

Voorwoord

In deze brochure wordt een overzicht gegeven van het 'programma zorgvernieuwingsprojecten thuiszorg' van het ministerie van WVC. De kern van de brochure wordt gevormd door beknopte beschrijvingen van de in dit programma opgenomen projecten. De brochure is door het NIVEL samengesteld op basis van van de projecten ontvangen beschrijvingen.



drieharingstraat 6
postbus 1558
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

INHOUD

	p.
1. INLEIDING	1
2. PROGRAMMA ZORGVERNIEUWINGSPROJECTEN THUISZORG	2
3. DE THUISZORGPROJECTEN	2
* 'Beter thuis', integrale thuiszorg Haarlem/ Zuid-Kennemerland	3
* Zorgvernieuwingsproject Amsterdam	5
* Zorgcoördinatie eerste/tweede lijn Enschedé	7
* Project 'integraal regionaal' Westelijke Mijnstreek	8
* Intensieve thuiszorg/samenwerking ziekenhuis/ eerste lijn Zoetermeer	9
* Thuiszorg ziekenhuis 'de Tjongerschans' Heerenveen	11
* Thuiszorg Zuidoost Amsterdam	12
* Kempenzorg	14
* Thuiszorg/nazorg Sint Laurentius ziekenhuis Roermond	15
* Thuiszorg Brunssum	16
* Regionale ontwikkeling van de (thuis)zorg Midden- Kennemerland	17
4. EVALUATIE	18
5. Contactadressen	20

1. INLEIDING

Thuiszorg is tegenwoordig een veelbesproken begrip. Gemeenschappelijk in alle discussies is het belang dat aan goede thuiszorg wordt gehecht. Toch is thuiszorg niet iets nieuws. De eerste lijn heeft zich altijd als doel gesteld zorg te verlenen in de eigen woon- en leefsituatie van cliënten en er toe bij te dragen dat mensen zo lang mogelijk in hun sociale omgeving kunnen blijven.

De huidige belangstelling voor thuiszorg lijkt vooral toe te schrijven aan het tekort aan mogelijkheden van de eerste lijn om te blijven voldoen aan de toenemende vraag naar deze vorm van zorg. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Zo is in de praktijk vaak sprake van een gebrek aan afstemming en samenhang tussen de verschillende hulpverleners en hulpverleningsinstanties als het gaat om thuiszorg. Dit manco doet zich ook gevoelen tussen de eerste- en tweedelijnszorg. Verder blijkt het aanbod van thuiszorg vaak onvoldoende aan te sluiten bij de behoefte van de cliënt. Ook is er gebrek aan mankracht, waardoor met name de intensieve thuiszorg slechts in een beperkt aantal gevallen mogelijk is.

Om de thuiszorg in kwalitatief en kwantitatief opzicht te verbeteren, wil de overheid maatschappelijke organisaties stimuleren rond de thuiszorg een zorgcircuit op te zetten. Kenmerken van dergelijke zorgcircuits zijn:

- deelnemers aan het zorgcircuit zijn binnen een gemeenschappelijk werkgebied aanspreekbaar op een samenhangend zorgaanbod in de thuissituatie. Dit zorgaanbod omvat dienstverlening, verzorging, verpleging en/of behandeling en is afgestemd op de behoeften van het cliëntsysteem (zorg op maat);
- binnen het zorgcircuit bestaan duidelijke afspraken over ieders aandeel in de zorg en de onderlinge samenwerking;
- er wordt zo veel mogelijk gewerkt met een geïntegreerde intake. Indicatiestellingen voor de verschillende zorgfuncties zijn op elkaar afgestemd;
- het zorgcircuit kent een coördinatiepunt dat 7x24 uur bereikbaar is. Het kan er voor zorgen dat binnen 24 uur thuiszorg kan worden gerealiseerd;
- binnen het thuiszorgcircuit zijn ook met intramurale voorzieningen afspraken gemaakt over taakverdeling, consultatie, ondersteuning, en continuïteit van zorg.

De organisatorische vormgeving van het zorgcircuit is in de optiek van de overheid een zaak van de maatschappelijke organisaties.

2. PROGRAMMA ZORGVERNIEUWINGSPROJECTEN THUISZORG

Om instellingen en beroepsgroepen te stimuleren tot een beter thuiszorgaanbod, heeft het ministerie van WVC het programma 'Zorgvernieuwingsprojecten Thuiszorg' opgezet.

Primair hierin staat het verhogen van de effectiviteit en efficiëntie van de bestaande zorgsystemen. En wel door de samenwerking binnen het zorgverleningsproces te vergroten. Daarnaast behoeft de thuiszorg uitbreiding van middelen. In de regel gaat het ministerie er echter van uit dat de exploitatiegevolgen van een verbreding en verbetering van de thuiszorg door instellingen en verzekeraars onderling wordt geregeld. Dit conform de nota 'Verandering Verzekerd' van het ministerie van WVC.

In het kader van het programma zal het ministerie een beperkt aantal initiatieven ondersteunen door het financieren van de project(bege)leidingskosten gedurende maximaal drie jaar.

werkconferenties

Om ontwikkelingen in de thuiszorg te stimuleren wordt elk jaar een conferentie georganiseerd. Op deze conferentie kunnen ervaringen en informatie worden uitgewisseld over de voortgang van de projecten. Hiervan kunnen de projecten profiteren bij de verdere ontwikkeling van de zorgvernieuwing in hun gebied en kunnen ook anderen gebruik maken van de opgedane ervaringen.

De organisatie van deze conferenties is in handen van het NIVEL.

evaluatie

Naast deze jaarlijkse uitwisseling van ervaringen, zullen de deelnemende projecten worden geëvalueerd. In het evaluatieonderzoek zal worden nagegaan in welke mate en onder welke voorwaarden een verbetering en verbreding van de thuiszorg mogelijk is.

De evaluatie van de zorgvernieuwingsprojecten is in handen van de Rijksuniversiteit Limburg. Ervan uitgaande dat de zorgvernieuwingsprojecten maximaal drie jaar duren, zal de eindrapportage (zowel per project als voor alle projecten samen) in 1993 beschikbaar komen.

3. DE THUISZORGPROJECTEN

In het vervolg van deze brochure worden de tien thuiszorgprojecten beschreven die deelnemen aan het programma 'Zorgvernieuwingsprojecten Thuiszorg' van het ministerie van WVC.

* **THUISZORG HAARLEM/ZUID-KENNERLAND**

In Zuid-Kennemerland zijn twee thuiszorgprojecten ontwikkeld, namelijk het project 'Beter thuis, integrale wijk- en thuiszorg Haarlem' en het project 'Intensieve thuiszorg Zuid-Kennemerland'. Het ligt in de bedoeling deze projecten geleidelijk te integreren.

Thuiszorgproject Haarlem

Het project 'Beter thuis, integrale wijk- en thuiszorg Haarlem', is een initiatief van de Haarlemse organisaties voor kruiswerk, gezinsverzorging, algemeen maatschappelijk werk en gecoördineerd ouder werk. In februari 1989 ondertekenden de besturen, verenigd in het Haarlems Eerstelijns Beraad, een overeenkomst om binnen vier jaar een integrale thuiszorg te realiseren. Om dit te bereiken zullen binnen de organisaties de noodzakelijke werkinhoudelijke en of organisatorische veranderingen doorgevoerd worden.

Uitgangspunt in het Haarlemse project is de ondeelbare hulpvraag van cliënten. 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 (huishoudelijke, sociale, psychische, verpleegkundige, verzorgende, enz.) te voorzien.

doelstelling

Dit uitgangspunt vraagt om een herstructurering van de thuiszorg. Beoogd wordt de thuiszorg via één deur toegankelijk te maken.

Achter die deur moet de zorg zo geregeld zijn, dat de cliënt verzekerd is van een compleet hulpaanbod zonder zoek- of vergaarwerk van zijn kant.

Een op deze manier georganiseerde wijk- en thuishulp maakt gestructureerd cliëntenoverleg (met huisartsen en anderen) in de toekomst mogelijk.

opzet

In het Haarlemse project 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.

Het project is uitgewerkt in een 30-tal deelprojecten. Er wordt niet uitgegaan van een vooropgezet structuurmodel. Beoogd wordt om veranderingen eerst in de 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.

resultaten

Verwacht wordt dat de bovengeschetste opzet winst oplevert in termen van mogelijkheden, kwaliteit en cliëntvriendelijkheid. Gedacht wordt aan:

- volumevergroting (meer hulp met dezelfde middelen);
- meer effectieve personeelsinzet (inzet naar maat, tijdswinst door standaardafspraken)
- kwaliteitsverbetering (uitvoering door de meest geschikte werker);
- winst in doelmatigheid (hulp op maat, per cliënt gecoördineerde zorg);
- betere vindbaarheid (integraal aanbod via één adres);

- winst in cliëntvriendelijkheid (één indicatiebezoek, kortere wachttijden, geen verschillende hulpverleners tegelijk aanwezig).

Als effect van de integrale wijk- en thuiszorg wordt substitutie van zorg verwacht en een verandering van verwijspatronen.

Project Intensieve thuiszorg Zuid-Kennemerland

De regio Zuid-Kennemerland kenmerkt zich door een sterk vergrijsde populatie. In vergelijking met de rest van Nederland heeft deze regio een hoge zorgconsumptie waarbij niet te min een schrijnende schaarste wordt ervaren, met name op het terrein van de ouderenzorg. Vastleggen van de grenzen van de thuiszorg, organisatorisch en financieel, is tegen deze achtergrond een must.

Momenteel staat Zuid-Kennemerland voor de opdracht om een aantal ontwikkelingen in de regio uit te laten monden in een gezamenlijk model voor algemene thuiszorg. Om dit te realiseren is in de regio Zuid-Kennemerland het project Intensieve Thuiszorg opgezet. Deelnemers aan dit project zijn de twee kruisorganisaties, de instellingen voor gezinszorg, de Plaatselijke Huisartsen Vereniging en het algemeen maatschappelijk werk.

doelstellingen

De doelstellingen van het project zijn:

- het toetsen van een experimenteel model voor het (in samenwerking) verlenen van aanvullende thuiszorg, eerst aan terminale patiënten en later aan meer categorieën van patiënten;
- het ontwikkelen van protocollen voor de zorgverlening aan de betreffende categorieën patiënten;
- het laten uitmonden van de verschillende ontwikkelingen in de regio in een gezamenlijk model voor thuiszorg.

opzet

Ten behoeve van het project zullen de deelnemende instanties en beroepsgroepen de Stichting Aanvullende Thuiszorg oprichten. De voorgestelde procedure is dat alle aanvragen voor aanvullende thuiszorg worden ingediend bij het Bureau Aanvullende Thuiszorg dat wordt bemand door een projectmanager: een vaste, daarvoor vrijgestelde huisarts uit de regio. Hij doet de intake en roept de betrokken hulpverleners bijeen. Deze stellen de indicatie. Begeleid door de projectmanager stellen ze vervolgens een hulpplan op en wordt een zorgcoördinator aangewezen. Bij het hulpplan wordt een begroting opgesteld. De boven beschreven werkwijze zal om te beginnen worden toegepast op terminale patiënten. Geleidelijk aan wordt het uitgebreid naar andere doelgroepen. Met het ziekenfonds Spaarneland zijn afspraken gemaakt over experimentele financiering van de uitvoerende kosten van aanvullende zorg.

Ten behoeve van een gegarandeerde convergentie van de ontwikkelingen in de regio zullen de besturen van de projecten 'Beter Thuis' (Haarlem) en 'Aanvullende Thuiszorg' (Midden-Kennemerland) nadere afspraken maken.

* **ZORGVERNIEUWINGSPROJECT AMSTERDAM:**
Ontwikkeling en implementatie van protocollen

Het zorgvernieuwingsproject Amsterdam, kortweg het protocollenproject genoemd, is ontstaan op initiatief van de Vereniging Ondersteuning Huisartsen. Deze vereniging constateerde dat de ziekenhuizen en de specialisten erg weinig gebruik maakten van de mogelijkheden voor intensieve thuiszorg, waardoor patiënten vervroegd zouden kunnen worden ontslagen. Dit geringe gebruik bleek verband te houden met:

- * een gebrek aan kennis bij de specialisten over de mogelijkheden en beperkingen van intensieve thuiszorg;
- * een gebrek aan vertrouwen van de tweede lijn in de mogelijkheden van de eerste lijn om relatief zwaar zorgbehoeftige patiënten adequaat op te vangen.

In het stedelijk overleg tussen huisartsen en specialisten is afgesproken protocollair te gaan samenwerken. Dit initiatief werd verbreed tot alle hiervoor relevante organisaties in de eerste- en tweedelijnszorg, samengebondeld in het 'Zorgvernieuwingsproject Amsterdam'. In het project werken de volgende organisaties en beroepsgroepen samen: huisartsen, kruiswerk, gezinszorg, ziekenhuiszorg, verpleeghuiszorg, specialisten en het Ziekenfonds Amsterdam en omstreken.

Het project duurt drie jaar en wordt begeleid door het Innovatie Project Amsterdam.

doelstellingen

Het project kent de volgende doelstellingen:

- * ontwikkelen en implementeren van multidisciplinaire, echelonoverschrijdende protocollen, gericht op de overdracht van een aantal specifieke categorieën patiënten alsmede op de thuiszorg ervan;
- * verkrijgen van inzicht in de benodigde interventies om het protocollair werken te verankeren.

opzet en werkwijze

Het protocollenproject is een cyclisch project. Begonnen wordt met de ontwikkeling van drie protocollen. In de eerste cyclus zal het waarschijnlijk gaan om AIDS-patiënten, zwangere vrouwen met complicaties (groeiachterstand) en patiënten met complexe botbreuken.

De ontwikkeling van deze protocollen gebeurt in multidisciplinaire werkgroepen. De conceptprotocollen worden op hun praktische haalbaarheid getoetst bij de patiëntenpopulaties van de werkgroepleden. Op grond van de opgedane ervaringen worden ze vervolgens bijgesteld. De opzet is om het protocollair werken daarna systematisch in te voeren onder de patiëntenpopulaties van één of twee ziekenhuizen. Ook hier vinden aanpassingen plaats op basis van de opgedane ervaring. Tenslotte worden gerichte interventies ondernomen om het protocollair werken voor de betreffende categorie patiënten ook voor de patiëntenpopulaties van de andere ziekenhuizen in te voeren.

Op grond van de ervaringen met de ontwikkeling en invoering van de eerste cyclus protocollen, wordt gestart met een tweede cyclus voor andere patiëntencategorieën. In het totaal zijn drie cycli van ontwikkeling en invoering gepland.

resultaten

Verwacht wordt dat het protocollenproject de volgende resultaten oplevert:

- aanmerkelijke reductie van het aantal opnamedagen voor de betreffende categorieën patiënten;
- verbetering van de communicatie tussen eerste- en tweedelijns werkers en binnen de eerste lijn;
- verhoging van de kwaliteit van de intensieve thuiszorg;
- verbeterd inzicht in de implementatie van zorgvernieuwingen.

* **EXPERIMENTEEL PROJECT ZORGCOORDINATIE EERSTE EN TWEEDE LIJN, ENSCHEDE**

Het ontbreken van een integrale organisatie van thuiszorg alsmede het ontbreken van een loketfunctie in het ziekenhuis, wordt in Enschede in toenemende mate als een ernstige handicap ervaren in de verhouding tussen het ziekenhuis en de thuissituatie van een patiënt.

Om dit manco op te heffen is in Enschede het project 'Zorgcoördinatie 1e-2e lijn' opgezet. In dit project participeren alle relevante disciplines uit de eerste en tweede lijn. Verantwoordelijk voor het project is de Commissie Zorgcoördinatie, bestaande uit vertegenwoordigers van de medisch specialisten, de huisartsen, het kruiswerk, de gezinsverzorging en het Regionaal Ziekenfonds Twente.

doelstellingen

Doelstellingen van het project zijn:

- * het ontwikkelen van een zorgcoördinerende functie om medische, verpleegkundige en gezinsverzorgende hulpvragen in de eerste lijn integraal te behandelen;
- * het opzetten van een informatiepunt in het ziekenhuis, waar informatie uit de eerste en tweede lijn effectief en doeltreffend aan de betrokken echelons kan worden doorgegeven, waardoor ook de kwaliteit van de zorg verbetert.

opzet project

Om de coördinatie van de thuiszorg tussen eerste- en tweedelij n te waarborgen, functioneren in het Enschedese ziekenhuis een medisch coördinator (huisarts) en een zorgcoördinator. Deze functionarissen zullen zich gaan bezighouden met:

- het leggen van verbindinglijnen tussen het ziekenhuis en de thuissituatie van een patiënt, waardoor het opname- en ontslagbeleid verbeterd wordt;
- het (multidisciplinair) bespreken van nieuwe ontwikkelingen en het afstemmen van de zorgverlening hierop;
- deskundigheidsbevordering wat betreft de zorgafstemming tussen eerste- en tweede lijn;
- het creëren van een aanspreekpunt voor hulpverleners in de eerste en tweede lijn.

* **PROJECT 'INTEGRAAL REGIONAAL' WESTELIJKE MIJNSTREEK**

Aanleiding voor de opzet van het project 'Integraal Regionaal' was een vraag van Maaslandziekenhuis Sittard/Geleen, om CVA-patiënten die niet verder behandeld (kunnen) worden uit het ziekenhuis geplaatst te krijgen. De behoefte aan een oplossing voor deze 'verkeerde-plaats-problematiek', maar ook de behoefte aan meer thuiszorg leidde vervolgens tot de projectdeelname van de volgende instellingen/beroepsgroepen: Stichting Ziekenzorg Westelijke Mijnstreek (ziekenhuis- en verpleeghuiszorg) en alle in de regio aanwezige eerstelijnsdisciplines.

doelstelling

Doel van het project is om een model te ontwikkelen waarmee CVA-patiënten op de juiste plaats de benodigde zorg krijgen. Het model moet bovendien op andere patiëntencategorieën kunnen worden toegepast.

resultaten

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, verpleging en verzorging van thans klinisch verblijvende patiënten in een niet-klinische setting.

Het project wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van het Algemeen Samenwerkingsverband Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening Westelijke Mijnstreek (ASV-VM). De begeleiding is in handen van het ambtelijk bureau van het ASV.

* **PROJECT 'INTENSIEVE THUISZORG / SAMENWERKING ZIEKENHUIS-EERSTE LIJN ZOETERMEER'**

Het Zoetermeerse project bestaat uit twee onderscheiden deelprojecten, namelijk het project 'Coördinatiepunt Thuiszorg' en het project 'Samenwerking Ziekenhuis-Eerstelijns'. Deelnemers aan het project zijn het Zoetermeerse ziekenhuis, de medische staf ervan, de plaatselijke kruisvereniging, de plaatselijke huisartsenvereniging, de gezinszorg, het algemeen maatschappelijk werk en de Zoetermeerse gezondheidscentra. Als adviseur-waarnemer treden op de ziektekostenverzekeraars, de gemeentelijke en de provinciale overheden en onderzoeksinstituten.

deelproject 'coördinatiepunt thuiszorg'

Dit deelproject richt zich op intensieve vormen van thuiszorg, die een antwoord vormen op meervoudige gecompliceerde zorgvragen. Met name de vraag naar de organisatie en coördinatie van deze zorg komt daarbij meer en meer centraal te staan.

doelstelling

Doelstelling van dit project is het bevorderen van een efficiënte planning en coördinatie van langdurige en kortdurende intensieve thuiszorg, teneinde de kwaliteit van de zorg in de thuissituatie te verhogen.

Het project richt zich daarbij in eerste instantie op de zorgcategorieën:

- ouderenzorg (zowel psycho-geriatriesch, als verpleeg- en verzorgingsafhankelijkheid);
- terminale thuiszorg;
- gehandicaptenzorg.

protocollen

Voor deze zorgcategorieën zullen verschillende protocollen worden ontwikkeld en ingevoerd, waarin het gehele zorgproces wordt beschreven. Protocollen op dit terrein dragen het karakter van afspraken over procedures en samenwerkingsvormen. Deze beschrijven hoe een multidisciplinair zorgplan tot stand komt en wordt uitgevoerd.

zorgcoördinatie

Voor de zeer intensieve thuiszorg is op stedelijk niveau een zorgcoördinator aangesteld. Zijn taken zijn het afstemmen van het aanbod van verschillende hulpverleners, het tot stand brengen van een gemeenschappelijk zorgplan, en het bewaken van de naleving hiervan. Hiertoe worden rondom individuele patiënten overleggen georganiseerd met de bij de cliënt (potentieel) betrokken hulpverleners. De zorgcoördinator thuiszorg dient hiertoe indicatiebevoegdheden te krijgen die zijn afgeleid van een stedelijke indicatiecommissie waarin vertegenwoordigers van de Zoetermeerse zorginstellingen en de plaatselijke huisartsenvereniging zitting hebben.

deelproject 'samenwerking ziekenhuis-eerstelijns'

Het Zoetermeerse Lage Land Ziekenhuis is geopend in april 1988 en heeft een beperkte klinische capaciteit. Het functiepakket komt overeen met een basisziekenhuis. Nauwe samenwerking tussen ziekenhuis en eerstelijns is noodzakelijk om verantwoorde medische en verpleegkundige zorg aan de Zoetermeerse bevolking te leveren en wachtlijsten te voorkomen.

Speerpunt van dit project vormt het deelproject 'dagverpleging'. Dit project is eind 1988 gestart met subsidie van de provincie. Actieve betrokkenheid van de eerste lijn in de voorfase vóór dagverpleging (indicatiestelling door de huisarts) en in het natraject (nazorg door huisartsen, wijkverpleging en gezinszorg) maakt het mogelijk patiënten met klinische indicaties in de dagverpleging te helpen. Deze zogenaamde grensverleggende indicaties bevinden zich op de gebieden van: heelkunde, gynaecologie, KNO, oogheelkunde, neurologie, en interne geneeskunde. Door middel van diverse protocollen wordt de zorg verleend.

Inmiddels zijn protocollen op het terrein van de heelkunde ontwikkeld, en in de praktijk ingevoerd. Het betreft 27 indicaties, verdeeld in vier groepen (varices, herniae, anuschirurgie en diverse ingrepen). Met de ziektekostenverzekeraars zijn afspraken gemaakt over het overhevelen van financiële middelen van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Onderzoek naar de kwaliteit van de protocollaire werkwijze en naar de gevolgen voor kostenontwikkeling op micro-niveau en op regionaal niveau wordt verricht door het Nationaal Ziekenhuisinstituut.

* **PROJECT THUISZORG ZIEKENHUIS TJONGERSCHANS HEEREN-
VEEN**

Sinds 1 maart 1989 is in het ziekenhuis 'de Tjongerschans' in Heerenveen een projectleider thuiszorg werkzaam. Deze kreeg de opdracht te onderzoeken welke mogelijkheden het ziekenhuis heeft voor thuiszorg.

Aanleiding voor dit onderzoek waren overwegingen als:

- * oudere patiënten verblijven langer dan medisch noodzakelijk in het ziekenhuis;
- * in Heerenveen en omstreken is sprake van een meer dan gemiddelde vergrijzing;
- * het ziekenhuis wil ook buiten de muren nadrukkelijker een functie vervullen;
- * het overheidsbeleid is gericht op substitutie van zorg en op thuiszorg.

opzet project

Het onderzoek resulteerde in een notitie waarin wordt voorgesteld om binnen het ziekenhuis een coördinatiepunt voor thuiszorg in te stellen. Daarnaast zou vanuit een samenwerkingsverband van huisartsen, specialisten en ziekenhuis een 'buitendienst' opgezet moeten worden, van waaruit (intensieve) thuiszorg verleend kan worden onder verantwoordelijkheid van huisarts en specialist. Bovendien dienen voor patiënten waarvoor de thuisplaatsing nog niet is gerealiseerd, vormen van kortdurende zorg ontwikkeld te worden (in samenwerking met verpleeg- en verzorgingshuizen).

Om te komen tot een samenhangende zorg voor Heerenveen en omstreken zullen het Heerenveense ziekenhuis, samen met specialisten, huisartsen, kruiswerk, gezinszorg en verpleeghuis een stichting oprichten. Doel daarvan is zorg te bieden op maat. Dat wil zeggen zorg die het best aansluit bij de behoefte van de patiënt, op de plaats waar deze het best kan worden geboden en uitgaande van de wensen en mogelijkheden van de patiënt. Als primaire doelgroep is voorlopig gekozen voor patiënten met een indicatie voor opname in het ziekenhuis.

Het project start in de eerste helft van 1990 en duurt tot 1 januari 1993.

* **PROJECT THUISZORG ZUIDOOST AMSTERDAM**

Amsterdam Zuidoost is een zorgregio met circa 85.000 inwoners en een zeer eigen bevolkingskarakteristiek (veel etnische groepen, alleenstaande ouders, uitkeringsgerechtigden, een hoog percentage jeugdigen en alsmede een hoog percentage bejaarden ouder dan 80 jaar). De gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening worden gekenmerkt door een lange, levendige traditie van samenwerking, overleg en vernieuwing. Als zodanig bieden de voorzieningen een goede uitgangspositie voor een veel verder gaande samenwerking op het gebied van de thuiszorg. Aansluitend op de behoefte naar een meer vraaggericht, integraal en gezamenlijk (thuis)zorgaanbod, is in september 1989 de Vereniging Zorgintegratie Zuidoost opgericht. Deze vereniging herbergt vrijwel alle aanbieders van zorg in de regio zuidoost.

doelstelling

De Vereniging Zorgintegratie Zuidoost (ZiZo) stelt zich ten doel om gezamenlijk 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 verder gaande integratie met en tussen de echelons en de instellingen. Hierdoor krijgt de patiënt garanties voor kwaliteit, continuïteit en coördinatie van aangeboden zorg.

opzet

Om tot een verbeterd en verbreed aanbod van thuiszorg te komen is gekozen voor een doelgroepenstrategie.

In de komende drie jaar krijgt het project vorm en inhoud op de niveaus van uitvoering, voorwaarden en beleidsstrategie voor doelgroepen op het terrein van de intensieve thuiszorg, de (thuis)zorg voor psychogeriatrische patiënten en de zogenoemde wijkziekenboegen. De programma's moeten worden opgevat als regionale prioriteiten. Alle instellingen en beroepsorganisaties spelen in een of meer programma's een rol. De programma's sluiten aan op de bestaande samenwerkingspraktijken en samenwerkingsstructuren. Gaandeweg zullen vernieuwingen en verbeteringen worden nagestreefd.

De nagestreefde arrangementen voor thuiszorg hebben betrekking op die hulpvragen, die door hun karakter vragen om een complex en samenhangend hulpaanbod. In het algemeen zijn dat hulpvragen die een gedifferentieerde diagnose en een op maat gesneden 'zorg-mix' vereisen. Het aanbod van thuiszorg doorloopt daarbij een zogenoemde 'zorgcirkel'. De zorgcirkel 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.

In het project zal de zorgcirkel ontwikkeld worden tot een model dat voldoet aan criteria voor kwaliteit en doelmatigheid. Verder moet het een kader bieden voor een regionaal, integraal zorgcircuit, dat soepel aansluit op stedelijke en landelijke systemen van financiering, wet- en regelgeving.

Het project is gepland voor een periode van drie jaar.

resultaten

Het ontwikkelen van de zorgcirkel en de daarbij horende organisatiestructuur moet resulteren in de volgende instrumenten voor thuiszorg:

- * procedures en protocollen. Het gaat hierbij om het ontwikkelen van draai-boeken, waarin de procedurele afspraken tussen de instellingen en werk-soorten zijn vastgelegd wat betreft ieders aandeel in de zorg en de onderlinge samenwerking.
- * geïntegreerde intake, indicatiestelling en zorgplan.
- * casemanagement. Het betreft hier twee onderscheiden functies, die beide ontwikkeld moeten worden. Het gaat daarbij om de coördinatie rondom het bed en het zogenoemde casemanagement (het per patiënt vaststellen van de problemen en het zorgplan, alsmede de toetsing, bijstelling en evaluatie van de gegeven zorg).
- * registratie/logboeken. Integrale programma's vragen om nieuwe vormen van registratie die aan vooraf bepaalde eisen moeten voldoen.
- * deskundigheidsbevordering en consultatie.
- * budgetbewaking.

* **PROJECT KEMPENZORG**

Aanleiding voor de opzet van het project 'Kempenzorg' is de behoefte bij beroepsgroepen en instellingen in eerste en tweede lijn, om een zorgketen op te zetten voor de regio De Kempen. De noodzaak werd onderkend om de bestaande en nog te ontwikkelen projecten, gericht op substitutie van zorg, onder te brengen in een organisatorische samenhang. Om dit te realiseren hebben de deelnemers aan het project een samenwerkingsovereenkomst gesloten. Deze overeenkomst wordt op korte termijn omgezet in een vereniging.

doelstelling

Doel van het project is om op basis van de opgedane ervaringen te komen tot concrete substitutie van klinische naar niet-klinische zorg-, hulp- en dienstverlening. Daarbij wordt uitgegaan van een efficiënte benutting van beschikbare middelen, capaciteiten en menskracht in een 'naadloos' zorgcircuit.

opzet

Het project doorloopt de volgende drie fasen:

fase 1:

- * ontwikkelen van de organisatorische opzet, uitgaande van bestaande projecten en ideeën;
- * onderzoek naar patiënten/cliëntencategorieën waarvoor klinische opname, behandeling en zorg vervangen kan worden door de meest geschikte behandeling en zorg naar tijd en plaats (thuisituatie);
- * onderzoek naar de opzet van een samenhangend indicatie-, toewijzings- en urgentiesysteem;
- * starten van de projectuitvoering.

fase 2:

- * opdoen van ervaring in het praktisch functioneren van een thuiszorgorganisatie met daarbij horende coördinatiepunten en thuiszorgteams, en met het samenhangend indicatie-, toewijzings-, en urgentiesysteem;
- * bijstellen van de organisatorische opzet;
- * ontwikkelen van een logistiek project;
- * uitvoeren van het logistiek project.

fase 3:

- * implementeren van de thuiszorgorganisatie in het regionale reguliere zorgaanbod;
- * toepassen van regelgeving en financiering.

* PROJECT THUISZORG/NAZORG ST. LAURENTIUS ZIEKENHUIS
ROERMOND

Aanzet tot het project 'Thuiszorg/nazorg' leverde de inmiddels opgeheven Stichting Algemeen Samenwerkingsverband Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening Midden-Limburg (SGMD). Op voorstel van het ministerie van WVC deed deze stichting onderzoek naar de behoefte aan thuiszorg in de regio Midden-Limburg. Na intrekking van de rijkssubsidie Algemene Samenwerkingsverbanden ex WVG na 1989 werd de stichting weliswaar geliquideerd, maar bleef de behoefte bestaan aan een verdere vormgeving van de thuiszorg. Het Sint-Laurentius Ziekenhuis nam hierna het initiatief over. Op basis van de door de SGMD verzamelde gegevens, aangevuld met een nadere analyse van probleemsituaties in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis, werd vervolgens gekozen voor een thuiszorgproject ten behoeve van de chronische patiënt.

Het project wordt gedragen door vertegenwoordigers van de betrokken instellingen en beroepsgroepen in de eerste en tweede lijn, patiëntenorganisaties en (op ad hoc basis) financiers. Het project is onderverdeeld in een algemeen project en (voorlopig) twee deelprojecten: CARA en reuma.

doelstelling

Doelstelling van het project is het vormgeven van een gesloten circuit thuiszorg/nazorg voor 'de' chronische patiëntenpopulatie, woonachtig in het verzorgingsgebied van het St. Laurentius Ziekenhuis (en eventueel daarbuiten).

opzet

In het project Thuiszorg/nazorg wordt geleidelijk toegewerkt naar een algemeen model voor thuiszorg en nazorg voor met name chronische patiënten. Daarbij wordt uitgegaan van een groeimodel met als sleutelbegrippen: kleinschaligheid, schaalvergroting en generalisatie. Basiselementen van het model vormen de ervaringen die worden opgedaan in de diverse deelprojecten. Binnen elk deelproject wordt een belangrijke rol toegekend aan de ontwikkeling van een (algemeen) behandel- en nazorgplan (protocol). Een essentiële vraag hierbij is hoe inductie plaats kan vinden van de resultaten per deelproject naar het algemeen project wat betreft aspecten als: afstemming van taken tussen eerste- en tweedelij, indicatiestelling, coördinatie van zorg, vormgeving coördinatiepunt thuiszorg/nazorg etc.

* PROJECT THUISZORG BRUNSSUM

In Brunssum is in 1988 een samenwerkingsexperiment gestart tussen de eerste en de tweede lijn met subsidie van het ministerie van WVC, de provincie en de gemeente.

Kern van dit experiment is het opzetten van een samenwerkingsverband tussen het eerste en tweede echelon voor bepaalde categorieën patiënten (liesbreuk, stoma, open been, diabetes mellitus II, dementie), en voor het vervoegd ontslaan van patiënten die medisch-specialistisch zijn 'uitbehandeld'.

Daarnaast wordt een project intensieve thuiszorg opgezet. Dit thuiszorgproject in Brunssum wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de stichting Sarezo (Stichting samenwerkingsverband van eerste en tweede lijn voor regionale gezondheidszorg). Daarin participeren de volgende instellingen en beroepsgroepen: het regionaal ziekenhuis alsmede de medische staf ervan, de regionale Groene Kruisvereniging, de Stichting voor Gezinszorg, de Plaatselijke Huisartsen Vereniging en het regionaal ziekenfonds.

stand van zaken

Wat de protocol-projecten betreft is met de deelprojecten 'liesbreuk' en 'stoma' enige ervaring opgedaan. Evaluatieonderzoek moet duidelijk maken in hoeverre de doelstellingen: 'voorkomen van opname' (liesbreuk) en 'continuïteit in verpleegzorg tussen eerste en tweede lijn' (stoma) gehaald zijn. De overige protocol-projecten verkeren nog in een voorbereidend stadium of staan op het punt te beginnen.

intensieve thuiszorg

Het project 'intensieve thuiszorg' richt zich op ziekenhuisvervangende zorg, die de inzet van meerdere disciplines vraagt om een verblijf buiten het ziekenhuis mogelijk te maken. Hierbij gaat het vooral om vervoegd ontslag en in sommige gevallen om het voorkomen van opname. Ook patiënten die op een wachtlijst voor ziekenhuisopname of verpleeghuisopname staan kunnen voor dit project in aanmerking komen.

In dit project wordt niet uitgegaan van gedefinieerde diagnosegroepen. Door- gaans betreft het terminale patiënten die ADL-behoefstig zijn.

Het project is gestart op 1 januari 1989.

* **PROJECT REGIONALE ONTWIKKELING VAN DE (THUIS)ZORG,
MIDDEN-KENNEMERLAND**

In de regio Midden-Kennemerland zijn tal van projecten gestart of in ontwikkeling met betrekking tot de (thuis)zorg. Het betreft ondermeer een integratieproject kruiswerk-gezinsverzorging, enkele projecten aanvullende thuiszorg en diverse samenwerkingsprojecten.

In deze regio kennen de eerstelijns-instellingen een gestructureerd overleg: het Eerstelijns Beleidsoverleg Midden-Kennemerland. Een dergelijk overleg bestaat niet tussen de eerste en de tweede lijn. Wel wordt er samengewerkt, maar veelal op ad hoc basis. De samenwerking betreft veelal geïsoleerde, concrete projecten die een 'beperkte' samenwerking vereisen.

Gezien de veelheid van initiatieven op het gebied van de thuiszorg, het gebrek aan een overzicht en de behoefte aan een regionale visie op dit onderwerp, heeft het Eerstelijns Beleidsoverleg Midden-Kennemerland het initiatief genomen tot het project 'Regionale ontwikkeling van de (thuis)zorg'. Deelnemers aan het project zijn de regionale ziekenhuizen en verpleeghuizen, de huisartsenorganisatie en instellingen voor gezinszorg en het algemeen maatschappelijk werk.

doelstelling

Beoogd wordt om bestaande projecten en nieuwe initiatieven onder één regie te brengen. Hiertoe zouden eerste- en tweedelijns samen een 'Masterplan Midden-Kennemerland' dienen te formuleren en uit te voeren voor de thuiszorg in relatie tot de intramurale zorg.

opzet

Om bovenstaande doelstelling te realiseren wordt een stuurgroep voor de regionale ontwikkeling van de (thuis)zorg opgericht. Deze stuurgroep ontwerpt een 'Masterplan' en een plan tot uitvoering, stelt deze vervolgens vast en draagt zorg voor de uitvoering van de elementen van het plan onder een gezamenlijke regie.

De stuurgroep wordt begeleid door een projectfunctionaris en ondersteund door een secretariaat.

4. EVALUATIE

Het evaluatie-onderzoek, dat wordt uitgevoerd door de Vakgroep Beleids-wetenschap van de Rijksuniversiteit Limburg, richt zich op de volgende vragen:

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

Daarnaast richt het onderzoek zich op het verkrijgen van meer inzicht in de wenselijkheid en toepasbaarheid van een drietal coördinatiemechanismen, te weten zorgcircuits, coördinatiepunten en zorgprotocollen.

onderzoeksbenadering

a Gedurende de looptijd van het programma (1990 - 1992) wordt over alle projecten een aantal basisgegevens verzameld. Door vergelijking van de projecten op deze basisgegevens kan in globale termen antwoord worden gegeven op de drie onderzoeksvragen.

b Op grond van de resultaten van a worden tijdens de loop van het programma (1991 - 1992) enkele projecten of projectactiviteiten geselecteerd die meer integraal en diepgaand geëvalueerd worden. De aandacht gaat hierbij uit naar die projecten of projectactiviteiten die ten aanzien van één of meer onderzoeksvraagstellingen relevante aanvullende informatie kunnen verschaffen en/of die een landelijke voorbeeldfunctie kunnen vervullen.

Gegevensverzameling heeft op projectniveau plaats. Analyse van de gegevens heeft voornamelijk op hoger aggregatieniveau plaats. Bij de beantwoording van de onderzoeksvragen ligt de nadruk op projectoverstijgende informatie. Deze wordt verkregen door vergelijking van de projecten.

bronnen voor dataverzameling

- * Gestandaardiseerde lijsten voor het in kaart brengen van de feitelijke projectactiviteiten (tweemaandelijks)
- * Individuele en groepsinterviews met projectcoördinatoren en relevante anderen (hulpverleners/organisaties), gericht op de achtergronden van de feitelijke projectactiviteiten
- * Projectdocumentatie, databestanden en literatuur

onderzoeksvariabelen

Empirisch aantoonbare veranderingen in de organisatie van de thuiszorg worden beschreven en geanalyseerd in termen van taakverdeling en coördinatie. Deze worden gerelateerd aan doel en doelgroepen. Andere factoren die aandacht krijgen zijn functie, duur, complexiteit, intensiteit, betrokken zorgverleners en specialisatie.

De factoren die veranderingen in de organisatie van de thuiszorg bevorderen of belemmeren worden onderscheiden in regelgeving, financiering, professionele factoren en sociale factoren.

Ten aanzien van de effecten wordt onderscheid gemaakt tussen effecten voor aanbieders van zorg, patiënten en hun omgeving en financiers. De nadruk ligt

op een kwalitatieve beschrijving van de effecten zoals deze door hulpverleners
gepercipieerd worden.

Contactadressen:

- * Programma zorgvernieuwingsprojecten thuiszorg
Mr. S.M. Bless, coördinator thuiszorgprojecten WVC
p/a Postbus 10005
1301 AA Almere
tel. 03240-30036

Ministerie van WVC
Directie Algemene Gezondheidszorg
drs. F. Visser, secretaris werkgroep zorgvernieuwing thuiszorg
Postbus 5406
2280 HK RIJSWIJK
tel. 070-407911
- * 'Beter thuis', integrale thuiszorg Haarlem/Zuid-Kennemerland
ROGK, Kennemerland t.a.v. mw. S. Gijzel
Bloemendaalseweg 163, 2061 CJ Bloemendaal
023-273534
- * Zorgvernieuwingsproject Amsterdam
p/a V.O.H. Amsterdam t.av. drs. C.H.M. Krug
J.J. Viottastraat 35, 1071 PJ Amsterdam
020-714971
- * Project 'integraal regionaal' Westelijke Mijnstreek
ASV Westelijke Mijnstreek t.a.v. dhr. drs. E. Hermans
Heinseweg 25-A, 6131 BR Sittard
04490-17219
- * Intensieve thuiszorg/samenwerking ziekenhuis/eerste lijn Zoetermeer
p/a S.G.Z. t.a.v. dhr. H.A. van der Hoeven
Kaagkade 5, 2725 AA Zoetermeer
079-424449
- * Thuiszorg Zuidoost Amsterdam
p/a Stg. Geïntegreerde Zorg Zuidoostlob Amsterdam t.a.v. mw.
drs. M. van der Mast
Kempering 78, 1104 KG Amsterdam
020-904313
- * Kempenzorg
p/a Regionale Raad Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen
t.a.v. dhr. J.E.M. Beckers
Willaertplein 13, 5654 LN Eindhoven
040-551105

- * Thuiszorg/nazorg Sint Laurentius ziekenhuis Roermond
p/a Sint Laurentius Ziekenhuis t.a.v. mw. drs. I.M.J.G. Eykelberg
Postbus 920, 6040 AX Roermond
04750-82501
- * Thuiszorg Brunssum
SAREZO t.a.v. dhr. T. van Keulen
Kochstraat 2, 6442 BE Brunssum
045-279569
- * Regionale ontwikkeling van de (thuis)zorg Midden-Kennemerland
ROGK, Kennemerland t.a.v. mw. S. Gijzel
Bloemendaalseweg 163, 2061 CJ Bloemendaal.
023-273534
- * Evaluatie 'Programma Zorgvernieuwing Thuiszorg'
Onderzoeksgroep Zorgvernieuwing
t.a.v. mw. dr. I. Mur of mw. dr. I. Thijssen
Vakgroep Beleidswetenschap Rijksuniversiteit Limburg
Postbus 616
6200 MD Maastricht
tel. 043-887447

