simpele organisatie, huisarts een belangrijke schakel, goede afstemming met de tweede lijn, financierbaarheid.

Men heeft elkaar gevonden in een pragmatische opzet, waarbij aanvankelijk werd gekozen voor terminale patiënten. Er kwam een stichting Aanvullende Thuiszorg, waarin verschillende disciplines participeren. Onder leiding van de projectmanager, die o.m. zorg draagt voor een indicatiestelling, komt het casusteam bij elkaar en wordt er een casuscoördinator aangesteld. Casusteam waarborgt een continu (24 uur) zorg. Financiering geschiedt door middel van een 'lump sum' voor het totale project. Er zal uitbreiding plaats vinden naar andere categorieën patiënten.

Enkele vragen uit de zaal:

- Wat is de bijzondere positie van de huisarts? De projectmanager is een huisarts, gefinancierd op basis van standaard honorarium.
- Hoe werkt de zorg in concrete gevallen? Iedere hulpverlener kan een casus aanmelden. Er is één "loket" met een centrale projectmanager. Deze roept de benodigde hulpverleners bijeen.
- Is hier sprake van regulier zorg of is het additief? Dat laatste.

Mevrouw H.F. Maissan (directeur VOH) leidt het project zorgcoördinatie eerste/ tweede lijn Enschede in.

Dit project is nog in een pril stadium: de subsidie is net binnen, de feitelijke activiteiten moeten nog beginnen. Het gaat hier dus om de beoogde opzet. Het project richt zich op de overgang van ziekenhuis- naar thuiszorg, die nu nog suboptimaal is door het ontbreken van een coördinatiepunt in het ziekenhuis en een goede organisatie daarbuiten. Doelstelling is coördinatie van medische-, verpleegkundige- en gezinszorg, met een meldpunt in het ziekenhuis waar de verschillende aspecten van de zorg integreerd worden bekeken.

De medische- en de zorgcoördinator gaan samen de overgang naar de thuiszorg verbeteren. Er zullen multidisciplinaire besprekingen over nieuwe ontwikkelingen plaats vinden; deskundigheidsbevordering krijgt een belangrijke plaats. De coördinatoren zullen ook een adviesrol hebben voor intra- en ultramurale zorgverleners. Uiteraard is het niet nodig dat alle ontslag casus het coördinatiepunt zullen passeren. Een verder weg liggend doel is (nog) vroeger ontslaan van patiënten uit het ziekenhuis speciale verpleging thuis. De vraag wordt opgeworpen of men niet naar één coördinator zou moeten streven.

De heer G.J. Wieringa, projectleider thuiszorg in het ziekenhuis. Tjongerschans te Heerenveen vertelt over het aldaar opgezette project. Van het ziekenhuis uit is het project het gevolg van situaties waarin specialisten klaar zijn met een patiënt, maar deze nog niet naar huis kan. Zowel voor het ziekenhuis, als de specialisten en de verpleging als de patiënt, lijkt het aantrekkelijk een volledig zorgpakket aan te bieden dan het intramurale. Vanuit een actieve opstelling is het als ziekenhuis in financieel moeilijke tijden makkelijker praten met verzekeraars en kan men ontwikkelingen in de gezondheidszorg beter meebepalen.

Bovendien is het naar buiten treden goed voor de naam van het ziekenhuis.

Het project omvat een thuiszorgdienst, een "low care" voorziening en een coördinatiepunt. In de thuiszorgdienst staat de medische as centraal: de huisarts is de thuiszorgspecialist. Het ziekenhuis biedt ziekenhuis-vervangende-zorg. Specialisten komen alleen thuis op verzoek van de huisarts. Er wordt gewerkt volgens protocollen. De "low care" voorziening biedt indien nodig tijdelijk (beperkte) intramurale zorg; hiertoe wordt samen gewerkt met een verzorgings- en een verpleeghuis. Het coördinatiepunt tenslotte regelt de overgang naar huis, waarbij een actief ontslagbeleid wordt gevoerd. In de praktijk krijgt e.e.a. vorm in een stichting waarin diverse betrokken disciplines vertegenwoordigd zijn: ziekenhuis, kruisvereniging, gezinsverzorging, huisartsen, specialisten en verpleeghuis. Voor de toekomst wordt beoogd: coördinatie van zorg (waarbij instellingen een deel van hun zorguren "poolen"), handhaving van de huisarts als case-manager en procesmanagement binnen het kader van de stichting.

Na deze introducties "stemmen" de aanwezigen over het project van hun voorkeur. De uitslag is: Zuid Kennemerland 4 stemmen, Enschede 1, Heerenveen 9 en twee onthoudingen.

Na de theepauze houdt de heer **P. van Lieshout (NcGv)** een inleiding over de ouderen zorg in Kent (U.K.) In het Verenigd Koninkrijk, waar een scherpe scheiding bestaat tussen welzijnszorg en gezondheidszorg, heeft men in Kent een experiment opgezet in de zorg

voor ouderen waarbij voor zeer kleine regio's casemanagers zijn aangesteld. Deze zijn met een vast budget verantwoordelijk voor de case finding en zorgverlening in hun werkgebied. Gemiddeld bedraagt hun case load 30 ouderen, voor wie een uitgewerkte "needs assessment" plaats vindt, diverse typen zorg worden ingeschakeld ("ingekocht") en zeer regelmatig wordt geëvalueerd volgens een gestructureerde procedure waarna bijstelling kan plaats vinden. Deze opzet heeft de volgende voordelen opgeleverd. Het ontbreken van samenwerking tussen voorzieningen bleek niet meer zo'n probleem te zijn. Er kwam een koppeling tussen formele en informele zorg (inschakeling van "half betaalde" vrijwilligers werd mogelijk). Door de persoonlijke band tussen case-manager en hulpvrager werd morele winst geboekt. De kwaliteit van de behoeftenbepaling nam toe door een systematischer benadering. Kwaliteits- en financiële controle zijn in deze opzet vergemakkelijkt. Daar tegenover staat een aantal knelpunten. Het werken met een vast budget bleek niet altijd makkelijk. Het vraagt inzicht in waar zorg verkrijgbaar is en wat die kost. Ook was het soms moeilijk tot een goede verdeling van de beschikbare middelen te komen. Soms was er discussie over de besteding (mag een weekje vakantie voor een overbelaste informele zorgverlener bekostigd worden?). Ook ging er toch weer een neiging tot standaard pakket ontstaan. Naar fundamenteel is de vraag wat het allemaal oplevert: mogelijk uitstel van een opname; mensen worden vroeger bereikt dan voorheen. Door het toenemende beroep op de case-manager dreigde het systeem volledig verstopt te raken. Daarom heeft men een rigoreuze keus gemaakt voor alleen de **zware** gevallen, waarmee het systeem alleen nog een vangnet functie heeft. Andere knelpunten zijn "burn-out" verschijnselen bij de casemanagers en het ontbreken van een adequate opleiding voor deze functie, het niet goed ingesteld zijn op kortdurende hulp en de moeilijkheden die zich voordeden bij de overgang van de oude naar de nieuwe structuur.

Hierna was er **discussie**.

Hebben de projecten die zich voor de theepauze presenteerden iets aan deze inzichten? v.d. Boogaard (Kennemerland): het is hier niet over te nemen; ideeën over kleinschaligheid en financiering zijn wel bruikbaar. Wat betekent de "needs assessment" voor een centrale intake? Kan één persoon dan wel case manager zijn? Van Lieshout benadrukt dat er één eindverantwoordelijk moet zijn.

Glerum zegt dat in Nederland de medische zorg erbij zit hetgeen de situatie compliceert.

Bless: dat is lang niet altijd het geval; de gezinsverzorging doet al veel aan case management op veel plaatsen. Van huisartsen kan dat niet gezegd worden.

Bless: Lijkt de case manager in Kent meer op een leidinggevende gezinsverzorging of op een "inschakelaar" van verschillende disciplines?

v. Lieshout: op de eerste; de case manager moet zoveel mogelijk zelf doen en alleen in uiterste gevallen bijvoorbeeld een huisarts inschakelen.

Wieringa (Tjongerschans): zou je meerdere case managers moeten hebben afhankelijk van het type patiënt? Is het een aparte functie of een aparte functionaris.

v. Lieshout: het is een professie of zichzelf. Het is niet zo dat dan de huisarts deze rol heeft en dan weer een leidinggevende gezinsverzorging.

Wennink werpt de vraag op of thuiszorg denkbaar is zonder case management.

Bless: jazeker, het gaat al jaren zo. De vraag is wie er indiceert voor de case manager.

Veel gevallen lossen hun eigen zorgproblemen op. Het zijn alleen de meer speciale gevallen die tussenkomst van de CM behoeven. Opgemerkt wordt dat de verantwoorde-

lijkheden niet te snel moeten worden weggehaald bij (andere) hulpverleners.
Wennink stelt tegenover elkaar de "papieren CM" (logboek e.d.) en die van vlees en bloed en stelt de vraag of het overal op dezelfde manier moet.

Iemand zegt dat gedifferentieerd moet worden naar type patiënt. Er moet selectief met CM worden gewerkt.

Bless: verschillende coördinatiemechanismen moeten niet doorelkaar gehaald worden. Protocollen kunnen zinvol zijn naast de aanstelling van functionarissen. Er moet een goede balans zijn. Uniformiteit in theorie. Er dient locale invulling aangegeven te worden, afhankelijk van de wijkproblematiek, de werkwijze van een hometeam of gezondheidscentra e.d.

ZORGPROTOCOLLEN

Verslag parallelsessie 2

Voorzitter : de heer D. Vermey (CBO)

Inleiders : de heer H. van der Hoeven (SGZ)
de heer B. van Raalte (IP Amsterdam)
mevrouw M. Grasveld (CBO)
de heer D. Wijkkel (VU)

De middagsessie werd ingeleid door de heer **Vermey** van CBO. Met zijn verhaal beoogde hij een kader aan te geven waarmee je protocollen tegen het licht kan houden. Hij begon zijn betoog met de relatie die er bestaat tussen doelen en middelen in de wetenschap. Met een citaat uit 'Macht en media' van M. McLuhan liet hij zien dat de middelen er kennelijk niet toe doen wanneer de doelen maar goed zijn. De wetenschap denkt volgens Vermey te veel in processen en bekommert zich weinig om de doelen.

Na deze voorzet bracht de heer Vermey een aantal punten ter sprake die bij het invoeren van protocollen een rol spelen.

Onder een protocol verstaat hij 'een set van beheersbare afspraken over structuur en proces van zorgverlening om doelen beheersbaar te bereiken'. Aan de hand van een sheet over het primair proces in de zorgverlening besprak hij de volgende punten: communicatie, verantwoording voor taken, de organisatie structuur, kwaliteitsnormen, kosten/effectiviteit en patiëntsatisfactie. Voor de invoering van protocollen stelde hij 'parameters' op: doeltreffendheid, geschiktheid en doelmatigheid. De heer Vermey benadrukte dat de mentaliteit rond geschiktheid anders moet. Onder het motto 'je hebt niet altijd een Rolls Royce nodig om boodschappen te doen' hield hij een pleidooi voor de geschiktheid als maatstaf die aan kan geven of de zorg goed genoeg is. De vraag naar de geschiktheid zou ook wel eens anders gesteld kunnen worden dan vaak gebeurt. Zo wordt met een protocol vaak de geschiktheid voor behandeling thuis aangegeven. Je zou de vraag ook om kunnen draaien en eerst kijken of het ziekenhuis wel de geschikte plaats voor de behandeling is. De heer Vermey besloot zijn verhaal met het noemen van een aantal randvoorwaarden voor het werken met protocollen. Dit zijn: vertrouwen, samenwerking, gelijke belangen, consensus over het primair proces en feedback.

Na deze inleiding werden 4 projecten gepresenteerd. De heer **Van der Hoeven** lichtte het project in Zoetermeer toe. Dit zorgvernieuwingsproject bestaat uit twee deelprojecten: 1. project samenwerking ziekenhuis-eerstelijns en 2. project intensieve thuiszorg. In het eerste project wordt de dagverpleging protocollair geregeld. Het protocol voor chirurgie is inmiddels afgerond en protocollen voor KNO, oogheelkunde, gynaecologie, neurologie en interne geneeskunde zijn in voorbereiding. Zoetermeer is een groeikern met ongeveer 100.000 inwoners, er is een hecht georganiseerde eerstelijns en sinds 1988 is er een ziekenhuis met een beperkte capaciteit van 280 bedden. Het is dus zaak om de zorg in het ziekenhuis zodanig te regelen dat er geen wachtlijsten ontstaan. Bij de dagverpleging komt het erop neer dat bij patiënten die vroeger 2 tot 4 dagen in het ziekenhuis verbleven, nu 's morgens de ingreep plaatsvindt en zij 's middags weer naar huis

kunnen. De voor- en na-zorg neemt de eerstelijns waar. Deze zorg moet van dezelfde kwaliteit zijn als de klinische zorg bij langer verblijf in het ziekenhuis. De kosten die met de dagverpleging bespaard worden komen ten goede aan de eerstelijns. Het protocol omschrijft wie er in het voortraject benaderd moeten worden voordat de ingreep plaatsvindt. Voor het natraject geeft het protocol aan wie er op welk moment bij de patiënt op de stoep moet staan. Op jaarbasis zouden ongeveer 120 patiënten voor dagverpleging in aanmerking kunnen komen. De evaluatie van het project is in handen van het NZI.

Hierna was de heer **Van Raalte** aan de beurt om het innovatieproject Amsterdam toe te lichten. Als eerste noemde hij een aantal doelstellingen van het project. Dit zijn: verkorting van de opname duur, intensivering van de thuiszorg, betere afspraken tussen 1e en 2e lijn. Het initiatief voor het project is uitgegaan van de VOH Amsterdam. Er zullen per patiëntencategorie protocollen opgesteld worden. Deze zijn bedoeld voor wat hij omschreef als kansrijke doelgroepen zoals CVA-patiënten, zwangere vrouwen met complicaties en patiënten met heupfracturen. Een inventarisatie van problemen bij het opstellen van protocollen omvat onder meer de herkomst van de patiënten (in Amsterdam overlappen de adherente gebieden van de ziekenhuizen elkaar), de overeenstemming onder de deelnemers over het gemeenschappelijke beleid, de financiering en de motieven van de deelnemers. In het project is de evaluatie zodanig ingebouwd dat er tijdens de uitvoering feedback mogelijk is.

Mevrouw **Grasveld** van CBO verzorgde vervolgens de presentatie van het Short-stay project Boxtel. Dit is een onderdeel uit een landelijk CBO project waaraan 4 ziekenhuizen deelnemen. Het doel is het opstellen van criteria voor dagverpleging en de uitvoering ervan. Het plaatselijk ziekenhuis in Boxtel is in 1988 gefuseerd met een ziekenhuis in Den Bosch. In Boxtel bleef een klein ziekenhuis met een grote buitenpoli over. Hier kunnen patiënten voor korte tijd worden opgenomen maar vrijdagmiddag moeten ze ontslagen zijn aangezien anders overplaatsing naar Den Bosch noodzakelijk is. Het protocol richt zich op de continuïteit van de zorg. Vanuit WVC werd de eis gesteld dat het project zorg van toetsbare kwaliteit levert. Het protocol is in wezen voor alle ingrepen hetzelfde. Uitgangspunt voor het opstellen van het protocol is de verhouding draaglast : draagkracht van de patiënt. Tot de draagkracht behoren onder meer dat de patiënt een goede algemene conditie heeft en na de ingreep niet alleen thuis is en telefonische bereikbaar is. Er zal een evaluatie van zowel proces als uitkomst plaatsvinden.

Na deze laatste presentatie voor de pauze kwam er een discussie op gang over de vraag welke algemene conclusies er te trekken zijn uit de werkwijze in de verschillende projecten. De deelnemers waren het erover eens dat een protocol dat elders opgesteld is niet zonder meer in de eigen setting geïmplementeerd kan worden. Het opstellen van het protocol betekent een proces van attitudeverandering waar je in elke locale situatie weer opnieuw doorheen moet. Er zijn bij de protocollen wel algemene aspecten te onderscheiden (zo lijkt de relatie draaglast : draagkracht algemeen geldig te zijn) maar steeds is ook een plaatselijke invulling noodzakelijk.

Na de pauze was het woord aan de heer **Wijkkel** om het VU-project toe te lichten. De

doelstelling van het project 1e-2e lijn is het bevorderen dat de patiënt hulp geboden wordt in dat echelon, dat het beste aansluit bij de op dat moment bestaande problematiek van de patiënt. Het VU-project is voortgekomen uit de TVC operatie voor medische clusters van het Min. van O&W. Binnen de looptijd van 5 jaar zal een reeks deelprojecten worden uitgewerkt. Twee daarvan, te weten dagchirurgie en luchtwegproblematiek bij kinderen, zijn inmiddels afgesloten. Als knelpunten in de relatie tussen 1e en 2e lijn noemde de heer Wijkel de continuïteit van zorg, de competentie en vaardigheden van met name de huisarts en de structurele problemen die vooral spelen in de grote steden waar zowel de huisartsen met veel specialisten relaties onderhouden als omgekeerd de specialisten van een groot aantal huisartsen patiënten ontvangen. Er zijn in den lande verschillende projecten opgezet om de samenwerking tussen 1e en 2e lijn te verbeteren. Hoewel de onderlinge relaties daardoor verbeterden bleek vaak het verschuiven van taken uiterst problematisch te zijn. In de VU-project is dat soms wel gelukt maar aangezien het welslagen vooral afhankelijk bleek van de medewerking van individuele specialisten voorziet de heer Wijkel problemen voor de implementatie elders.

Het opstellen van protocollen vindt de heer Wijkel een belangrijke stap in de richting van zorgvernieuwing maar het wordt onoverzichtelijk als het aantal protocollen sterkt toeneemt en de huisarts van verschillende kanten protocollen krijgt aangereikt. Hij vroeg zich verder af of hulpverleners zich altijd bewust zullen zijn van het bestaan van een protocol. Als voorbeeld van een protocol uit het VU-project liet hij het protocol voor voedselallergie zien. Dit protocol verschilt op één punt essentieel van het protocol dat door de NK is opgesteld. De protocollen in het VU-project brengen vooral de beslissingen die de verschillende hulpverleners moeten nemen in beeld.

De discussie na afloop van de presentaties begon met een vraag over het project in Zoetermeer. Er werd gevraagd waarom de kwaliteit van de ziekenhuiszorg tot norm werd verheven. Hierop werd geantwoord dat de ziekenhuiszorg niet als enige norm werd gezien maar dat deze vanuit de specialisten als voorwaarde werd gesteld om patiënten over te dragen. Hierop voortbouwend volgde een discussie over de aansprakelijkheid bij dergelijke projecten en of de protocollen als waarborgen voor aansprakelijkheid kunnen gelden. De vakgroep gezondheidsrecht (R.U.L) is kortgeleden met een onderzoek op dit terrein gestart. Een andere vraag betrof de relatie tussen patiënt en specialist. Zo heeft de patiënt na de operatie in de dagchirurgie geen contact meer met de specialist. Dit werd door de aanwezigen als onbevredigend voor de patiënt ervaren. Uit overwegingen van emotionele aard zou het goed zijn als er na de ingreep toch nog contact tussen specialist en patiënt zou zijn. In het VU-project is er om deze reden juist wel contact tussen specialist en patiënt.

Het middagprogramma werd afgesloten door een korte nabeschuiving van de heer Vermey waarin hij inging op de vernieuwende waarde van protocollen. Volgens hem moet de kwaliteitsbewaking een belangrijk element van het werken met protocollen gaan worden.

Hij liet hierbij een sheet zien waerop hij de relatie aangaf tussen kwaliteitsbewaking en de in het begin genoemde parameters van doeltreffendheid, geschiktheid en doelmatigheid.

ZORGCIRCUITS

verslag parallelsessie 3

Voorzitter : de heer E. van der Veen (Ziekenfonds Amsterdam e.o.)

Inleiders : de heer E. Hermans (ASV Westelijke Mijnstreek)
de heer H. Radema
mevrouw N. van Grevel (ZIZO)
mevrouw M. Zaal (EVA)

De heer **Van der Veen** begint zijn inleiding met te stellen dat in de loop der jaren in feite steeds dezelfde mensen met zorgvernieuwing en afstemming in de weer zijn. Momenteel verschuift de zorgvernieuwing in de richting van zorgcircuits. In het verleden werd de oplossing van coördinatieproblemen gezocht op bestuurlijk niveau (WVG), de hulpverlening werd geplaatst in organisatorische kaders. Dit was mogelijk omdat het schaarsteprobleem niet zo aan bod was, echter de laatste 5 jaren is er ook sprake van schaarste in financiële zin, dit heeft een verschuiving teweeg gebracht wat betreft de coördinatie. Primaire vraag van tegenwoordig is: wat is er nodig? Op zich vindt de voorzitter van deze sessie het een goede ontwikkeling dat de coördinatie nu neergelegd wordt bij de uitvoering, maar vraagt zich af hoe dit te plooiën valt in de hulpverlening in de thuissituatie van patiënten. Coördinatie moet, volgens hem plaatsvinden op drie (horizontale) niveaus, te weten op hulpverlenersniveau, op organisatie/instellingsniveau en op beleidsmakers niveau/financieel circuit. Daarnaast is verticale coördinatie tussen deze drie niveaus ook van groot belang. De verzekeraar kan een aanzienlijke rol spelen in de coördinatie omdat deze iedereen kent, op het moment dat het veld er zelf niet uitkomt dan heeft de verzekeraar het recht of de plicht om de coördinatie af te dwingen.

Het Project Integraal Regionaal van het Algemeen Samenwerkingsverband Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening Westelijke Mijnstreek (ASV-WM) wordt ingeleid door de heer Hermans.

De Westelijke Mijnstreek is een ex-WVGgebied. Ten tijde van de WVG is het ASV ontstaan, een integraal samenwerkingsverband binnen de gehele gezondheidszorg van topklinische zorg tot en met tandartsen. Deze club wilde ook na de WVG blijven bestaan. Het regionale ziekenhuis beschikt over ongeveer 1000 bedden in twee locaties. Het ziekenhuis is te vol en bovendien moeten er nog 200 bedden ingeleverd worden. Het vermoeden bestond dat een aantal patiënten eerder (terug) naar de eerstelijns kan. Vervolgens heeft het ziekenhuis aan het kruiswerk gevraagd of ze samen deze 'verkeerde-plaats-problematiek' kunnen oplossen. Naderhand haakte de hele eerstelijns aan. Een en ander heeft geleid tot een brede intentieverklaring, een officieel thuiszorgprogramma is nog niet voorhanden, 1 mei is dit hopenlijk gereed. Doel van het project is om een model te ontwikkelen waarmee CVA-patiënten op de juiste plaats de benodigde zorg krijgen. Het project zal in eerste instantie moeten leiden tot het vastleggen van (hernieuwde) afspraken tussen de aan het project deelnemende partijen wat betreft de behandeling, verple-

ging en verzorging van thans klinisch verblijvende patiënten in een niet-klinische setting. Hoe denkt men dat te realiseren? Allereerst zal er geïnventariseerd worden welke zorg geboden moet worden, dit zal gebeuren aan de hand van case-studies. In het model moet een gezamenlijke visie op zorg weerklinken. Een case-manager zal ingezet worden om belemmeringen op te heffen.

Naar aanleiding van een vraag uit het publiek zegt de heer Hermans dat de ziekenhuizen zich bereid hebben verklaard om budgettaire gevolgen voor hun rekening te nemen als de eerste lijn meehelpt.

Gevraagd naar de functie van het ASV wordt uitgelegd dat dit samenwerkingsverband is op managementniveau, er is een ambitieus beleidsplan opgesteld met een aantal projectmatige activiteiten waarvan dit thuiszorgproject een testcase wordt. De heer van der Veen sluit deze presentatie af door op te merken dat in dit project goed te zien dat schaarste van invloed is op de aanpak.

Het tweede Project 'Beter Thuis, Integrale wijk- en thuiszorg Haarlem' wordt toegelicht door de heer **Radema**

Ook dit project vindt plaats in een ex-WVGregio. Het is een initiatief van de Haarlemse organisaties voor kruiswerk, gezinsverzorging, algemeen maatschappelijk werk en gecoördineerd ouderenwerk. In februari 1989 ondertekenden de besturen, verenigd in het Haarlems Eerstelijns Beraad, een overeenkomst om binnen vier jaar een integrale thuiszorg te realiseren. Uitgangspunt is de ondeelbare hulpvraag van de cliënt, de deelnemende organisaties stellen zich verantwoordelijk voor de verlening van een compleet hulpverleningspakket dat alles bevat wat de cliënt nodig kan hebben om in alle aspecten van de hulpvraag (huishoudelijk, sociale, psychische etc.) te voorzien. Er zijn drie motieven om het project op te zetten. Ten eerste een professioneel motief: de vraag is integraal, het aanbod moet dit ook zijn. Ten tweede, bij ongewijzig beleid zal men vastlopen en ten derde, men wil de concurrentie voor blijven.

De werkwijze is als volgt. Er wordt niet uitgegaan van een vooropgezet structuurmodel. Beoogd wordt om veranderingen eerst in deelprojecten een werkbare vorm te laten krijgen. De vraag welke organisatiestructuur het meest doelmatig is, kan dan ook pas aan het eind van het project worden beantwoord. Beoogd wordt de thuiszorg via 1 loket toegankelijk te maken. Het geheel wordt opgedeeld in stappen, er wordt geëxperimenteerd met nieuwe ideeën in wijken, na ervaring opgedaan te hebben en na een evaluatie worden deze dan bij gebleken geschiktheid doorgevoerd op stedelijk niveau. Eerst zal er een herstructurering plaatsvinden van de vier deelnemende disciplines, vervolgens wordt gestreefd naar de structurering van cliëntenoverleg voor alle betrokken hulpverleners en in een laatste fase zullen relaties tussen de eerste en de tweede lijn gelegd worden.

Er is gekozen voor het centraliseren van intake, indicering en management. De uitvoering wordt gedecentraliseerd en toegewezen aan nog te vormen interdisciplinaire wijkteams. Nagegaan wordt hoe de herschikking van taken tussen de werksoorten de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg kan verhogen.

De heer Radema vreest dat ze voor vier jaar te veel hooi op de vork hebben genomen. Ze zijn in dit eerste jaar nog niet zoveel opgeschoten, immers tijdens de verbouwing moet het gewone werk door gaan. Iedereen is het eens met het idee om te herschikken, maar men weet nog niet de juiste methode om dit op een goede manier te realiseren.

Door middel van experimenten probeert men hier achter te komen.

Mevrouw **Van Crevel** leidt het project Thuiszorg van de Vereniging Zorgintegratie Zuidoost (ZIZO) in.

Alle instellingen en beroepsgroepen op het gebied van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening zijn lid van ZIZO, behalve de gezinszorg die een andere optiek op thuiszorg heeft. ZIZO stelt zich ten doel om gezamenlijke verantwoordelijkheid te dragen voor het ontwikkelen en aanbieden van integrale (thuis)zorg in de regio. Daarbij ambieert ze meer dan alleen een goede afstemming binnen de eerste lijn en met de tweede lijn. Het doel is een verdergaande integratie met en tussen de echelons en de instellingen. Hierdoor krijgt de patiënt garanties voor kwaliteit, continuïteit en coördinatie van aangeboden zorg.

Om tot een verbeterd en verbreed aanbod van thuiszorg te komen is gekozen voor een doelgroepenstrategie, er zijn drie programma's ontwikkeld, voor intensieve thuiszorg, (thuis)zorg voor psychogeriatrische patiënten en wijkziekenboegen. Aan deze drie programma's wordt inhoud en vorm gegeven op drie niveaus: uitvoering, voorwaarden en bestuurlijk.

De zorgcirkel wordt gehanteerd als werkbegrip: deze begint bij een centrale intake, via een aantal schakelpunten loopt het vervolgens door naar een indicering voor bijzondere, aanvullende, categorale of reguliere voorzieningen, en mondt uit in integrale uitvoering, toetsing en bijstelling van de zorgmix. Een zorgcoördinator is in dienst van ZIZO, niet in dienst van een instelling. Hij is eindverantwoordelijk voor de intake etc. en is tevens bevoegd om knopen door te hakken en corrigerend op te treden. Het centrale meldpunt, in bejaardenoorden, zal uitgroeien tot dat ene loket.

Gevraagd naar het succes van ZIZO antwoordt mevrouw van Crevel dat dit komt door de ingebouwde dynamiek van een aantal clubs dat zich vastgelegd heeft op een doel, zonder daarbij hun autonomie te verliezen: 'je mag niet weg voordat iets (samen) is opgelost'. Daarnaast heeft ZIZO veel steun aan het AMC dat niet de indruk wekt de thuiszorg te willen overnemen.

Het Almere-project wordt ingeleid door mevrouw **Zaal**.

Dit project loopt inmiddels al 10 jaar en is velen wel bekend. Op dit moment zijn er in Almere 12 gezondheidscentra, gestreefd wordt naar 25 gezondheidscentra in de toekomst. De organisatie van de Almeerse gezondheidszorg ziet er als volgt uit. In het Samenwerkingsverband Almeerse Gezondheidszorg (SAG) participeren alle instellingen voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Onder het SAG functioneert de stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere. EVA bestaat uit vier werkmaatschappijen met elk een eigen staf voor zorgcoördinatie, financiële zaken en personele zaken. Tot elke werkmaatschappij behoren 3 gezondheidscentra. Om het management dicht bij de uitvoering te brengen zijn de werkmaatschappijen opgericht. Sommige hulpvragen komen 'over' gezondheidscentrumniveau, deze worden dan op wijkniveau behandeld door de werkmaatschappij. Er is een circuit op centrumniveau, alle disciplines voeren direct patiëntgebonden overleg, concreet over patiënten waar dat nodig is. Elk behandelteam heeft een coördinator die de contacten met de patiënt onderhoudt, dit is de hulpverlener die het beste contact heeft met de patiënt. Op dit moment is er nog geen tweede lijn in Almere, het ziekenhuis zal midden 1991 openen.

Continuïteit is heel belangrijk in circuits. In de praktijk levert dit wel problemen op door vakanties, parttime krachten e.d. Wat de aanvullende thuiszorg betreft, momenteel wordt alleen nachtzorg geboden, gecoördineerd door de coördinator van de werkmaatschappij, hopenlijk wordt de zorg in de toekomst uitgebreid.

Aan de afstemming eerste/tweedelij wordt gewerkt. Er bestaan contacten met behandelteams van een revalidatiecentrum om te 'oefenen' in samenwerking om tot circuitvorming te komen.

Mevrouw Zaal concludeert na 10 jaar ervaring met intensieve samenwerking en afstemming dat het in praktijk toch moeilijker blijkt dan in theorie. Zo bestaat er het probleem van de eigen bijdragen, waardoor de patiënt die hulpverlening kiest die voor hem het goedkoopst maar misschien niet het beste is. Verder vormen de verschillende culturen binnen de beroepsgroepen een grote hindernis. Ten aanzien van dit punt zijn er de afgelopen jaren veel ideeën gepasseerd, nu heerst de opvatting: laten we het maar proberen in de praktijk, met op de achtergrond de werkmaatschappij voor het blussen van brandjes e.d.

Discussie

De heer van der Veen constateert dat er een zekere volgorde zit in de presentatie van de projecten. Het eerste project, Westelijke Mijnstreek, is in feite nog in voorbereiding. Het tweede project, in Haarlem, is iets verder gevorderd en het derde gepresenteerde project, in Amsterdam Zuidoost, is weer iets verder dan het voorgaande. In het laatste project dat gepresenteerd is, het Almere-project, is al veel ervaring opgedaan waar andere projecten van zouden kunnen leren.

Vervolgens worden de aanwezigen in de zaal betrokken bij de discussie. De vraag wordt gesteld of er plaats is gemaakt voor lotgenotencontact in de circuits. Vanuit het Almere-project wordt gemeld dat hier nauwelijks sprake is van lotgenotencontact, waarschijnlijk is de specifieke situatie van de Almeerse bevolking hier de oorzaak van. Ook het inschakelen van mantelzorg is hier een probleem, de hulpverleners willen wel, maar er blijkt geen mantelzorg te zijn. Wel worden vanuit de consultatiebureaus groepen opgezet van moeders/ouders die dezelfde problematiek rond hun kinderen ervaren. Uit de zaal komt de reactie dat verwijzen iets anders is dan meenemen in het circuit. Door het vormen van een circuit bestaat het gevaar dat er een systeem ontstaat waar een hek om staat, dat volstrekt ontoegankelijk is voor andere vormen van hulp waar wel behoefte aan kan zijn. Het gesprek verplaatst zich van het lotgenotencontact naar patiëntinbreng. Iedereen ziet de noodzaak hiervan in, maar het blijkt moeilijk te realiseren. In Almere is de patiëntinbreng geregeld binnen de structuur van de gezondheidscentra. De organisatie leert rekening te houden met de meningen van patiënten omdat ze alles moet voorleggen aan de patiëntenvertegenwoordigers.

De heer van der Veen vraagt aan de zaal hoe het te realiseren is dat patiënten daadwerkelijk meesturen in een circuit. Suggesties zijn dat patiënten kwaliteitseisen kunnen stellen aan het circuit. Echter hiertoe dienen patiëntenorganisaties professioneel ondersteund te worden bij het beleidsmatig opstellen/vertalen van een circuit. Professionele ondersteuning dient geboden te worden door mensen die uit eigen ervaring weten waar het om gaat en die er hun baan van maken. Zonder structureel beschikbaar gestelde financiële middelen is er geen oplossing in zicht, dan kunnen patiënten gewoonweg niets inbrengen.

gen. Patiënteninbreng kan kwaliteitsbevorderend werken. Hiernaast dient in de opleiding van hulpverleners aandacht te worden besteed aan communicatie met de patiënt. In ziekenhuizen is de patiënteninbreng geregeld in categorale bewonersgroepen, financiële vergoeding vindt plaats vanuit het budget. In de eerstelijns is dit erg moeilijk te realiseren omdat patiënten niet dezelfde ziektebeelden/kenmerken hebben.

Tot slot stelt de voorzitter een ander onderwerp aan de orde. In het verleden werd de oorzaak van het mislukken van projecten gezien in de strakke wet- en regelgeving die in de weg stonden. Vandaag is deze mening niet gehoord. Hoe komt dat? Vanuit de zaal wordt geantwoord dat als men maar echt wil, dat het dan ook zal lukken. Het gemeenschappelijk belang is (door Dekker) groter dan voorheen en dat maakt de kans van slagen groter. De schotten zijn echter nog even hoog, het implementeren van de geëxperimenteerde hulpverlening blijkt nog erg moeilijk te realiseren. Nog een verschil met zorgvernieuwend projecten in het verleden is dat zij voorheen ideaaltypisch en momenteel realistischer van karakter zijn.

