

**INTEGRATIE KRUISWERK EN GEZINSVERZORGING:
meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten**

A. de Bruin
E.C. Ruiters
A. Kerkstra

 **NIVEL**
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg
drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

november 1996

NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 2319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Bruin, A. de

Integratie kruiswerk en gezinsverzorging: meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten / A. de Bruin, E.C. Ruiten, A. Kerkstra - Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), 1996

Met lit.opg.

ISBN 90-6905-303-9

Trefw.: kruiswerk, gezinsverzorging, integratie.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5	
LEESWIJZER	7	
1	ALGEMENE INLEIDING	11
1.1	Achtergronden van het onderzoek	11
1.2	Vraagstelling en opbouw van het rapport	12
2	ORGANISATIE VAN HET PRIMAIRE PROCES	14
2.1	Inleiding	14
2.2	Methode	19
2.2.1	Steekproef	20
2.2.2	Meetinstrument	21
2.3	Resultaten	22
2.3.1	Aanmelding	23
2.3.2	Intake en indicatiestelling	25
2.3.3	Het zorgaanbod	35
2.3.4	Coördinatie van zorg	46
2.4	Samenvatting	55
3	HET PRIMAIRE PROCES GEËVALUEERD DOOR HULPVERLENERS EN CLIËNTEN	60
3.1	Inleiding	60
3.2	Methode	60
3.2.1	Onafhankelijke variabelen	61
3.2.2	Afhankelijke variabelen	62
3.2.3	Interveniërende variabelen	62
3.3	Procedure	63
3.3.1	Werkwijze verzending vragenlijsten hulpverleners	63
3.3.2	Werkwijze telefonische enquête cliënten	64
3.4	Steekproef	64
3.4.1	Steekproefomvang hulpverleners	65
3.4.2	Steekproefomvang cliënten	65
3.4.3	Respons hulpverleners	66
3.4.4	Respons cliënten	66
3.5	Methode van analyse	67
3.6	Resultaten achtergrondvariabelen	68
3.6.1	Vergelijkbaarheid van instellingen en hulpverleners	68
3.6.2	Vergelijkbaarheid van instellingen en cliënten	69
3.7	Resultaten aanmelding, intake en indicatiestelling	70
3.7.1	Meningen en ervaringen van hulpverleners	70
3.7.2	Meningen en ervaringen van cliënten	78
3.7.3	Samenvatting	87

3.8	Resultaten zorgaanbod	89
3.8.1	Meningen en ervaringen van hulpverleners	89
3.8.2	Meningen en ervaringen van cliënten	113
3.8.3	Samenvatting	118
3.9	Zorgcoördinatie en samenwerking	122
3.9.1	Meningen en ervaringen van hulpverleners	122
3.9.2	Meningen en ervaringen van cliënten	128
3.9.3	Samenvatting	131
4	SAMENVATTING EN CONCLUSIES	133
4.1	Aanmelding en intake	135
4.2	Zorgaanbod	137
4.3	Zorgcoördinatie	142
4.4	Integratiewinst?	143
5	AANBEVELINGEN	145
	LITERATUUR	147

VOORWOORD

In de Miljoenennota 1989 werd een heroverweging aangekondigd met betrekking tot de organisatiestructuur van gezinsverzorging en kruiswerk door middel van een doelmatigheidsonderzoek. De naar aanleiding hiervan ingestelde interdepartementale heroverwegingswerkgroep heeft in februari 1990 over haar werkzaamheden verslag gedaan in het rapport 'Van Samenwerken naar Samengaan: Gezinsverzorging en Kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de Thuiszorg'.

De belangrijkste conclusie van het heroverwegingsrapport was dat de beoogde doelmatigheidsverbetering het best kan worden gerealiseerd door integratie van kruiswerk en gezinsverzorging. Op grond hiervan heeft het toenmalige ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur in 1992/1993 in dertien regio's integratie-projecten gesubsidieerd. Deze projecten hadden een innovatief karakter waarmee ze tot voorbeeld zouden kunnen dienen voor integratieprocessen elders in het land en waarbij een verbetering van de hulp aan de cliënt een belangrijk richtsnoer was.

Op verzoek van het ministerie van WVC zijn de genoemde innovatieve integratieprojecten in 1992/1993 geëvalueerd. Deze evaluatie werd in twee delen uitgevoerd: een breedte- en een diepte-evaluatie. De breedte-evaluatie is uitgevoerd door het bedrijfskundig adviesbureau Hoeksma, Homans & Menting en richtte zich op de organisatorische aspecten van het integratieproces. Tevens werd nagegegaan in hoeverre de geraamde financiële integratiewinst zou worden gerealiseerd. Het NIVEL verrichtte de diepte-evaluatie waarin drie aspecten van het primaire zorgverleningsproces centraal stonden: de geïntegreerde intake, het geïntegreerde zorgaanbod en de zorgcoördinatie.

In beide onderzoeken werden weinig effecten gevonden wat betreft een verbetering van de doelmatigheid van de betrokken thuiszorgorganisaties ten gevolge van de integratie. De conclusie was dat het tijdstip van evalueren nog te vroeg was en dat integratieprocessen langer nodig hebben wil men (positieve) effecten kunnen waarnemen.

Om deze reden worden in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beide onderzoeken in 1995/1996 herhaald. De diepte-evaluatie is wederom door het NIVEL uitgevoerd, de breedte-evaluatie is ditmaal verricht door het Nzi (Instituut voor onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg). Door beide onderzoeksinstellingen wordt afzonderlijk gerapporteerd. Voorliggende rapportage heeft betrekking op het onderzoek van het NIVEL.

De begeleidingscommissie die ter ondersteuning van het onderzoek is samengesteld, bestond uit:

De heer C.P. Schouwstra, arts (voorzitter)

De heer R. van der Loos, namens het ministerie van VWS

De heer P. Oudhof, Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars

De heer J. Rambags, Stichting Thuiszorg Noord Limburg

De heer R. A. Willemsen, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg

Wij danken de leden van de commissie voor de constructieve bijdrage aan dit rapport.

Eveneens worden de contactpersonen en de geïnterviewde intakers en teamcoördinatoren van de bij het onderzoek betrokken instellingen bedankt voor hun inzet. Tenslotte gaat onze dank natuurlijk uit naar de hulpverleners en cliënten die de tijd en moeite hebben genomen aan dit onderzoek mee te werken.

Utrecht, oktober 1996.

LEESWIJZER

De opdracht zoals deze door het ministerie van VWS aan het NIVEL is gegeven en het daaruit voortvloeiende onderzoek heeft geleid tot een rapport van nogal grote omvang. Voor de lezer die niet alle onderdelen wenst te bestuderen, is deze leeswijzer opgenomen. Tevens wordt hier aangegeven in hoeverre deze rapportage naast het onderzoeksrapport van het Nzi gelegd kan worden en op welke punten de lezer rekening moet houden met verschillen in opzet en definiëring van begrippen.

Tijdens het onderzoek van het NIVEL zijn op diverse wijzen gegevens verzameld. In het eerste deel, de kwalitatieve diepte-evaluatie, is gebruik gemaakt van evaluatierapporten en jaarverslagen die bij de onderzochte organisaties beschikbaar waren. Tevens zijn teamcoördinatoren en intakers geïnterviewd. De resultaten hiervan zijn beschreven in het *tweede hoofdstuk* van het rapport. De drie onderdelen van het primaire proces (intake, zorgaanbod en zorgcoördinatie) worden apart beschreven en zijn als zodanig ook zelfstandig leesbaar. De opbouw die steeds wordt gehanteerd komt overeen met de vraagstellingen van het onderzoek. Eerst wordt beschreven op welke wijze dit onderdeel van het primaire proces in de betrokken regio's in 1996 vorm heeft gekregen. Daarna wordt ingegaan op de veranderingen die er ten opzichte van drie jaar geleden zijn opgetreden en welke factoren hier een belemmerende en/of bevorderende invloed hebben uitgeoefend. In het *paragraaf 2.1* wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste externe ontwikkelingen die mogelijk zo'n positieve of negatieve invloed (hebben) kunnen uitoefenen.

In het tweede deel van het onderzoek is gebruik gemaakt van mondelinge en schriftelijke enquêtes onder cliënten en hulpverleners. Deze hebben vooral cijfermatige gegevens opgeleverd. In *hoofdstuk drie* worden de resultaten van deze kwantitatieve diepte-evaluatie weergegeven. Ook hier worden de drie onderdelen van het primaire proces apart behandeld. Per onderdeel worden eerst de meningen en ervaringen van de hulpverleners weergegeven en daarna die van cliënten. Tevens wordt nagegaan in hoeverre deze in de afgelopen drie jaar zijn veranderd.

Het rapport wordt afgesloten met *hoofdstuk vier* waarin de belangrijkste resultaten kort worden samengevat en waarin wordt nagegaan in hoeverre de doelstellingen van de integratie, verbetering van efficiëntie en kwaliteit van de zorgverlening, zijn bereikt. Tevens wordt ingegaan op het, positieve of negatieve, effect dat externe ontwikkelingen hebben uitgeoefend op de vormgeving en doelmatigheid van de diverse onderdelen van het primaire proces. Met andere woorden: in hoeverre is een eventuele efficiëntie- en kwaliteitswinst toe te schrijven aan de integratie en in hoeverre aan de invloed van andere ontwikkelingen. De lezer met weinig tijd kan door het lezen van dit hoofdstuk toch een goede indruk krijgen van het evaluatie-onderzoek 'Integratie Kruiswerk en Gezinsverzorging'.

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de regio's die in 1993 en in 1996 betrokken zijn bij de evaluatie gericht op organisatorische en financiële aspecten van de integratie (breedte-evaluatie door het Nzi), bij de beschrijving van de zorginhoudelijke kant (kwalitatieve diepte-evaluatie door het NIVEL) en bij de evaluatie van de zorginhoudelijke kant (kwantitatieve diepte-evaluatie door het NIVEL).

Tabel 1 Overzicht van de in 1993 en 1996 bij het onderzoek betrokken regio's

Regio	organisatorische breedte-evaluatie		kwalitatieve diepte-evaluatie		kwantitatieve diepte-evaluatie	
	1993	1996	1993	1996	1993	1996
Drenthe	x	x	x	x	-	-
Den Haag	x	-	x	-	x	-
Groningen Stad	x	x	x	x	x	x
Nw Waterweg-Noord	x	x	x	x	x	-
Centraal Twente	x	x	x	x	x	x
Zuid-West Friesland	x	x	x	x	x	-
Rotterdam	x	x	x	x	x	x
Noord-West Veluwe	x	x	x	x	x	x
IJmond	x	x	x	x	x	x
Oost Groningen*	x	x	x	x	-	x
Midden Limburg	x	x	x	x	-	x
Midden Brabant	x	x	-	x	-	x
Zoetermeer	x	x	-	x	-	x
Katwijk*	-	-	x	-	-	--
Zuid Gelderland*	-	x	-	-	-	-
Noord-Oost Utrecht*	-	x	-	-	-	-
's Hertogenbosch*	-	x	-	-	-	-
Amsterdam*	-	x	-	-	-	-

* niet-gefuseerde instellingen

In 1996 heeft regio Den Haag zich teruggetrokken uit alle onderzoeken. Drenthe, Nieuwe Waterweg-Noord en Zuid-West Friesland konden om diverse redenen geen medewerking meer verlenen aan het hulpverleners- en cliëntonderzoek van het NIVEL. In 1993 zijn Midden Brabant en Zoetermeer pas later bij het onderzoek betrokken waardoor ze alleen zijn opgenomen in de breedte-evaluatie. In Drenthe bleek het experiment destijds dermate lang geleden dat er geen enquête meer over gehouden kon worden, in Oost Groningen en Midden Limburg was nog geen sprake van experimenten zodat ook deze regio's niet betrokken zijn bij de kwantitatieve diepte-evaluatie. Tenslotte zijn er in 1996 vijf regio's toegevoegd aan het onderzoek naar de uitgangspunten, de opzet en het verloop van fusie- en integratieprocessen en het effect op efficiëntie en kwaliteit. Dit heeft te maken met de opzet van dit door het Nzi uitgevoerde onderzoek. Hierin worden gefuseerde instellingen vergeleken met niet-gefuseerde instellingen waardoor kan worden nagegaan of bepaalde kwaliteits- of efficiëntieverbeteringen ook door samenwerking bereikt kunnen worden zonder dat de instellingen van kruiswerk en gezinsverzorging zijn gefuseerd. Omdat twaalf van de oorspronkelijke dertien regio's zijn gefuseerd was het noodzakelijk een aantal niet-gefuseerde regio's bij het onderzoek te betrekken. In de diepte-evaluatie ligt daarentegen de nadruk op het (geïntegreerde) primaire proces. Voor deze evaluatie volstond het om binnen de oorspronkelijke dertien regio's een vergelijking te maken tussen de regio's waar geïntegreerd en de regio's waar niet-geïntegreerd wordt gewerkt. Dit betekent dat de onderzoeksresultaten van de breedte- en van de diepte-evaluatie niet zonder meer naast elkaar gelegd kunnen worden omdat in de eerste voornamelijk wordt gekeken naar het effect van een *fusie* tussen kruiswerk en gezinsverzorging terwijl in het onderzoek van het NIVEL het effect van *integratie op de werkvloer* wordt nagegaan.

Een ander verschil tussen de rapportages van het Nzi en het NIVEL is dat in het eerste rapport in verband met de privacy-gevoelige informatie geen instellingen bij naam

genoemd worden. In het rapport van het NIVEL worden de instellingen daarentegen wel bij name genoemd. Het gaat hier om minder privacy-gevoelige informatie en op deze manier is het voor thuiszorgorganisaties mogelijk bij elkaar ten rade te gaan en van elkaar te leren wat betreft het reorganiseren en integreren van het zorgverleningsproces.

1 ALGEMENE INLEIDING

1.1 Achtergronden van het onderzoek

In de Miljoenennota 1989 werd een heroverweging aangekondigd met betrekking tot de organisatiestructuur van gezinsverzorging en kruiswerk door middel van een doelmatigheidsonderzoek. De naar aanleiding hiervan ingestelde interdepartementale heroverwegingswerkgroep heeft in februari 1990 over haar werkzaamheden verslag gedaan in het rapport 'Van Samenwerken naar Samengaan: Gezinsverzorging en Kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg'. De belangrijkste conclusie uit dit rapport was dat de beoogde doelmatigheidsverbetering (efficiëntieverbetering en verbetering van de hulpverlening) het best kan worden gerealiseerd door integratie van kruiswerk en gezinsverzorging.

Door de regering werd bovengenoemde nota in grote lijnen onderschreven en de koepelorganisaties voor kruiswerk en gezinsverzorging waren reeds gefuseerd tot de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. Het regeringsstandpunt was namelijk dat een organisatorische integratie van kruiswerk en gezinsverzorging en de daaruit voortvloeiende verschuiving van indirecte kosten (overhead) naar directe kosten (cliëntenzorg) en de substitutie binnen het uitvoerend werk in deze zorgsector zal leiden tot een grotere doelmatigheid in de thuiszorg.

Daarnaast was een van de aanbevelingen van de bovengenoemde heroverwegingswerkgroep, dat er sprake moest zijn van actieve stimulering van de rijksoverheid. In dit kader heeft het toenmalige ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur enige toegespitste ondersteuning geboden om het proces van integratie te bevorderen. Er zijn een dertiental integratie-projecten gesubsidieerd, die een innovatief karakter hadden waarmee ze tot voorbeeld voor integratieprocessen elders in het land zouden kunnen dienen en waarbij verbetering van de hulp aan de cliënt een belangrijk richtsnoer was.

In het algemeen is namelijk integratie van kruiswerk en gezinsverzorging een complexe operatie, waarbij zowel positieve als negatieve effecten op kunnen treden. Effecten kunnen betrekking hebben op de organisatie als zodanig, op de taakuitoefening binnen de organisatie (op het niveau van het management, de leidinggevenden en de uitvoerenden) en op de ervaringen en waardering van de cliënten. Mogelijke positieve effecten zijn een verschuiving van indirecte naar directe kosten, besparingen door substitutie binnen de directe kosten, een doorzichtiger organisatiestructuur en een efficiëntere hulpverlening. Mogelijkerwijze worden ook de werkzaamheden van verplegenden, verzorgenden en helpenden in een aantal opzichten als aantrekkelijker ervaren. Aan de andere kant is het mogelijk dat de samenvoeging leidt tot meer bureaucratische structuren en daarmee tot juist minder arbeidssatisfactie bij de hulpverleners en minder tevredenheid bij cliënten.

Om de stand van zaken rond de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging in beeld te kunnen brengen is in de periode 1992/1993 een eerste evaluatie uitgevoerd bij de dertien integratieprojecten.

Deze evaluatie werd in twee delen uitgevoerd: een breedte-evaluatie en een diepte-evaluatie. De breedte-evaluatie werd verricht door het bedrijfskundig adviesbureau

Hoeksma, Homans & Menting en had als doel inzicht te geven in de uitgangspunten, opzet en verloop van het integratieproces in organisatorisch opzicht in de dertien regio's en na te gaan in hoeverre de financiële integratiewinst zal worden gerealiseerd (Homans & Glaser, 1993). De diepte-evaluatie werd uitgevoerd door het NIVEL en richtte zich op een drietal aspecten van het primaire zorgproces binnen de experimenten: de indicatiestelling, het zorgaanbod en de zorgcoördinatie. Deze aspecten werden geëvalueerd aan de hand van de meningen en ervaringen van hulpverleners in de thuiszorg (wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden en helpenden) en hun cliënten (Verheij, Caris-Verhallen & Kerkstra, 1993).

De algemene conclusie die op grond van beide deelonderzoeken werd getrokken was dat er nog weinig positieve effecten van de integratie konden worden vastgesteld hetgeen veroorzaakt werd doordat 1992/1993 een te vroeg tijdstip was om al definitieve uitspraken te doen over de effecten van het integratieproces tussen kruiswerk en gezinsverzorging. Aanbevolen werd om de evaluatie over een aantal jaren te herhalen, waarbij het onderzoek in 1992/1993 dan als nulmeting kan dienen.

Medio 1995 kan de conclusie worden getrokken dat de door het kabinet gewenste organisatorische integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging voor een groot deel (namelijk in circa 70% van de werkgebieden) tot stand lijkt te zijn gekomen. Daarnaast is aan de Tweede Kamer voor het eind van 1996 een evaluatie van het integratieproces in de thuiszorg toegezegd. Deze evaluatie wordt evenals die in 1992/1993 gerelateerd aan de doelstellingen van de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging (Ministerie van WVC, 1990a):

1. Efficiëntieverbetering: Kostenbesparing wordt verwacht van verschuivingen van indirecte kosten (overhead) naar directe kosten (patiëntenzorg) en van substitutie binnen de directe kosten (verschuiving van taken van wijkverpleegkundigen naar wijkziekenverzorgenden en van wijkziekenverzorgenden naar gezinsverzorgenden).
2. Verbetering van de hulpverlening c.q. de kwaliteit van zorg.

1.2 Vraagstellingen en opbouw van het rapport

Uit de achtergronden van het onderzoek kunnen een aantal vraagstellingen worden afgeleid. Met behulp van deze vraagstellingen worden de twee doelstellingen van de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging geëvalueerd. Evenals bij het onderzoek in 1992/1993 wordt een onderscheid gemaakt tussen een 'breedte-evaluatie' en een 'diepte-evaluatie'.

De breedte-evaluatie heeft *met name* betrekking op de eerste doelstelling van de integratie (de efficiëntieverbetering), op algemene kwaliteitsverbetering en op het verloop van het integratieproces in organisatorisch opzicht en de belemmerende en bevorderende factoren daarbij. Deze breedte-evaluatie is door het Nzi uitgevoerd (Zemmelink, Eijk, van Lammeren & Können, 1996).

De diepte-evaluatie werd evenals in 1992/1993 uitgevoerd door het NIVEL en heeft *met name* betrekking op de verbetering van de hulpverlening in kwalitatief opzicht, waarbij opnieuw drie aspecten van het primaire proces centraal staan: (1) de intake/indicatiestelling; (2) het zorgaanbod; en (3) de coördinatie van zorg. De diepte-evaluatie zal plaatsvinden aan de hand van de volgende vraagstellingen:

1. Op welke wijze heeft in de dertien experimentele regio's de (geïntegreerde) intake

- procedure, het (geïntegreerde) zorgaanbod en de coördinatie van zorg in 1995/1996 gestalte gekregen?
2. Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren bij het realiseren van een geïntegreerde intake, een geïntegreerd zorgaanbod en een goede coördinatie van zorg?
 3. Welke veranderingen zijn er ten opzichte van 1992/1993 in de wijze waarop de (geïntegreerde) intake, het (geïntegreerde) zorgaanbod en de zorgcoördinatie gestalte hebben gekregen? Indien er veranderingen zijn, wat zijn de redenen voor deze veranderingen?
 4. Hoe wordt de geïntegreerde intake/indicatiestelling, losgekoppeld van de zorgverlening ervaren door hulpverleners en cliënten? Welke veranderingen zijn er ten opzichte van 1992/1993?
 5. Hoe wordt het zorgverlenen vanuit geïntegreerde teams ervaren door hulpverleners en cliënten? Welke veranderingen zijn er ten opzichte van 1992/1993?
 6. Hoe wordt de zorgcoördinatie ervaren door hulpverleners en cliënten? Welke veranderingen zijn er ten opzichte van 1992/1993?

Vraagstelling 1, 4, 5 en 6 komen, met uitzondering van het gedeelte wat betreft veranderingen, overeen met de vraagstellingen in het onderzoek van 1992/1993.

De diepte-evaluatie is opgesplitst in twee deelonderzoeken: een kwalitatief en een kwantitatief deelonderzoek. In het tweede hoofdstuk van dit rapport wordt het kwalitatieve deelonderzoek beschreven met behulp waarvan een antwoord is gezocht op de eerste drie vraagstellingen. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 het kwantitatieve deelonderzoek beschreven. Hiervoor zijn meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten verzameld ten behoeve van het beantwoorden van vraagstelling 4 tot en met 6. In hoofdstuk 4 wordt een korte samenvatting gegeven en wordt geconcludeerd in hoeverre de doelstellingen van de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging zijn gerealiseerd en welke factoren hierbij een bevorderende en/of belemmerende invloed hebben uitgeoefend. Het rapport wordt tenslotte afgesloten met een aantal aanbevelingen die zijn gebaseerd op de uitkomsten van zowel de diepte- als de breedte-evaluatie.

2 ORGANISATIE VAN HET PRIMAIRE PROCES

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt in kaart gebracht op welke wijze in de 13 experimentele regio's de intake procedure, het zorgaanbod en de coördinatie van zorg gestalte heeft gekregen; wat daarbij de belemmerende en bevorderende factoren zijn geweest; welke veranderingen sinds 1992/1993 hebben plaatsgevonden en wat daarvoor de redenen zijn (vraagstelling 1 tot en met 3).

Allereerst een korte omschrijving van genoemde drie aspecten van het primaire proces. De *intake* is de fase in het hulpverleningsproces waarin de cliënt op grond van zijn hulpvraag in het zorgsysteem wordt opgenomen. Een intake kan onderverdeeld worden in verschillende fasen:

- de aanmelding
- verheldering van de hulpvraag
- vaststelling van de diagnose
- doelformulering
- bepaling van de benodigde hulp (indicatiestelling)

Bij het *zorgaanbod* staat de manier waarop gestalte wordt gegeven aan de daadwerkelijke uitvoering van de hulp centraal. Aandachtspunten hierbij zijn:

- kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling van de teams
- samenwerking en overleg tussen de verschillende hulpverleners
- taakafbakening, taakafstemming en substitutie

Het derde onderdeel van het primaire proces waar aandacht aan wordt besteed, is de *coördinatie van zorg*. In de zorgverlening zijn verschillende niveaus van coördinatie te onderscheiden: coördinatie op teamniveau en coördinatie op het niveau van de directe zorg. Met coördinatie op teamniveau wordt bedoeld de manier waarop leiding wordt gegeven aan de teams. Onder coördinatie van de directe zorg vallen alle activiteiten die plaatsvinden ten behoeve van de afstemming van de zorg voor de individuele cliënt.

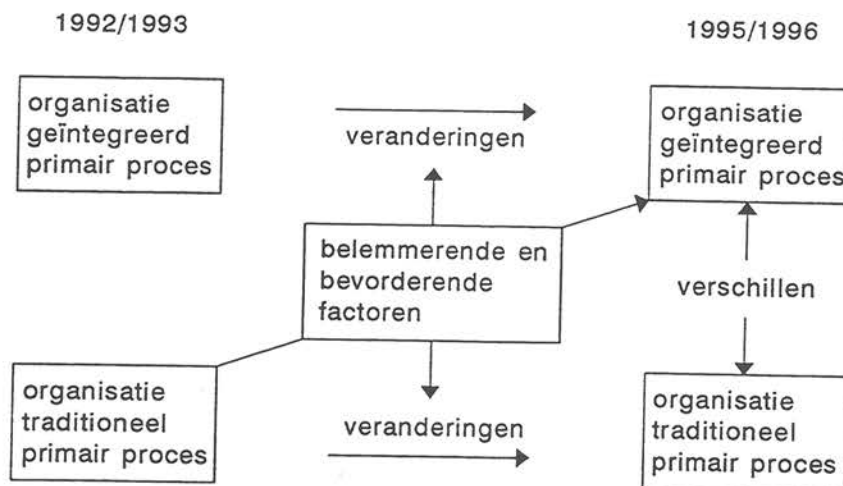
Om drie redenen is ervoor gekozen het onderzoek weer te verrichten bij de 13 regio's die ook in het onderzoek van 1992/1993 waren betrokken:

1. van deze regio's is bekend dat ze reeds in 1992 in meer of mindere mate bezig waren met het integratieproces. Dit betekent dat het argument dat de (tweede) evaluatie eigenlijk te vroeg plaatsvindt, geen doorkruisende factor kan zijn bij de interpretatie van de resultaten van dit onderzoek.
2. Door deze regio's opnieuw in het onderzoek te betrekken, wordt een vergelijking met de situatie in 1992/1993 mogelijk.
3. De regio's zijn goed gespreid over Nederland en omvatten ongeveer 25% van het totaal aantal bewoners van Nederland.

In een aantal van deze regio's had men in 1992/1993 wel integratie-plannen maar was geen sprake van een experiment met geïntegreerde intake, geïntegreerde teams of zorgcoördinatie. Ook in 1995/1996 bleek in deze regio's het primaire proces nog traditioneel georganiseerd te zijn (voor een overzicht van de regio's zie schema op pagina 12). Voor het beantwoorden van de vraagstellingen gerelateerd aan de doelstel-

lingen van de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging, is het van belang na te gaan in hoeverre verschillen zichtbaar zijn tussen geïntegreerde en niet-geïntegreerde instellingen met betrekking tot de wijze waarop het primaire proces in de afgelopen jaren gestalte heeft gekregen. Tevens is het belangrijk na te gaan welke factoren hier een bevorderende en/of belemmerende invloed hebben uitgeoefend. Binnen de gezondheidszorg zijn de afgelopen drie jaar veel ontwikkelingen geweest en ook nu nog steeds gaande. Van een aantal van deze ontwikkelingen valt te verwachten dat ze invloed hebben uitgeoefend op het functioneren van thuiszorgorganisaties. Sommige hebben wellicht een belemmerende of bevorderende invloed gehad op de integratie van het primaire proces, andere hebben mogelijk een direct effect op de manier waarop thuiszorgorganisaties het primaire proces vorm hebben gegeven zodat de invloed van deze factoren ook zichtbaar is bij organisaties die niet geïntegreerd werken. Om hier inzicht in te krijgen, is een vergelijking gemaakt tussen de ontwikkeling van het primaire proces en de beïnvloedende externe factoren in de regio's die traditioneel werken en de regio's die geïntegreerd werken. Het hieruit voortvloeiende onderzoeksmodel staat schematisch weergegeven in schema 2.1.

Schema 2.1 Onderzoeksmodel



Hierna volgt een kort overzicht van de ontwikkelingen waarvan verwacht kan worden dat ze een positieve en/of negatieve invloed hebben uitgeoefend op de manier waarop de intake, het zorgaanbod en de coördinatie van zorg vorm hebben gekregen bij de in het onderzoek betrokken al dan niet geïntegreerde organisaties. Dit overzicht is gebaseerd op algemene literatuur, jaarverslagen van de bij het onderzoek betrokken instellingen en jaarverslagen van de Landelijke Vereniging Thuiszorg. De ontwikkelingen zijn onderverdeeld in vier categorieën: (1) ontwikkelingen die te maken hebben met marktwerking en concurrentie; (2) ontwikkelingen die invloed hebben op (de verhouding tussen) vraag en aanbod; (3) ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit van de zorgverlening; en (4) ontwikkelingen rond belangrijke randvoorwaarden van de integratie. Deze categorieën overlappen elkaar enigszins omdat een aantal ontwikkelingen die binnen verschillende categorieën vallen onderling met elkaar samenhangt.

Marktwerking en concurrentie

In 1992 verzocht de staatssecretaris van WVC om advies van het Centraal Orgaan

Tarieven Gezondheidszorg inzake de flexibilisering in de toepassing van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (LVT, 1992). Aanleiding was de toenemende behoefte aan een meer vrije prijsvorming en marktwerking in de zorgsector. Voor de thuiszorg betekende dit een verschuiving van input-financiering naar output-financiering. Voorheen kreeg elke instelling een bepaald jaarbudget, dit zou worden vervangen door financiering op basis van de geproduceerde zorgverlening. Bij deze output-financiering komen middelen ter beschikking op grond van de contracten die de thuiszorgorganisaties afsluiten met zorgverzekeraars. In deze contracten staat omschreven welke zorg men levert en hoeveel, wat de prijs daarvan is en de kwaliteit. In 1994 werd een begin gemaakt met deze nieuwe vorm van financiering, vooralsnog zonder consequenties voor de beschikbare middelen voor de thuiszorgorganisaties omdat in eerste instantie het budget nog voor 100% werd gegarandeerd (LVT, 1994). Om de vrije marktwerking verder te bevorderen is per 1 januari 1996, het vaste jaarbudget van het kruiswerk gekort met 5 procent. Het is de bedoeling dat op den duur een nog groter deel van het budget beschikbaar komt voor marktwerking, zodat de thuiszorgorganisaties voor wat betreft dit deel van het budget moeten gaan concurreren met andere zorgaanbieders. Voor 1997 is echter de beoogde budgetkorting van 6 procent bevroren. Voor het vaste deel van het budget, worden de eerder genoemde productie-afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars kunnen voor het overige deel (thans 5 procent) zelf bepalen met welke zorgaanbieders ze contracten afsluiten waardoor ook andere organisaties dan de reguliere thuiszorgorganisaties zich op de markt kunnen begeven om het produkt verpleging en verzorging aan te bieden. Deze particuliere thuiszorgorganisaties bieden vaak slechts een deel van het pakket verpleging en verzorging aan en houden zich niet aan de CAO-thuiszorg, waardoor ze vaak goedkoper kunnen werken dan reguliere instellingen. Door de reguliere thuiszorg wordt dit als oneerlijke concurrentie ervaren. Daarom is het ministerie van mening dat iedere aanbieder een integraal pakket van thuiszorg dient te leveren, moet voldoen aan de wettelijk vastgelegde kwaliteitseisen en zich moet houden aan algemeen geldende arbeidsvoorwaarden (Ministerie van VWS, 15 april 1996).

Ook de cliënten van de thuiszorg krijgen indirect meer invloed op de financiering van de thuiszorgorganisaties. Het afsluiten van een ziektekostenverzekering is niet langer plaats of regio gebonden maar de cliënt kan zich verzekeren bij die zorgverzekeraar die in zijn ogen het beste en goedkoopste pakket aanbiedt. Om nog verder tegemoet te komen aan de steeds mondiger wordende cliënt die meer keuzevrijheid wil en om de marktwerking nog verder te stimuleren, heeft de overheid naar aanleiding van een advies van de Ziekenfondsraad in 1995 besloten tot het invoeren van het Persoons Gebonden Budget (VWS, maart 1995; Ziekenfondsraad, maart 1995). Cliënten die op thuiszorg zijn aangewezen en aan bepaalde voorwaarden voldoen (o.a. langer dan drie maanden hulp nodig hebben), kunnen kiezen of zij de benodigde zorg in natura van reguliere thuiszorgorganisaties willen ontvangen of dat ze zelf de benodigde zorg inkopen en organiseren. Als men kiest voor het laatste krijgt men een bepaald budget toegekend.

De reguliere thuiszorgorganisaties hebben zich door deze ontwikkelingen in de afgelopen jaren meer en meer gericht op de doelmatigheid van de zorgverlening en zijn kritischer gaan kijken naar (de verhouding tussen) kostprijs en kwaliteit. In anticipatie op de vrije marktwerking heeft men zich op verschillende manieren voorbereid:

1. de thuiszorgorganisaties gingen strategische allianties met elkaar aan om sterker te staan in de onderhandelingen met verzekeraars over protocollen en prijzen. Dit mede doordat ook aan de kant van verzekeraars de schaalvergroting zich steeds

- verder heeft voortgezet waardoor hun machtspositie is toegenomen (LVT, 1992).
2. Bijna overal is men druk bezig met het omschrijven van produkten en het vaststellen van kostprijzen. Velen maken hierbij gebruik van het in 1992 door de Landelijke Vereniging Thuiszorg ontwikkelde kostprijsmodel (Neuteboom, 1993; LVT, 1992).
 3. In diverse instellingen zijn produktregistratietrajecten in gang gezet om het management te voorzien van goede, snelle en betrouwbare informatie over geleverde produkten, kostprijzen e.d. waardoor men beter kan inspelen op de vrije marktwerking en de concurrentie. In het kader hiervan is de LVT in 1992 gestart met de ontwikkeling van het Thuiszorg Referentie Informatie Model om zo instellingen een referentie model te kunnen aanbieden waarmee ze het informatiebeleid op lokaal niveau gestalte kunnen geven (Jansen, van der Palen & Leistra, 1993; LVT, 1994). Dit model kwam in 1994 zowel in schriftelijke als geautomatiseerde vorm gereed.

Verhouding tussen vraag en aanbod

Welke en hoeveel produkten een thuiszorgorganisatie aan de cliënt kan bieden, wordt door een aantal factoren beïnvloed. Het aanbod wordt ten dele bepaald door de financiële middelen waarover de organisaties beschikken. Naast de verandering in financieringsvorm, zoals in het voorgaande beschreven, zijn de jaarbudgetten de afgelopen jaren gekort. De integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging had ten doel de doelmatigheid van de thuiszorg te verhogen om zo beter toegerust te zijn op de toekomstige taakverzwaring ten gevolge van substitutie van intra- naar extra-murale zorg en demografische ontwikkelingen. In het Heroverwegingsrapport werd een kostenbesparing van 250 miljoen verwacht door verschuivingen van indirecte kosten (overhead) naar directe kosten (cliëntenzorg) en door een verschuiving van taken van hogere naar lagere functie-niveaus (Ministerie van WVC, 1990a). In het regeringsstandpunt ten opzichte van het heroverwegingsonderzoek werd de verwachte besparing teruggebracht naar 150 miljoen (Ministerie van WVC, 1990b). In anticipatie op deze kostenbesparing werden in 1992, 1993 en 1994 de budgetten gekort met in totaal 100 miljoen. Daarbij kwam een lastenverzwaring van 7 miljoen van de in 1992 ingevoerde Bonus/Malus-regeling in de WAO, van 23 miljoen voor de overloopkosten van de CAO accoorden in 1992/1993 en van 15 miljoen in 1994 ten gevolge van een vermindering van het ziekteverzuim (LVT, 1993). Daarnaast kreeg men in 1994 te maken met een wijziging in de Ziektewet: eigen risico voor de werkgever gedurende de eerste 2 of 6 weken van ziekte van een werknemer (LVT, 1994). In 1996 wordt dit eigen risico verlengd tot één jaar. Bij een aantal thuiszorgorganisaties werd het budget verder, in positieve of negatieve zin, beïnvloed door de Vereveningsoperatie van de Gezinsverzorging: hiermee werd de situatie rond organisaties die in de afgelopen jaren een te hoog of te laag budget hadden gekregen, in 1992 en de daarop volgende jaren rechtgetrokken (LVT, 1992).

Tegenover deze kortingen en lastenverzwaring staat dat de overheid de thuiszorg in 1994 een volumegroei toekende van 60 miljoen (LVT, 1993). In 1995 werd bovendien een bedrag van 30 miljoen uitgetrokken voor het verbeteren van de concurrentiepositie (en het imago) van de gezinsverzorging en 20 miljoen voor het uitbreiden van de werkgelegenheid in de thuiszorg (LVT, 1994). Daarnaast ontving de thuiszorg in 1995 40 miljoen voor experimentele projecten en wordt in 1996 85 miljoen beschikbaar gesteld voor het Persoons Gebonden Budget.

Naast de financiële middelen van de organisatie wordt het aanbod ook beïnvloed door werkgelegenheid, arbeidsmarkt en het ziekteverzuim. In 1992 bleek dat 25% van de kruisorganisaties en 30% van de instellingen voor gezinsverzorging problemen hadden

met het werven van voldoende personeel. Deze problemen deden zich met name voor in (middel)grote steden bij uitvoerende functies (LVT, 1992). Een jaar later bleken de wervingsproblemen aanzienlijk afgenomen dan wel opgelost door een vermindering van het personeelsverloop. Ook het ziekteverzuim liep in 1991/1992 voor het eerst sinds jaren terug (LVT, 1992). Deze tendens zette zich in de volgende jaren voort. Door de daling van het personeelsverloop en van het ziekteverzuim is de vraag naar personeel in de zorgsector de afgelopen jaren sterk afgenomen waardoor organisaties over het totaal bezien weinig problemen meer hebben met het werven van voldoende personeel. De vraag naar producten van de thuiszorg is de laatste jaren toegenomen. Aan de ene kant wordt dit veroorzaakt door demografische factoren zoals een toename van het aantal geboortes en van het aantal cliënten met een chronische aandoening en door de vergrijzing van de bevolking (Ministerie van VWS, maart 1995). De laatste twee factoren hangen deels maar niet volledig met elkaar samen. Aan de andere kant is het overheidsbeleid gericht op het stimuleren van substitutie van intra- naar extra- murale zorg (LVT, 1992).

Wanneer de vraag het aanbod gaat overstijgen, kunnen thuiszorgorganisaties een aantal maatregelen nemen zoals het toepassen van de "kaasschaafmethode" (iedere cliënt krijgt wat minder), het instellen van wachtlijsten of het instellen van een cliëntenstop. Een andere methode die steeds meer gehanteerd wordt is het gebruik maken van flexibele arbeidscontracten waardoor de organisaties efficiënter kunnen inspelen op een vaak wisselende vraag.

Kwaliteit van de zorgverlening

Mede doordat de cliënt steeds mondiger wordt en meer keuzevrijheid heeft gekregen in de afgelopen jaren, verwacht de cliënt steeds meer (inspraak in de) kwaliteit van de zorgverlening. Ook de zorgverzekeraars gaan door de veranderende financiering van de thuiszorg meer en meer eisen stellen aan de kwaliteit van de producten die de thuiszorg levert. En natuurlijk zijn ook de thuiszorgorganisaties zelf kritischer gaan kijken naar de kwaliteit van hun zorgverlening door de marktwerking en concurrentie.

Daarnaast is er een landelijke tendens zichtbaar met betrekking tot het leveren van zorg op maat en het aanbieden van een totaalpakket aan zorg; het creëren van een zorgcontinuüm. Deze factoren samen hebben een aantal ontwikkelingen in gang gezet. In 1992 is er een geïntegreerd Klachtenreglement Thuiszorg ingesteld (LVT, 1992). Daarin wordt bepaald dat elke instelling een klachtencommissie dient in te stellen. Verder is tevens een Landelijke Klachtencommissie ingesteld. Ook werd in 1994 een gezamenlijk Privacyreglement Thuiszorg ontwikkeld (LVT, 1994).

Per 1 april 1996 is de Wet Kwaliteit Zorginstellingen ingevoerd. Deze wet regelt dat alle zorginstellingen in de nabije toekomst over een kwaliteitssysteem moeten beschikken, waardoor op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van de zorg worden verzameld en geanalyseerd. In anticipatie hierop is de LVT in 1991 gestart met het project 'Kwaliteitszorg in de Thuiszorg' (LVT, 1992). De doelstelling van dit project is thuiszorgorganisaties in staat te stellen aan cliënten, verzekeraars en andere zorgaanbieders het kwaliteitsniveau van hun zorgaanbod te garanderen. Onderdelen van het project zijn: het vaststellen van een minimaal kwaliteitsniveau van LVT-leden, het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem waarmee organisaties dit niveau kunnen bereiken en behouden en het ontwikkelen van een instrument om bij cliënten te toetsen of dit niveau is bereikt c.q. of verbeteringen gewenst zijn.

Het streven naar het aanbieden van zorg op maat en een zorgcontinuüm komt terug in het rapport 'Gedeelde Zorg: Betere zorg' dat door de commissie Modernisering Curatieve Zorg in 1994 werd uitgebracht (Commissie Modernisering Curatieve Zorg, 1994).

Hierin wordt gepleit voor een versterking van de onderlinge samenhang van de curatieve zorg. In 1994 kwam ook het eindrapport van de commissie Modernisering Ouderenzorg waarin o.a. advies werd uitgebracht over het opheffen van regeltechnische en financiële schotten tussen verschillende vormen van ouderenzorg zoals thuiszorg, verpleeg- en verzorgingstehuizen (Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994). Hierdoor kan er meer rekening gehouden worden met de voorkeur van de cliënt en kan meer substitutie plaatsvinden van intra- naar extramurale zorg en van extra-murale zorg naar mantelzorg. Verder ziet men overal in het land steeds meer samenwerking tussen verschillende zorgdisciplines zoals tussen ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties in transmurale zorgprojecten en tussen de thuiszorg en huisartsen in projecten met praktijkverpleegkundigen. Het streven naar samenwerking en het aanbieden van een zorgcontinuüm is ook zichtbaar in het realiseren van de 1-loketfunctie en het streven om te komen tot een landelijk uniform indicatie-instrument gebaseerd op produktomschrijvingen dat geschikt is voor het hele cluster verpleging en verzorging. Deze ontwikkeling wordt gesteund door overheid en zorgverzekeraars. Beide bepleiten daarbij een onafhankelijke en objectieve indicatiestelling.

Randvoorwaarden

Om het integratieproces van kruiswerk en gezinsverzorging goed te laten verlopen en zo het beoogde doel van een verhoogde doelmatigheid (verbetering van efficiëntie en kwaliteit) te kunnen bereiken is het belangrijk een aantal bestaande verschillen tussen beide organisaties te harmoniseren. Eén van die verschillen was de gescheiden arbeidsvoorwaarden. In 1995 werd dit rechtgetrokken door de nieuwe CAO Thuiszorg (LVT, 1994). Hierin zijn in de eerste plaats oplossingen gevonden voor verschillen tussen de CAO's kruiswerk en gezinsverzorging, zoals arbeidsduur, verlof en enkele toeslagregelingen. Ook ten aanzien van het inlopen van de salarisachterstand in de gezinsverzorging werd een belangrijke stap gezet en er werd een begin gemaakt met de flexibilisering van de CAO voor wat betreft werktijden, onregelmatige uren, reiskostenvergoeding en salarisregeling.

Het harmoniseren van de eigen bijdrage voor gezinsverzorging en kruiswerk werd in het heroverwegingsrapport "Van Samenwerken tot Samengaan" (Ministerie van WVC, 1990) als belangrijke randvoorwaarde genoemd. In september 1992 heeft de staatssecretaris van WVC de Ziekenfondsraad om advies gevraagd inzake deze harmonisatie maar tot op heden heeft dit nog niet concreet gestalte gekregen. Wel ligt er nu een voorstel van de minister en staatssecretaris van VWS tot harmonisatie van de eigenbijdrage. Dit voorstel bestaat uit een combinatie van een contributie van fl. 50 per jaar die toegang geeft tot de verstrekking thuiszorg en een inkomensafhankelijke bijdrage voor zowel kruiswerk als gezinsverzorging. Het is de bedoeling dat deze regeling per 1 januari 1997 ingaat (Ministerie van VWS, 28 mei 1996).

2.2 Methode

Om de benodigde kwalitatieve gegevens te verzamelen, werd allereerst algemene literatuur over de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging bestudeerd en werden interne evaluatie- en jaarverslagen opgevraagd bij de in het onderzoek betrokken instellingen. Vervolgens werden bij deze instellingen vraaggesprekken gehouden met een aantal intakers en teamcoördinatoren.

2.2.1 Steekproef

Deelnemende instellingen

De bedoeling was om vraaggesprekken te houden bij de 13 instellingen die ook in 1992/1993 aan het onderzoek hebben meegewerkt. Om verschillende redenen zijn in 1992/1993 niet bij alle instellingen interviews afgenomen. Thuiszorg Midden-Brabant en Thuiszorg Zoetermeer werden pas later bij het onderzoek betrokken en in de regio's Oost-Groningen en Midden-Limburg was destijds nog geen sprake van experimenten met integratie. Zoals vermeld in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk was het nu wel van belang vraaggesprekken te houden met instellingen die (nog) niet geïntegreerd werken om zodoende inzicht te krijgen in de mate waarin de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging invloed heeft gehad op de wijze waarop het primaire proces is ge(re)organiseerd en de mate waarin andere factoren (mede) invloed hebben uitgeoefend.

Thuiszorg Den Haag zag in 1995/1996 geen mogelijkheid haar medewerking aan het onderzoek te verlenen. Deze instelling onderschrijft wel het belang van het onderzoek maar kon de gevraagde investering niet realiseren gezien de grote druk op het verhogen van de produktiviteit en het verlagen van de overhead. In totaal hebben 12 organisaties hun medewerking aan dit onderdeel van de diepte-evaluatie verleend. In elf organisaties zijn het kruiswerk en de gezinsverzorging gefuseerd, in Oost-Groningen heeft geen fusie plaatsgevonden.

In schema 2.2 wordt een overzicht gegeven van de regio's waar in 1992/1993 experimenten plaatsvonden met een geïntegreerde intake en geïntegreerde teams en wordt aangegeven in welke regio's in 1995/1996 op deze wijze gewerkt wordt. Tevens wordt in het schema vermeld wanneer de juridische fusie heeft plaatsgevonden. Voor de volledigheid is in dit schema ook Den Haag opgenomen. Wanneer niets is aangegeven in een bepaalde kolom betekent dit dat in de betreffende regio dit onderdeel van het primaire proces traditioneel is georganiseerd.

Schema 2.2 Organisatie intake en zorgaanbod in 1992/1993 en 1995/1996

Regio	geïntegreerde intake		geïntegreerde teams		tjdstip juridische fusie
	92/93	95/96	92/93	95/96	
Midden Brabant*		x		x	december 1992
Groningen Stad	x	x	x	x	februari 1991
Nieuwe Waterweg-Noord	x	x	x	x	december 1992
Drenthe	x	x	x	x	december 1991
Den Haag**	x	x	x	x	oktober 1993
Centraal Twente	x	x	x	x	juni 1991
Zuid-West Friesland	x	x			januari 1996
Rotterdam	x	x			december 1990
Noord-West Veluwe	x	x***			december 1992
IJmond	x	x		x	januari 1993
Zoetermeer*					april 1993
Oost Groningen*					geen fusie
Midden Limburg*					juli 1994

* Deze regio's zijn niet in het onderzoek van 1992/1993 betrokken.

** Den Haag is niet betrokken in het onderzoek van 1995/1996.

** In de regio Noord-West Veluwe wordt alleen in het toenmalige experimentele gebied (de gemeente Nunspeet) met een geïntegreerde intake gewerkt.

Geïnterviewde functionarissen

De werving van intakers en teamcoördinatoren verliep via de contactpersonen van de instellingen. Bij de instellingen waar met een geïntegreerde intake wordt gewerkt, zijn interviews gehouden met twee intakers en twee teamcoördinatoren. Beide werksoorten werden evenredig vertegenwoordigd; er zijn vraaggesprekken gehouden met zowel een intaker als een teamcoördinator met wijkverpleegkundige achtergrond en een intaker en teamcoördinator afkomstig uit de gezinsverzorging. Ook bij instellingen die met een traditionele intake werken, werden per werksoort een intaker en een teamcoördinator geïnterviewd.

Van de 24 geïnterviewde intakers behoorden 3 tot het mannelijke geslacht, het merendeel heeft een HBO-opleiding en de gemiddelde werkervaring bedraagt 16 jaar bij de intakers met een gezinsverzorgingsachtergrond (variërend van 4 tot 24 jaar) en 12 jaar bij intakers afkomstig uit de wijkverpleging (variërend van 5 tot 19 jaar).

Ook de functie van teamcoördinator wordt meestal door vrouwen vervuld: 4 van de 24 geïnterviewden zijn mannen. Ook deze functionarissen hebben overwegend een HBO-opleiding genoten. De gemiddelde werkervaring bedraagt bij de teamcoördinatoren afkomstig uit de gezinsverzorging 16 jaar (variërend van 10 tot 24 jaar) en 14 jaar bij teamcoördinatoren met een wijkverpleegkundige achtergrond (variërend van 5 tot 19 jaar).

2.2.2 Meetinstrument

Er is gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews.

Het *interview-schema voor de intakers* is gebaseerd op het in 1992/1993 gebruikte schema en bevat de volgende onderdelen:

- algemene gegevens van de intakers zoals sexe, opleiding, werkervaring;
- aanmelding: centraal of apart, bereikbaarheid, wie verwerkt de aanmelding, welke taken verricht deze persoon;
- intakeprocedure algemeen: hoe snel en op welke wijze vindt de intake plaats, in welke gevallen een geïntegreerde intake, achtergrond van de intaker, is er sprake van een losgekoppelde intake, welk intake-instrument wordt gebruikt, verheldering hulpvraag en stellen diagnose: wie stelt de verpleegkundige, verzorgende en huishoudelijke problemen vast;
- bepalen doel en benodigde hulp: wie bepaalt de doelen en hoe worden deze vastgelegd, wie bepaalt de inhoud, omvang en urgentie van de benodigde hulp en op welke manier wordt dit gedaan, in hoeverre wordt rekening gehouden met de beschikbaarheid van de hulpverleners, in hoeverre heeft de cliënt inspraak;
- toewijzing van de benodigde hulp: welke status heeft de toewijzing, worden er afspraken gemaakt met de cliënt over inhoud en hoeveelheid zorg, hoe verloopt de overdracht naar het uitvoerend team;
- bijstelling en herindicatie: bestaan er vaste criteria voor herindicatie, welke personen spelen een rol bij herindicatie, in hoeverre kunnen de hulpverleners zelf het zorgplan bijstellen;
- contacten hulpverleners en scholing: hoe tevreden zijn de intakers over de bereikbaarheid van en het contact met de hulpverleners van de wijkverpleging en de gezinsverzorging, hebben de intakers behoefte (gehad) aan bijscholing.

Ook het *interviewschema voor de teamcoördinatoren* is gebaseerd op het drie jaar geleden gebruikte schema en bevat de volgende onderdelen:

- algemene gegevens van de teamcoördinatoren zoals sexe, opleiding, werkervaring;
- intake: geïntegreerd of apart, wel/niet losgekoppeld, wel/niet taakstellend, intake-instrument, overdracht naar uitvoerend team;
- zorgaanbod: zorgprodukten, kwantitatieve en kwalitatieve teamsamenstelling, aantal gecombineerde zorgverleningscontacten, samenwerking op de werkvloer, reguliere overlegvormen, cultuurverschillen, taakafbakening en taakafstemming, boven/onder niveau werken, substitutie;
- coördinatie op teamniveau: achtergrond teamcoördinator, inhoud functie, veranderingen sinds 1992/1993 m.b.t. autonomie, werkdruk, stress, span of control, stijl van leidinggeven, contacten met cliënten en hulpverleners;
- coördinatie van de directe zorg: achtergrond zorgcoördinator, werkzaamheden.

Tijdens het interviewen werd steeds dezelfde werkwijze gehanteerd. Allereerst gaf de interviewer informatie over de achtergrond en doelstellingen van de diepte-evaluatie en werd de structuur van het interview uitgelegd. Er werd toestemming gevraagd het gesprek op band op te nemen. De interviewer gaf daarna per onderdeel een beschrijving van de situatie in 1992/1993 en zo mogelijk van de veranderingen die sindsdien zijn opgetreden. Deze beschrijving was samengesteld aan de hand van de in het vorige onderzoek verzamelde gegevens en interne rapportages (evaluatieverslagen en jaarverslagen) van de betrokken instellingen over de drie afgelopen jaren. De geïnterviewde kon zonodig corrigeren en/of aanvullen. Vervolgens werd (indien van toepassing) gevraagd naar de redenen voor veranderingen, de mate waarin men tevreden is met de huidige situatie en wat men eventueel nog veranderd zou willen zien. Tenslotte werd aan de geïnterviewde functionarissen per onderdeel een lijst met mogelijke beïnvloedende externe factoren voorgelegd en werd hen gevraagd aan te geven welke ontwikkelingen/gebeurtenissen een positieve of negatieve bijdrage hebben geleverd aan het realiseren van de huidige situatie.

2.3 Resultaten

De informatie uit de interviews met intakers en teamcoördinatoren wordt zoveel mogelijk samengevat in de vorm van algemene trends weergegeven. Instellingen worden er alleen af en toe uitgelicht als bijvoorbeeld een bepaald onderdeel van het primaire proces op bijzondere wijze is georganiseerd of als men een creatieve oplossing heeft bedacht voor een bepaald probleem. Per paragraaf wordt beschreven op welke wijze de onderdelen van het primaire proces in 1995/1996 gestalte hebben gekregen, welke veranderingen er zijn ten opzichte van 1992/1993 en wat de redenen hiervoor zijn geweest. Wat betreft de veranderingen moet rekening worden gehouden met het feit dat meestal een vergelijking wordt gemaakt tussen situatie in de experimentele gebieden (die vaak slechts een klein deel van het totale werkgebied omvatten) van de organisaties in 1992/1993 en de situatie in het gehele werkgebied van de thuiszorgorganisaties in 1995/1996. Dus als de situatie van nu identiek is aan die van toen, betekent dit niet dat er binnen de organisaties geen veranderingen hebben plaatsgevonden: de organisaties hebben dan in de afgelopen periode de, niet geringe, taak van het verder implementeren van de integratie ten uitvoer gebracht.

Daarnaast wordt in de paragrafen aandacht besteed aan factoren die een positieve en/of negatieve invloed hebben uitgeoefend op het integratieproces en/of de (re)organisatie van het primaire proces. Naast de in de inleiding van dit hoofdstuk genoemde algemene ontwikkelingen op landelijk niveau, kunnen er binnen de individuele organi-

saties tijdens het integratieproces ook andere factoren actief worden en een bevorderende en/of belemmerende werking hebben. Te denken valt hierbij aan organisatiegebonden factoren zoals samenwerkingstraditie van het kruiswerk en de gezinsverzorging, het al dan niet beschikken over gezamenlijke huisvesting, en beroepsgebonden factoren zoals opleidings-, cultuur- en statusverschillen. De mate waarin deze factoren een rol spelen verschilt vaak per organisatie en zal in de hierna volgende presentatie van de resultaten uit de interviews, waar relevant, genoemd worden.

2.3.1 Aanmelding

Centraal of apart

In schema 2.3 wordt een overzicht gegeven van de manier waarop een aantal hierna te noemen aspecten van de aanmelding en de intake in 1992/1993 in de experimentele gebieden georganiseerd waren en hoe deze aspecten ten tijde van dit onderzoek in de hele organisatie georganiseerd zijn. Dit laatste met uitzondering van de regio Noord-West Veluwe waar in 1995/1996 alleen in het experimentele gebied met een centrale aanmelding en een geïntegreerde, losgekoppelde, harde intake gewerkt wordt. In het overige deel van deze regio wordt traditioneel gewerkt.

Schema 2.3 Aanmelding en intake in 1992/1993 en 1995/1996

Regio	centrale aanmelding		geïntegreerde intake		losgekoppelde intake		harde optie	
	92/93	95/96	92/93	95/96	92/93	95/96	92/93	95/96
Midden Brabant*		x		x		x		
Groningen Stad		x	x	x	x	x	x	x
Nw Waterweg-Noord	x	x	x	x**	x**		x***	
Drenthe	x	x	x	x	x	x	x	x
Zuid-West Friesland	x	x	x	x	x	x	x	x
Rotterdam	x	x	x	x	x**	x		x
Noord-West Veluwe	x	x	x	x	x**	x	x	x
IJmond	x	x	x	x	x	x	x	x
Zoetermeer*		x			x**	x**		
Oost Groningen*					x**	x**		
Midden Limburg*		x			x**	x		x
Centraal Twente	x	x	x	x	x	x	x	

* Deze regio's zijn niet in het onderzoek van 1992/1993 betrokken.

** Intakers met een wijkverpleegkundige achtergrond wel betrokken bij de zorgverlening, intakers met een gezinsverzorgings-achtergrond niet betrokken bij de zorgverlening.

*** Toewijzing verzorgende/huishoudelijke hulp is taakstellend, toewijzing verpleging/verzorging in vorm van advies.

In de afgelopen drie jaar hebben de meeste gefuseerde thuiszorg-organisaties één centraal telefoonnummer ingesteld waar cliënten 24 uur per dag zowel met een hulpvraag voor de wijkverpleging als voor de gezinsverzorging terecht kunnen (zie schema 2.3). In een aantal regio's verloopt de aanmelding wel centraal maar is tevens per wijk een apart telefoonnummer ingesteld (Nieuwe Waterweg-Noord en Rotterdam). In Oost Groningen wordt tijdens kantooruren apart aangemeld voor Kruiswerk en Gezinsverzorging. Buiten kantooruren en bij een onlangs opgericht zorgloket verloopt de aanmelding wel centraal. De intakers schatten het percentage cliënten dat zich met een dubbele hulpvraag aanmeldt gemiddeld op 20%.

In diverse regio's zijn inmiddels één of meerdere zorgloketten gerealiseerd (Noord-

West Veluwe, IJmond, Drenthe, Centraal Twente, Zuid-West Friesland en Oost Groningen). Welke organisaties hierbij zijn aangesloten verschilt per regio. Naast de zorgketten ontstaan ook in ziekenhuizen transferpunten waar cliënten die met ontslag gaan zich kunnen aanmelden voor thuiszorg (bijvoorbeeld in Drenthe en Oost Groningen).

In 1992/1993 werd (met uitzondering van een aantal experimentele gebieden) meestal nog apart aangemeld voor wijkverpleging en gezinsverzorging, werden de telefoons alleen tijdens kantooruren (of slechts enkele uren per dag) bemand en waren er vaak meerdere aanmeldpunten in een bepaalde regio. Hier is een duidelijke ontwikkeling zichtbaar naar grotere bereikbaarheid en meer samenwerking met ander (thuis)zorgdisciplines, zowel in de eerste als in de tweede lijn. Als belangrijkste reden voor deze ontwikkeling wordt genoemd: een centrale aanmelding gedurende 24 uur per dag is klantvriendelijker. De cliënt hoeft zelf niet langer te bepalen welk soort hulp hij nodig heeft en kan met alle (hulp)vragen over en voor de thuiszorg dag en nacht bij hetzelfde nummer terecht. In gebieden waar zorgketten gerealiseerd zijn is deze eenduidigheid zelfs nog groter omdat deze meestal het gehele cluster verpleging en verzorging omvatten.

Deskundigheid en taken aanmeldfunctionaris

Voorheen werd de aanmelding in eerste instantie bijna zonder uitzondering verwerkt door een telefoniste/administratieve kracht met wel enige kennis van maar geen opleiding in de zorg. Ook nu geldt dit nog, maar er lijkt langzaam een verschuiving plaats te vinden in de richting van HBO(-V) opgeleide aanmeldfunctionarissen, zeker daar waar sprake is van zorgcentrales/zorgketten. De redenen die men voor deze verschuiving aangeeft zijn: de aanmeldfunctionaris is het visitekaartje van de organisatie, deze dient dus niet alleen over goede gesprekstechnieken te beschikken maar ook over voldoende kennis van de sociale kaart en inhoudelijke kennis te hebben van de zorgverlening. Met name dit laatste wordt door verwijzers ook verwacht. Verder verwacht men dat iemand met een opleiding in de zorg een betere inschatting kan maken van de inhoud en de urgentie van de hulpvraag waardoor deze efficiënter behandeld kan worden.

In de taken die de aanmeldfunctionarissen verrichten is weinig verandering opgetreden: men registreert algemene gegevens, men neemt de hulpvraag globaal op, maakt een grove schifting in soort hulpvraag (verpleging, verzorging, huishoudelijk) en men geeft deze gegevens via een aanmeldformulier door aan de intakekers. In een aantal regio's wordt de cliënt direct doorverbonden met het intakebureau.

Tevredenheid intakekers over aanmeldprocedure

De intakekers zijn over het algemeen tevreden over de duidelijkheid die is ontstaan zowel voor de cliënten als voor andere hulpverleners doordat de thuiszorg via één centraal telefoonnummer te bereiken is. Wel moeten cliënten soms even wachten voordat men aan de beurt is. Daarnaast gaf een aantal cliënten met name in het begin aan moeite te hebben met de grotere afstand die hierdoor ontstond: men miste het oude vertrouwde wijkgebouw. De uitbreiding van de bereikbaarheid wordt als positief gezien. In sommige regio's zijn de intakekers minder tevreden over de kwaliteit van de gegevens die zij via het aanmeldformulier krijgen: spoedaanvragen worden niet altijd direct doorgegeven en soms wordt bij de aanmelding onvoldoende doorgevraagd waardoor bijvoorbeeld het soort hulpvraag niet duidelijk is of de urgentie moeilijk te bepalen is.

Ontwikkelingen met een positieve/negatieve invloed

De landelijke tendens om steeds meer aandacht te besteden aan klantvriendelijkheid van de zorg, met als onderdeel het aanbieden van een totaalpakket aan zorg, krijgt

concreet gestalte in de zorgketten. Dit wordt door de intakers bijna unaniem als factor gezien met een positieve invloed op de ontwikkeling van de huidige aanmeldprocedure: goed voorbeeld doet volgen. Ook het betrekken van een gezamenlijk hoofdkantoor (vaak in samenhang met een fusie) maakt het realiseren van een centrale aanmelding gemakkelijker. Het financieringsbeleid van de overheid en de eisen die de zorgverzekeraars steeds meer stellen aan produktiviteit en efficiëntie hebben ook invloed gehad op de realisatie van centrale aanmeldpunten: één centraal meldpunt bemannen is goedkoper dan diverse decentrale, zeker als men ook wil streven naar een grotere bereikbaarheid.

2.3.2 Intake en indicatiestelling

Hoe snel en op welke wijze vindt de intake plaats

De norm bij alle instellingen is dat de intaker binnen 24 uur na aanmelding contact opneemt met de cliënt om een afspraak te maken voor het intakebezoek, voorheen was deze norm bij een enkele instelling 48 uur. Drenthe vormt hier een uitzondering: hier wordt van de intakers verwacht dat ze binnen één uur contact opnemen met de cliënt, dit blijkt niet altijd haalbaar omdat op sommige punten in de regio de intakers slechts drie uur per dag aanwezig zijn.

De intaker gaat bijna altijd op huisbezoek, slechts incidenteel wordt de intake telefonisch gedaan bijvoorbeeld bij een simpele enkelvoudige hulpvraag en/of als de cliënt al bekend is bij de instelling. Alleen in de regio Zuid-West Friesland verrichten de intakers vrij vaak een telefonische intake, dit geldt met name bij duidelijke, enkelvoudige verpleegkundige hulpvragen. Af en toe vindt de intake plaats in een ziekenhuis (gekoppeld aan de transferpunten), verpleeg- of verzorgingstehuis.

De tijd die verloopt tussen het eerste telefonische contact en het intakebezoek verschilt sterk per instelling en varieert van 24 uur tot 2 à 3 weken. Globaal genomen vinden de intakes voor een verpleegkundige hulpvraag sneller plaats dan de intakes voor een verzorgende en/of huishoudelijke hulpvraag. Dit heeft mede te maken met de urgentie van de hulpvraag: verpleegkundige hulpvragen zijn meestal urgenter dan verzorgende en huishoudelijke hulpvragen. Naast de urgentie van de hulpvraag wordt de snelheid waarmee het intakebezoek wordt afgelegd ook bepaald door de werkdruk van de intakers.

In de wijze waarop en de snelheid waarmee de intake wordt verricht, is de afgelopen jaren weinig verandering gekomen.

Traditionele of geïntegreerde intake

In 3 van de 12 betrokken instellingen wordt gewerkt met een traditionele intake (zie schema 2.3): de intake voor de wijkverpleging en voor de gezinsverzorging wordt verricht door functionarissen uit de verschillende disciplines, respectievelijk een (hoofd)wijkverpleegkundige en een leidinggevende van de gezinsverzorging (of een aparte intake- functionaris). Bij acht instellingen wordt gewerkt met een geïntegreerde intake. In één regio (Noord-West Veluwe) wordt alleen in het voormalige experimentele gebied met de geïntegreerde intake gewerkt.

Aan de geïntegreerde intake kan op twee manieren vorm gegeven worden: volgens het allround en volgens het gedifferentieerde principe. Met het allround principe wordt bedoeld dat elke intaker in staat is elke intake uit te voeren, of de hulpvraag nu verpleegkundig, verzorgend of huishoudelijk is. Bij het gedifferentieerde principe bestaat er een intake-team met meerdere intakers, die elk hun eigen deskundigheid bezitten. Het team als zodanig kan bij elke hulpvraag de intake verrichten.

In eerste instantie had een aantal organisaties in 1992/1993 wel het voornemen om

volgens het allround principe te werken maar in de praktijk werkt men nu toch meer met de gedifferentieerde vorm van de geïntegreerde intake. Over het algemeen is het zo dat de intakers met een wijkverpleegkundige achtergrond de intakes doen bij een verpleegkundige, verzorgende of gecombineerde hulpvraag. Deze intakers worden als allround gezien. De intakers met een gezinsverzorgings-achtergrond doen soms zowel de intakes bij een verzorgende als een huishoudelijke hulpvraag, soms alleen bij een huishoudelijke hulpvraag. Intakes in het "grijze" gebied (het gedeelte van de zorgverlening dat zowel tot het takenpakket van de wijkverpleging als van de gezinsverzorging hoort) worden meestal gedaan door de intaker die op dat moment tijd heeft.

De keuze voor een bepaalde intaker wordt gemaakt op basis van het soort hulpvraag. Een eerste schifting wordt meestal gedaan door de aanmeldfunctionaris, verder vindt de verdeling van de intakes in onderling overleg tussen de intakers plaats. Gemiddeld genomen zijn er ongeveer evenveel intakers met een wijkverpleegkundige achtergrond als met een gezinsverzorgings-achtergrond. De reden dat voornamelijk met een gedifferentieerde vorm van de geïntegreerde intake wordt gewerkt, hangt samen met het feit dat tijdens de experimenten al vrij snel bleek dat het voor intakers met een gezinsverzorgings-achtergrond, ook na bijscholing en ervaring, niet haalbaar is intakes te doen bij complexe verpleegkundige hulpvragen.

De regio's die in 1992/1993 experimenteerden met een geïntegreerde intake hebben dit nu in het hele werkgebied ingevoerd. Dit met uitzondering van de regio Noord-West Veluwe waar vertraging is opgetreden in de beleidsontwikkelings- en besluitvormingsfase, mede door de veranderende regelgeving van de overheid. Ook zijn reorganisaties binnen een instelling met een verspreid werkgebied (platteland) vaak minder snel te realiseren.

Daarnaast lijkt er in de instellingen die met een geïntegreerde intake werken de tendens te bestaan via natuurlijk verloop langzaam over te gaan op het allround principe: in sommige instellingen worden vacatures alleen nog maar opgevuld door functionarissen met een wijkverpleegkundige achtergrond omdat deze de intakes voor alle soorten hulpvragen kunnen verrichten.

Over het geheel genomen zien de geïnterviewde intakers (ook intakers die met een traditionele intake werken) en teamcoördinatoren meer voor- dan nadelen van een geïntegreerde intakeprocedure. Voordelen die vaak genoemd worden zijn:

- de cliënt heeft (bij een gecombineerde hulpvraag) maar met één intaker te maken en hoeft zijn verhaal niet twee maal te vertellen;
- betere afstemming op behoefte cliënt: meer zorg op maat;
- intakers leren van elkaars deskundigheid;
- minder communicatiestoornissen en efficiënter als voorheen toen twee intakers ieder een deel van een gecombineerde intake deden;
- meer uniforme intakeprocedure;
- meer substitutie door een strakkere aansturing vanuit de intake-fase;

Als nadelen worden gezien:

- arbeidsintensief: een intake kost nu meer tijd dan voorheen;
- meer overleg nodig tussen de intakers voor afstemming;
- bijscholing nodig voor met name de intakers met een gezinsverzorgings achtergrond;
- onderwaardering van de capaciteiten van intakers uit de gezinsverzorging (dit blijkt onder meer uit het feit dat intakers met een wijkverpleegkundige achtergrond zonder bijscholing in staat worden geacht ook intakes te doen bij een huishoudelijke hulp-

vraag);

- de toekomst voor intakers uit de gezinsverzorging lijkt niet zo rooskleurig;
- te uitgebreide intakeformulieren en soms toch nog te weinig informatie om, met name de verpleegkundige, hulpverlening te kunnen starten;

Al dan niet losgekoppelde intake

Met een losgekoppelde intake wordt bedoeld dat de intake wordt verricht door een functionaris die zelf niet betrokken is bij de uitvoering van de zorg.

Bij organisaties waar gewerkt wordt met een geïntegreerde intake zijn de intakers niet langer betrokken bij de zorguitvoering (zie schema 2.3). Een uitzondering hierop vormt Nieuwe Waterweg-Noord waar de intakers met een wijkverpleegkundige achtergrond nog een beperkt deel van de zorg voor hun rekening nemen. Hiervoor is gekozen omdat de directie het van belang vindt dat de intake onderdeel blijft van het verpleegkundig proces.

De scheiding tussen intake en zorgverlening wordt steeds verder doorgevoerd: het verrichten van intakes wordt steeds meer als een aparte functie gezien en intakers worden in een aantal organisaties al ondergebracht in een aparte afdeling/intakebureau met een eigen afdelingshoofd. In Zuid-West Friesland functioneert het Bureau Zorgtoewijzing bijvoorbeeld niet alleen figuurlijk maar ook letterlijk los van de instellingen; de intakers opereren hier vanuit een apart gebouw. Op termijn zal dit bureau ook in financieel opzicht onafhankelijk van de (thuis)zorginstellingen de indicaties gaan verrichten.

De redenen die de geïnterviewde functionarissen geven voor het meer en meer loskoppelen van intake en zorgverlening, hebben voornamelijk betrekking op het verhogen van de kwaliteit van de intake en meer aandacht voor de (behoefte van de) cliënt.

Verder is men, onder invloed van de landelijke tendens met betrekking tot het aanbieden van een totaalpakket van zorg, in diverse regio's ook bezig met het ontwikkelen van onafhankelijke intake-organisaties die intakes verzorgen voor de gehele cluster verpleging en verzorging.

De situatie in instellingen waar gewerkt wordt met een traditionele intake komt overeen met de manier waarop een aantal jaren geleden bij alle thuiszorgorganisaties werd gewerkt. Intakes voor de wijkverpleging worden gedaan door wijkverpleegkundigen die tevens betrokken zijn bij de zorgverlening, intakes voor de gezinsverzorging worden uitgevoerd door een leidinggevende of een aparte intake-functionaris. De leidinggevende van de gezinsverzorging verleent meestal niet direct zorg aan cliënten zodat men hier kan spreken van een min of meer losgekoppelde intake (indirect is deze functionaris wel betrokken bij de zorguitvoering door haar leidinggevende taken).

Een uitzondering op deze regel vormt de regio Midden-Limburg waar ook de intakes voor de wijkverpleging worden gedaan door een aparte intake-functionaris die niet meer bij de zorgverlening is betrokken.

Over het algemeen zijn de geïnterviewde functionarissen het met elkaar eens wat betreft de voor- en nadelen van een losgekoppelde intake. Als voordelen worden genoemd:

- vergroting van de objectiviteit waardoor een betere onderhandelingspositie met verzekeraars ontstaat;
- door de losgekoppelde intake is al een ondergrond gelegd voor het ontwikkelen van intake-bureaus die voor het gehele scala verpleging en verzorging gaan indiceren;
- meer vraaggericht in plaats van aanbodgericht indiceren doordat de intakers veel

minder rekening houden met de capaciteit van de uitvoerende hulpverleners (door de uitvoering wordt dit als een nadeel gezien: voor hen is het vaak lastig te voldoen aan de indicatiestelling);

- vergroting van de uniformiteit van de intakeprocedure;
- deskundigheid van de intaker neemt toe (oefening baart kunst) en daarmee de kwaliteit van de intake;
- meer rust tijdens de intake doordat er geen andere werkzaamheden wachten;
- duidelijk aanspreekpunt voor hulpverleners en verwijzers;

Nadelen van een losgekoppelde intake vindt men:

- te weinig feedback en terugkoppeling van de uitvoerend hulpverleners over de juistheid van de intake/indicatiestelling;
- intakers zien de klant slechts eenmalig, sommigen missen het langdurige contact;
- intakers verliezen een beetje het contact met de directe zorgverlening en houden daardoor hun inhoudelijke kennis van de zorg minder op peil;
- uitholling van functie van degenen die voorheen de intakes deden, deze weerstand neemt meestal af wanneer men een tijdje heeft gewerkt met een losgekoppelde intake;
- de hulpverleners missen het eerste, vaak zo belangrijke, contact met de cliënt waarin de basis van de relatie wordt gelegd en waarin onderhandeld kan worden over inhoud en omvang van de hulp;
- extra schakel in het zorgverleningsproces waardoor meer kans op communicatiestoornissen;
- de intake blijft een momentopname: in de praktijk is toch vaak aanpassing nodig, met name bij instabiele situaties, sommigen vinden dat in deze situaties het zorgverleningsproces efficiënter verloopt als de zorgverlener/zorgcoördinator ook de eerste intake doet, anderen vinden dat een objectieve eerste intake, ook bij instabiele situaties, belangrijk is;
- voor de klant is het soms verwarrend dat degene die de intake doet, niet de aanspreekbare persoon is tijdens de rest van het hulpverleningsproces.

De verschillende voordelen van het werken met een losgekoppelde intake worden vaker genoemd dan de nadelen zodat men voorzichtig kan concluderen dat een losgekoppelde intake, na een gewenningsperiode, redelijk goed lijkt te bevallen zowel bij de intakers als bij de teamcoördinatoren.

Intake-instrument

In 1995/1996 wordt door de instellingen gebruik gemaakt van een grote verscheidenheid aan intake-instrumenten. Vóór de integratie werd door de gezinsverzorging voornamelijk gebruik gemaakt van LIER (Landelijk Indicatie en Registratiesysteem) en door de wijkverpleging van WAS (Wijk Administratie Systeem). Sinds 1992/1993 is er een groot aantal verschillende intake-instrumenten ontwikkeld.

Deze diversiteit is tot op heden nog zichtbaar. Wel zijn enkele hoofdlijnen aan te geven: instellingen waar gewerkt wordt met een geïntegreerde intake maken inmiddels, met uitzondering van Nieuwe Waterweg-Noord, gebruik van een geïntegreerd intake-instrument. Groningen Stad en Drenthe werken inmiddels met PROTIS (Professioneel Thuiszorg Informatie Systeem); Midden Brabant en Centraal Twente werken met een zelf ontwikkeld zorgdossier. Ook IJmond heeft zelf een cliëntdossier en een zorgoverzicht ontwikkeld en staat aan het begin van de overgang op een geautomatiseerd

systeem: Zorg Op Nivo. In Rotterdam wordt inmiddels gewerkt met het TIS en in de regio Noord-West Veluwe wordt binnenkort een nieuw registratiesysteem ingevoerd dat gebaseerd is op het LVT model. Zuid-West Friesland gebruikt inmiddels het GINO (Geïntegreerd Informatie Netwerk Ouderen) waar men zelf enkele onderdelen aan toegevoegd heeft.

Bij de instellingen waar de intake op traditionele wijze wordt verricht, maakt men bij een intake voor de gezinsverzorging gebruik van het LIER, met uitzondering van Oost Groningen waar het GINO wordt gebruikt. Voor een wijkverpleegkundige intake maakt men gebruik van een zelf ontwikkeld cliëntdossier of van TIS (Oost Groningen).

Een tweede lijn die naar voren komt in de vraagesprekken is dat men meer en meer overgaat van handgeschreven op geautomatiseerde intake-instrumenten omdat, na een gewenningsperiode, de intake-gegevens met behulp van deze instrumenten vaak sneller, betrouwbaarder en uniformer verwerkt kunnen worden en ook meer toegankelijk zijn voor de betrokken zorgverleners.

Ten derde lijkt men nog steeds geen ideaal (geïntegreerd) intake-instrument te hebben gevonden: overal blijft men bezig met aanpassen, ontwikkelen en verfijnen.

Tenslotte komt uit de interviews naar voren dat er op dit gebied (te) weinig overleg, samenwerking en uitwisseling bestaat tussen de verschillende thuiszorg-organisaties: de instellingen lijken onafhankelijk van elkaar bezig te zijn met het oplossen van hetzelfde probleem.

Verhelderen hulpvraag en stellen diagnose

Bij instellingen waar gewerkt wordt met een geïntegreerde intake stelt de intaker met een wijkverpleegkundige achtergrond de verpleegkundige en verzorgende problemen vast en ook de huishoudelijke wanneer het gaat om een gecombineerde hulpvraag. De intaker afkomstig uit de gezinsverzorging stelt de verzorgende en huishoudelijke problemen vast. In Nieuwe Waterweg-Noord en Groningen-Stad beperkt deze intaker zich tot de huishoudelijke hulpvragen. Als het een enkelvoudige verzorgende hulpvraag betreft die in het "grijze gebied" valt, wordt de intake bij een aantal instellingen door de wijkverpleegkundige intaker gedaan, in andere instellingen doen ook intakekers met een gezinsverzorgings-achtergrond deze intakes. In de laatste situatie geven intakekers aan dat het moeilijk is het "grijze gebied" goed te verdelen. In Midden-Limburg is men dan ook bezig met het ontwikkelen van criteria hiervoor. In de regio's Zuid-West Friesland, IJmond en Noord-West Veluwe wordt de scheiding tussen de intakekers minder strikt gehanteerd.

Bij instellingen waar niet met een geïntegreerde intake wordt gewerkt, bepaalt de (hoofd)wijkverpleegkundige de verpleegkundige diagnose, de leidinggevende gezinszorg of een aparte gezinszorg-intaker de huishoudelijke problemen. De hulpvragen voor verzorging worden behandeld door de afdeling/organisatie waar de aanmelding binnenkomt. Wanneer het een hulpvraag betreft voor zowel verpleging/verzorging als voor huishoudelijke taken worden de verpleegkundige/verzorgende en huishoudelijke zorgbehoeften door twee verschillende intakekers vastgesteld. De zorgvragen en diagnoses worden door degene die de intake verricht vastgelegd in de diverse gebruikte intake-instrumenten.

Bepalen doel

Gekoppeld aan het verhelderen van de hulpvraag en het stellen van de diagnoses, wordt door de verschillende intakekers de doelstelling van de hulp bepaald. Deze doelen worden verwerkt in de intake-formulieren (m.u.v. het LIER-systeem: hier zijn geen doelen in opgenomen). Nieuwe Waterweg-Noord vormt een uitzondering: de eerstver-

antwoordelijke wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende bepaalt hier de doelstelling. Soms geeft de intaker slechts globale en/of voorlopige doelen aan die verder gespecificeerd kunnen worden door de uitvoerende hulpverleners. Bij iedere instelling bestaat voldoende ruimte om de doelen op uitvoerend niveau bij te stellen.

De intakers voelen zich over het algemeen in staat de verschillende doelen te formuleren van de hulpvragen waarvoor ze intakes doen. Intakers uit de gezinsverzorging hadden hier in het begin wel moeite mee omdat men in de gezinsverzorging meer werkte met het omschrijven van taken als met het formuleren van doelen, na enige bijscholing was dit snel opgelost. Wijkverpleegkundige intakers moesten even wennen aan het bepalen van doelen bij een huishoudelijke hulpvraag, na enige tijd ervaring bleek men hier voldoende uit de voeten te kunnen. Het bepalen van de doelstelling van langdurige huishoudelijke hulp vinden alle intakers lastig; dit zijn vaak stabiele situaties waar weinig verandering valt te verwachten.

Intakers afkomstig uit de gezinsverzorging die soms ook verpleegkundige intakes doen, hadden met name in de beginfase problemen met het bepalen van verpleegkundige doelen. Na bijscholing en ervaring gaat dit beter maar men is het er over eens dat het voor iemand zonder verpleegkundige opleiding niet haalbaar is intakes te doen bij een complexe verpleegkundige hulpvraag. Zoals eerder vermeld was dit ook de reden dat organisaties die in eerste instantie experimenteerden met het allround principe van de geïntegreerde intake na verloop van tijd in meerdere of mindere mate zijn overgegaan op het gedifferentieerde principe.

Bepalen benodigde hulp (indicatiestelling)

De inhoud van de hulp wordt door de intakers bepaald. De diverse gebruikte intake-instrumenten bevatten alle een meer of minder specifiek takenformulier/lijst waarop de intaker de geïndiceerde taken kan aangeven. Ook de omvang van de hulp, het aantal uren/dagen per week, en de duur van de hulp worden door de intakers vastgesteld. Hierbij baseert men zich op algemene richtlijnen en eigen deskundigheid en ervaring. Een uitzondering hierop vormt Zuid-West Friesland waar de omvang van huishoudelijke hulp met behulp van een computerprogramma wordt berekend. Zowel het bepalen van inhoud als omvang van de hulp levert weinig problemen op.

Anders is dit voor het vaststellen van de urgentie. Dit levert met name voor verpleegkundige hulpvragen problemen op. Intakers doen dit meestal op basis van eigen deskundigheid en ervaring. Bestaande scorelijsten/criteria die vooral uit de gezinsverzorging afkomstig zijn, zijn niet goed te gebruiken bij hulpvragen die voorheen bij het kruiswerk binnenkwamen.

Dit probleem dient gezien te worden in historisch perspectief. Vóór de integratie was het voor het Kruiswerk niet noodzakelijk de urgentie van de hulpvraag vast te stellen: men beschikte over voldoende capaciteit om alle hulpvragen snel te honoreren. Bij de Gezinsverzorging lag dit anders: met name voor huishoudelijke hulp bestonden soms lange wachtlijsten. Hier bestond de noodzaak instrumenten te ontwikkelen om de urgentie te kunnen vaststellen. De bestaande instrumenten zijn dus volledig gebaseerd op het soort hulpvragen dat voorheen bij de gezinsverzorging binnenkwam en zijn niet zonder meer toepasbaar op verpleegkundige hulpvragen. Door de integratie ging men op zoek naar gezamenlijke criteria voor het bepalen van de urgentie en nu is men in de fase beland van het uitproberen en ontwikkelen van diverse methoden. De noodzaak voor breder toepasbare criteria wordt ook groter omdat hier en daar ook voor verzorgende hulp en zelfs verpleegkundige hulp (Centraal Twente) al wachtlijsten ontstaan. In Drenthe bestaan sinds 1994 wachtlijsten voor verzorgende hulp en in IJmond kan men niet altijd aan de vraag voldoen wanneer het aanvragen voor (verzor-

gende) avond-weekend hulp betreft. Ook in Zuid-West Friesland noodzaken de wachtlijsten de wijkverpleegkundigen soms zorgtaken op te pakken die eigenlijk door verzorgenden verricht zouden kunnen worden.

Het benodigde deskundigheidsniveau van de zorgverlener wordt door de intaker bepaald, over het algemeen met behulp van het "Zorgtoewijzingsmodel" van het NIZW. In Midden Brabant geeft de intaker alleen het deskundigheidsniveau aan van de zorgcoördinator, deze bepaalt vervolgens wie de zorg gaat verlenen.

Door de intakers die niet betrokken zijn bij de zorgverlening wordt tijdens het bepalen van de inhoud, omvang en urgentie van de hulp en het benodigde deskundigheidsniveau van de zorgverlener, steeds minder rekening gehouden met de capaciteit en werkdruk op de werkvloer. Sinds de intake is losgekoppeld van de uitvoering is men meer afstand gaan nemen en soms is men bijvoorbeeld zelfs niet meer op de hoogte van de omvang van de wachtlijsten. Dit ligt anders waar de intake nog niet losgekoppeld is: hier geven de geïnterviewden aan bij het indiceren toch rekening te houden met de capaciteit van de zorgverleners waardoor ze minder objectief zijn in het vaststellen van de benodigde zorg.

De cliënt lijkt, onafhankelijk van de manier waarop de intake wordt verricht, steeds meer ruimte te krijgen om invloed uit te oefenen op inhoud en omvang van de hulp. Een en ander binnen bepaalde grenzen: de klant is koning voor zover dit past binnen de bovengrenzen en standaarden die de organisatie hanteert (grote schoonmaak en elke week ramen lappen is niet mogelijk, hoezeer de cliënt dit ook zou willen). Dit past binnen de landelijke visie waarin klantvriendelijkheid steeds belangrijker wordt. Daarnaast krijgt de cliënt waarschijnlijk steeds meer invloed doordat de thuiszorg-instellingen niet langer het monopolie hebben en in meerdere of mindere mate concurrerend moeten gaan werken.

De werkwijze die gevolgd wordt bij het bepalen van doelen en benodigde hulp is in de afgelopen jaren steeds systematischer, gestandaardiseerder en uniformer geworden. Dit verhoogt de objectiviteit en professionaliteit van de intake. Deze ontwikkeling wordt mede beïnvloed doordat zorgverzekeraars steeds meer inzicht vragen in de gevolgde intake-procedure. De intakers zijn over het geheel genomen tevreden met deze ontwikkeling en geven een aantal punten aan die nog voor verbetering vatbaar zijn: een duidelijk systeem voor het bepalen van de urgentie, meer standaardisatie bij het bepalen van diagnose en doel en duidelijke criteria met betrekking tot de bovengrenzen aan de zorgverlening bijvoorbeeld het maximale aantal uren zorg dat per cliënt verleend kan worden. Overige veranderingen die men wenst, hebben alle betrekking op de intake-instrumenten: LIER vindt men bijvoorbeeld een achterhaald systeem waar nu niet goed meer mee te werken valt, PROTIS voldoet ook nog niet helemaal aan de eisen en in Nieuwe Waterweg-Noord en Noord-West Veluwe hebben de intakers behoefte aan een geïntegreerd intake-instrument.

Toewijzen van de benodigde hulp

Het toewijzen van de benodigde hulp kan op twee manieren plaatsvinden: volgens de harde optie en volgens de zachte optie. Bij een harde optie stelt de intaker niet alleen de benodigde hulp vast maar wijst deze ook toe. Deze toewijzing is taakstellend dat wil zeggen, dient opgevolgd te worden door de zorgverleners. Een zachte optie betekent dat de intaker de indicatiestelling in de vorm van een advies aan de zorgverleners uitbrengt.

De meeste geïntegreerde instellingen maken gebruik van een taakstellende indicatiestelling (zie schema 2.3). Uitzonderingen hierop vormen Midden Brabant, Centraal

Twente en Nieuwe Waterweg-Noord. Volgens de intakers in Centraal Twente is een harde optie niet meer haalbaar vanwege de aanwezigheid van wachtlijsten. In Oost Groningen, waar geen fusie heeft plaatsgevonden, bepaalt de wijkverpleegkundige samen met de cliënt welke hulp gegeven wordt en bij de gezinsverzorging geeft de intaker een advies, dat in principe opgevolgd dient te worden.

De redenen die geïnterviewde functionarissen geven voor het feit dat men in veel instellingen is overgegaan op de harde optie hebben te maken met het verhogen van de objectiviteit van de indicatiestelling (mede onder invloed van de eisen van verzekeraars) en het overgaan van aanbodgericht op vraaggericht indiceren waarin de behoefte van de cliënt centraal staat in plaats van de (on)mogelijkheden van de organisatie.

De instellingen die nu volgens een taakstellende indicatiestelling werken, geven wel aan dat dit een principe afspraak is: in de praktijk blijkt dit niet altijd haalbaar, met name niet bij huishoudelijke hulpvragen waarvoor vaak wachtlijsten zijn. Daarnaast bestaat er voor de uitvoerende hulpverleners vaak een bepaalde marge waarbinnen ze voor wat betreft de omvang van de hulp mogen afwijken van de indicatiestelling.

De intakers zien veel voordelen van een taakstellende indicatiestelling:

- objectiviteit van de indicatiestelling wordt verhoogd doordat deze niet wordt beïnvloed door de beschikbaarheid van de hulpverleners;
- de cliënt (en de intaker) wordt serieus genomen: de overeenkomst tussen de klant en de intaker kan niet zomaar bijgesteld worden;
- klantvriendelijker doordat wordt uitgegaan van de behoefte van de cliënt en doordat de cliënt bij de intake gelijk weet waar hij aan toe is;
- extra controle op de (kwaliteit van) de intake: als de teamcoördinator het niet eens is met de indicatiestelling, vindt terugkoppeling naar de intaker plaats.

Wel geven alle intakers aan dat er een bepaalde marge moet blijven waarbinnen de zorgverleners kunnen afwijken van de indicatiestelling. Tevens vindt men dat een harde optie een probleem kan zijn voor de zorgverleners die verantwoordelijk zijn voor (de inzet van) de uitvoering van de zorg. Zij kunnen niet altijd meteen en/of volledig zorgen dat aan de indicatiestelling wordt voldaan.

Afspraken met cliënt over inhoud en omvang hulp

Uit de interviews komt een duidelijke tendens naar voren dat de cliënt steeds meer de mogelijkheid wordt geboden overzicht en controle te houden op de uitvoering van de geïndiceerde hulp. Hier is de invloed zichtbaar van de vrije marktwerking en concurrentie waardoor men de cliënt van de thuiszorg steeds meer als consument gaat zien en behandelen. In 6 van de 12 instellingen wordt bij de cliënt een afschrift van het intakeformulier/zorgdossier achtergelaten waarin geïndiceerde taken, omvang, duur en tijdstip van de te bieden zorg zijn aangegeven. In Zuid-West Friesland, Nieuwe Waterweg-Noord en Oost Groningen worden mondelinge afspraken gemaakt met de cliënt en in Groningen Stad, Zoetermeer en Midden Limburg is men begonnen met de ontwikkeling van zorgovereenkomsten. Met uitzondering van de afdeling verpleging/verzorging in Rotterdam, hebben deze mondelinge en schriftelijke afspraken nog geen echt bindend karakter in de vorm van zorggarantie of een zorgcontract. Met name waar het huishoudelijke hulpvragen betreft, informeert de intaker de cliënt over het voorbehoudende karakter van de afspraken en de (on)mogelijkheden binnen de organisatie. Intakers zouden het op prijs stellen wanneer ze de klant wel een zorggarantie zouden kunnen aanbieden maar voor de organisaties is het financieel niet altijd mogelijk te voldoen aan de geïndiceerde hulp doordat de beschikbare middelen soms onvoldoende zijn om

aan de toenemende vraag te voldoen.

Overdracht intake naar uitvoerend team

De overdracht van de intake/indicatiestelling naar het uitvoerend niveau verloopt in bijna alle instellingen via de personen die leiding geven aan de teams. Deze krijgen de intake-gegevens schriftelijk aangeleverd met waar nodig een mondelinge toelichting. In Zuid-West Friesland verloopt de overdracht via electronic mail. Soms worden de intake-gegevens direct aan de teams doorgegeven: dit geldt voor de teams verpleging/verzorging in de regio's Midden-Brabant en Zoetermeer. In Midden-Limburg gaan de intake-gegevens van verpleegkundige/verzorgende hulpvragen naar een zorgplanner, dit is een wijkverpleegkundige met overhead-taken.

De snelheid waarmee de nieuwe cliënt wordt ingepland en de hulp wordt ingezet, is afhankelijk van de urgentie van de hulpvraag en de capaciteit op de werkvloer. Wanneer degenen die verantwoordelijk zijn voor het inzetten van de hulp niet de gewenste hoeveelheid zorg kunnen leveren, wordt, al dan niet in overleg met de intaker en/of de cliënt, naar andere oplossingen gezocht. Oplossingen die gebruikt worden zijn:

- er worden oproep- uitzendkrachten ingeschakeld (als het budget van de instelling dit toelaat);
- soms wordt aan hulpverleners gevraagd over te werken;
- de totale planning wordt aangepast (de kaasschaaf-methode: iedereen krijgt wat minder);
- tijdelijk wordt Alpha-hulp of een particulier bureau ingeschakeld;
- er wordt tijdelijk een ander deskundigheidsniveau ingezet;
- men begint tijdelijk met minder uren zorgverlening.

Wanneer geen oplossing gevonden kan worden, kan dit tot gevolg hebben dat de cliënt langer opgenomen blijft in een ziekenhuis of dat de cliënt op een wachtlijst wordt geplaatst.

De veranderingen die ten opzichte van drie jaar geleden zichtbaar zijn in deze fase van het primaire proces hebben voornamelijk te maken met het feit dat men meer en meer overgaat tot het loskoppelen van intake en zorgverlening waardoor er ook meer sprake is van een echte overdrachtssituatie. Voorheen was dat met name bij de wijkverpleging minder het geval omdat hier de intake vaak gedaan werd door degene die zelf ook een (deel van) de zorg verleende waardoor in feite van een echte overdrachtssituatie geen sprake was. In het begin veroorzaakte deze extra schakel in het zorgverleningsproces wel enkele problemen: teamcoördinatoren geven aan dat de intakegegevens niet altijd voldoende waren om de zorgverlening meteen te kunnen starten. Er is veel terugkoppeling naar en overleg met de intakers nodig geweest om intake en zorgverlening op elkaar af te stemmen en goed aan te laten sluiten. In 1995/1996 lijken door gewinning en ervaring de meeste problemen rond de overdracht te zijn opgelost en is men over het algemeen tevreden over de manier waarop de overdracht van de intake naar het uitvoerend team verloopt. Wel geven teamcoördinatoren aan dat het gewenst is dat de intakers de cliënt goed informeren over de procedure en wachtlijsten zodat geen valse verwachtingen gewekt worden.

Contact tussen intakers en zorgverleners

Over het algemeen zijn de intakers redelijk tot zeer tevreden over de bereikbaarheid en de contacten met de (teamcoördinatoren van de) hulpverleners. De enkele keren dat men aangeeft ontevreden te zijn hebben betrekking op de bereikbaarheid. Genoemd

wordt bijvoorbeeld dat teamcoördinatoren soms moeilijk te bereiken zijn omdat ze spreken hebben op tijden dat de intakers vaak op pad zijn voor het verrichten van intake-bezoeken. Dit speelt met name bij instellingen waar intakers en hulpverleners in aparte gebouwen zijn gehuisvest, waardoor ad hoc contacten minder goed mogelijk zijn.

In Nieuwe Waterweg-Noord, IJmond, Drenthe en in sommige thuiszorgcentra in Rotterdam vindt regelmatig structureel overleg plaats tussen de intakers en team/zorgcoördinatoren. Tijdens dit overleg komen de (kwaliteit van) de intake en onderlinge afstemming aan bod. Hoe vaak deze overlegsituaties plaatsvinden varieert van 1 maal per maand tot 1 maal per jaar. Overige contacten tussen intakers en uitvoerende hulpverleners verlopen ad hoc en via het informele circuit. In de meeste gevallen blijkt dit voldoende, een klein aantal intakers geeft echter aan op deze manier onvoldoende feedback te ontvangen en zou baat hebben bij structureel overleg.

Bijscholing

Bij de meeste instellingen waar gewerkt wordt met een geïntegreerde intake, hebben de intakers bijscholing gehad. Dit varieert van een post HBO-cursus 'centrale intake' tot interne cursussen waarin bijvoorbeeld een aantal van de volgende onderwerpen werden behandeld: produktinformatie, klantgericht werken, gesprekstechnieken, interviewtechnieken, formuleren van problemen en doelen en het schrijven van rapporten. Daarnaast kreeg een aantal intakers afkomstig uit de gezinsverzorging bijscholing op het gebied van ziekte- en verpleegkundige kennis. Opvallend is dat geen enkele instelling intakers afkomstig uit de wijkverpleging heeft bijgeschoold in het verrichten van intakes bij een huishoudelijke hulpvraag en dat slechts twee intakers aangeven hier behoefte aan gehad te hebben. Algemeen wordt blijkbaar verondersteld dat hiervoor geen aparte kennis nodig is. Dit heeft met name in het begin tot enige onvrede geleid bij de intakers afkomstig uit de gezinsverzorging: ze kregen het idee dat hun vakkennis en deskundigheid enigszins werden ondergewaardeerd. Verder hebben de meeste intakers in de beginfase van de geïntegreerde intake enige tijd meegelopen met een intaker van de andere werksoort.

Ontwikkelingen met een positieve/negatieve invloed

Een groot aantal factoren heeft een bevorderende of belemmerende invloed uitgeoefend op de manier waarop de intake-procedure zich binnen de onderzochte instellingen heeft ontwikkeld. Samengevat worden hieronder de door de geïnterviewde functionarissen genoemde *externe* factoren weergegeven.

Door de zorgverzekeraars worden steeds meer eisen gesteld aan een objectieve intake-procedure. Voor een aantal instellingen is dit (mede) een reden geweest de intake los te koppelen van de uitvoering, bijvoorbeeld omdat de instelling alleen dan ook de intakes voor het Persoons Gebonden Budget mocht verrichten. Daarnaast hechten zorgverzekeraars belang aan een duidelijk inzichtelijke en gestandaardiseerde vorm voor het vaststellen van de benodigde hulp en deskundigheidsniveau. Dit heeft een positieve invloed op de ontwikkeling van goede, geïntegreerde intake-instrumenten, en daarmee op de uniformiteit en kwaliteit van de intake.

De overheid heeft aan de ene kant remmend gewerkt door het steeds veranderende (voorgenomen) beleid waardoor instellingen die bezig waren met integreren (in anticipatie op dit beleid) op hun beurt het instellingsbeleid steeds aanpassen. Hier en daar kostte dit veel tijd waardoor het integratieproces vertraging opliep. Ook bezuinigingen hebben een negatieve invloed op de (kwaliteit van de) intake. De harde optie van de intake voldoet het meest aan de eis van objectiviteit maar door onvoldoende financiële

middelen kunnen de instellingen niet (meer) aan de, vaak zelfs toenemende, vraag voldoen. Het gevolg is dat de indicatiestelling wel taakstellend kan zijn bedoeld, maar dat deze in werkelijkheid niet altijd uitgevoerd kan worden. Hierdoor zullen intakers op den duur toch weer rekening gaan houden met de capaciteit op de werkvloer (niemand vindt het namelijk prettig als zijn 'dwingende advies' steeds niet wordt opgevolgd) en zal de intake weer aan objectiviteit moeten inleveren. Aan de andere kant hebben bezuinigingen in combinatie met een toenemende vraag naar de thuiszorg ook een positieve prikkel gegeven aan het geïntegreerd werken: er moet efficiënter gewerkt worden en een geïntegreerde intake-procedure kost (op den duur) minder tijd en geld dan twee aparte intake-procedures naast elkaar. Ook de toenemende complexiteit van de zorgvraag, waardoor vaak meerdere disciplines bij één cliënt zijn betrokken, verhoogt de noodzaak voor een geïntegreerde intake-procedure.

Het landelijk kwaliteitsbeleid heeft ook zijn invloed: het 'klantvriendelijke denken' ziet men terug in de geïntegreerde intake: de cliënt heeft bij een gecombineerde hulpvraag nog maar met één intaker te maken en hoeft zijn verhaal niet meer twee keer te vertellen. Daarnaast wordt de cliënt steeds meer als consument behandeld: hij krijgt meer inspraak, inzicht- en controlemogelijkheden. Dit wordt mede bevorderd doordat de thuiszorgorganisaties hun monopoliepositie verliezen en te maken krijgen met concurrentie in de vorm van particuliere bureaus. Deze invloed wordt zichtbaar in de ontwikkeling van zorgcontracten/zorgovereenkomsten met de cliënt. De algemene aandacht voor zorg op maat en het aanbieden van een zorgcontinuüm stimuleert de ontwikkeling van de geïntegreerde indicatiestelling nog verder waardoor de indicatiebureaus op een aantal plaatsen al voor het gehele cluster verpleging en verzorging indiceren. De trend tot specialisatie en differentiatie bij de thuiszorg met als doel het leveren van optimale zorg, past bij het loskoppelen van de intake van de uitvoering. Intakers worden meer en meer als specialisten gezien en behandeld.

Ook *binnen* de organisaties is een aantal factoren aan te wijzen die invloed hebben op de ontwikkeling en kwaliteit van de intake-procedure. Cultuurverschillen tussen de wijkverpleging en de gezinsverzorging kunnen het integratieproces vertragen. Met name vanuit de wijkverpleging was in het begin sprake van veel weerstanden tegen een losgekoppelde intake. Men ervoer dit als een uitholling van het verpleegkundige beroep. In de loop van de tijd zijn deze weerstanden sterk afgezwakt. Tussen de verschillende intakers speelden deze cultuurverschillen een minder grote rol: vanaf het begin waren zij samen bezig gestalte te geven aan deze nieuw ontstane functie en zich een plekje te verwerven binnen de organisatie. De verschillen in cultuur van de wijkverpleging en gezinsverzorging hebben ook een positieve invloed gehad: binnen de gezinsverzorging was men al langer gewend aan het werken met een losgekoppelde intake. De wijkverpleging kon derhalve gebruik maken van de al aanwezige ervaring.

Een gezamenlijk (hoofd)gebouw waar zowel de intakers als de hulpverleners zijn gehuisvest, heeft een positieve invloed op het contact tussen de intakers onderling en tussen intakers en hulpverleners. Hierdoor zijn er meer (ad hoc) mogelijkheden voor overleg, feedback, terugkoppeling en onderlinge afstemming waardoor de eenduidigheid en kwaliteit van de intake wordt verhoogd.

Tenslotte blijkt ook een fusie tussen kruiswerk en gezinsverzorging op zich al een positieve prikkel te geven aan de integratie van de intake. Door de fusie ontstaat de behoefte aan een eenduidige indicatiestelling.

2.3.3 Het zorgaanbod

Een van de hoofddoelstellingen van de integratie van gezinsverzorging en kruiswerk is

het realiseren van een geïntegreerd zorgaanbod. Bij een geïntegreerd zorgaanbod worden huishoudelijke, verzorgende en verpleegkundige hulp vanuit één organisatie aangeboden. De wijze waarop dit zorgaanbod vorm krijgt kan verschillen. In deze paragraaf worden een aantal aspecten van het zorgaanbod belicht: (1) de kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling van de teams; (2) de manier van samenwerken binnen de teams; (3) de taakverdeling en -afbakening van de uitvoerenden binnen de wijkverpleging en gezinsverzorging; en (4) de substitutie (verschuiving) van zorg naar lagere deskundigheidsniveaus, een van de middelen waarmee de beoogde doelmatigheids-winst zou moeten worden verkregen.

Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling teams

In schema 2.4 wordt een overzicht gegeven van de samenstelling van de teams in 1992/1993 en in 1995/1996. Bij dit schema moet worden opgemerkt dat de benaming van de functieniveaus in de gezinsverzorging in 1994 is veranderd. De functieniveaus zijn sindsdien opgesplitst in huishulp A en verzorgingshulp B (voorheen helpenden), verzorgende C en verzorgende D (voorheen verzorgenden) en gespecialiseerde verzorgende E.

Uit het schema blijkt dat er na 92/93 veel is veranderd. In de eerste plaats is het aantal instellingen met geïntegreerde teams toegenomen. Destijds werd in vier regio's (Groningen Stad, Nieuwe Waterweg-Noord, Drenthe en Centraal Twente) met geïntegreerde teams gewerkt of geëxperimenteerd. Inmiddels is het experimentele stadium voorbij en werken deze instellingen nog steeds met geïntegreerde teams. Na het eerste onderzoek zijn nog twee andere instellingen met geïntegreerde teams gaan werken: Midden-Brabant en IJmond. De overige 6 instellingen werken (nog) traditioneel. Twee daarvan, Zoetermeer en Noordwest Veluwe, gaan op korte termijn (in de loop van 1996) de teams integreren en de resterende instellingen pas op langere termijn. Een uitzondering vormt Oost-Groningen, in deze regio heeft men bewust niet voor integratie gekozen.

De tweede duidelijke verandering betreft de samenstelling van de teams voor verpleging en verzorging. In 92/93 werd in vier instellingen (Drenthe, Groningen Stad, Nieuwe Waterweg-Noord en Centraal Twente) met volledig geïntegreerde teams geëxperimenteerd*. Twee daarvan (Groningen Stad en Nieuwe Waterweg-Noord) hebben de samenstelling veranderd: de huidige teams voor verpleging en verzorging** bestaan uit wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en verzorgenden D. In Drenthe werken de VV-teams nog steeds met zowel verzorgenden C en D als verzorgingshulpen B onder de hoede van één en dezelfde zorgmanager. Alleen in Centraal Twente werkt men nog met volledig geïntegreerde teams. Een belangrijk verschil met de situatie van Centraal Twente in 92/93 is dat de maatschappelijk werkers nu in een apart teamverband werken. Het aantal gemeenschappelijke cliënten bleek te gering te zijn om profijt te trekken uit een gezamenlijk teamverband.

* Een geïntegreerd team bestaat uit zowel functionarissen van de wijkverpleging als van de gezinsverzorging. Er kunnen in een dergelijk team maximaal 6 verschillende functieniveaus voorkomen: wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden/verpleegkundigen in de wijk, verzorgenden D, verzorgenden C, verzorgingshulpen B en huishulpen A.

** Ten behoeve van de leesbaarheid wordt een team dat met name verpleging en verzorging biedt in het vervolg afgekort tot VV-team en een team dat met name huishoudelijke hulp biedt tot HH-team.

Schema 2.4 Overzicht kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling teams

Regio	1992/1993				1995/1996			
	verpl/verz	aantal	huish hulp/ verz	aantal	verpl/verz	aantal	huish hulp/ verz	aantal
Midden Brabant**	wv wzv	9-11	gzv help	10-15	wv wzv D C	9-11	B A	10
Groningen Stad* (1)	wv wzv gzverz	18	help	12-15	wv wzv D	17	B A	10-15
	wv wzv gzverz help	20	help	12-15				
Nw Waterweg- Noord*	wwwzv gzverz help	10-11	gzverz help	18-22	wv wzv D	10-11	C B A	10-18
Drenthe*	wv wzv gzverz help	20	help	18	wv wzv D C	B18-25	A (soms ook B)	18
Zuid-West Friesland	wv wzv	5-7	gzverz help	8	wv wzv	5-7	D C B A	6-9
Rotterdam	wv wzv	4-6	gzverz help	8-20	wv wzv	7	D C B A	11
Noord-West Veluwe	wv wzv	3-5	gzverz help	8-10	wv wzv	6	D C B A	20-23
IJmond** (2)	wv wzv	10	gzverz help	10-12	wv wzv D C B	10-12	C B A	10-12
Zoetermeer	wv wzv	7-12	gzverz help	15	wv wzv	7-12	D C B A	15
Oost Groningen	wv wzv	14	gzverz help	19	wv wzv	8-22	D C B A	12-16
Midden Limburg	wv wzv	7-10	gzverz help	10-15	wv wzv	13-15	D C B A	10-15
Centraal Twente*	wv wzv gzverz help + mw	24-67	-	-	wv wzv D C B A	22-41	-	-

* Instellingen die zowel in 92/93 als in 95/96 met geïntegreerde teams werken

** Instellingen die na 92/93 met geïntegreerde teams zijn gaan werken

(1) In 92/93 werd in twee wijken van Groningen geëxperimenteerd met geïntegreerde teams: Groningen Zuid en Selwerd/Tuinwijk. De samenstelling van de teams verschilde per wijk.

(2) In Beverwijk (regio IJmond) wordt in 1996 geëxperimenteerd met wv in een apart, overkoepelend team.

wv: wijkverpleegkundige

wzv: wijkzakenverzorgende

gzverz: gezinsverzorgende

help: helpenden

D,C,B,A: nieuwe functieniveaus in de gezinsverzorging

mw: maatschappelijk werk

Zowel toen (92/93) als nu (95/96) functioneren bij de instellingen met een geïntegreerd zorgaanbod, naast de VV-teams aparte teams voor huishoudelijke hulp. Cliënten die alleen huishoudelijk hulp behoeven, worden dus door een apart team geholpen. Deze bestaan in elk geval uit thuishulpen A en verzorgingshulpen B. In twee instellingen (Nieuwe Waterweg-Noord en IJmond) zijn deze teams met verzorgenden C aangevuld.

De redenen voor het organiseren van aparte HH-teams hebben vooral betrekking op de aard van de hulpvraag. In de eerste plaats zou de vraag naar een combinatie van verpleging/verzorging en huishoudelijke hulp relatief weinig voorkomen. Wanneer dat wel het geval is, is de vraag naar huishoudelijke zorg doorgaans langduriger dan die naar verpleging en/of verzorging. Daardoor leidden de A/B's in een volledig geïntegreerd team tot 'opstoppen' d.w.z. dat zij door de langere zorgduur langer 'bezet' waren dan hun teamgenoten. Dit belemmerde de 'doorstroom' van cliënten wat ten koste ging van de flexibiliteit. Het verschil in zorgduur was voor Groningen Stad de belangrijkste reden om alle huishoudelijke hulp door de HH-teams te laten leveren. Een ander argument voor aparte HH-teams betreft de grote niveauverschillen, met name die tussen wijkverpleegkundigen en helpenden. Het verschil in opleiding (van HBO tot geen) bemoeilijkt het communiceren en daarmee de samenwerking.

Cliënten die alleen verpleging/verzorging nodig hebben worden door de VV-teams geholpen. Cliënten die alleen huishoudelijke hulp nodig hebben worden door de HH-teams geholpen. Wat dit betreft zijn er geen verschillen. Maar wat gebeurt er nu met de cliënt die zowel verzorging als huishoudelijke hulp nodig heeft? Hier wordt door de instellingen verschillend mee omgegaan. Vier van de vijf instellingen hanteren een zogenaamde flexibele grens: het team dat huishoudelijke hulp levert, wordt bepaald door de aard van de zorgbehoefte. Zo wordt in Nieuwe Waterweg-Noord huishoudelijke hulp door het VV-team geleverd wanneer het voortvloeit uit de (persoonlijke) verzorging die het VV-team daar al biedt en dan maximaal één uur per dag. In Midden Brabant is hier zelfs een speciaal 'rekschema' voor ontwikkeld. De nodige ondersteuning bij ADL en HDL* wordt aan de hand van het cliëntdossier gescoord. Ligt het accent op verzorging, dan worden de huishoudelijke activiteiten door het VV-team verricht. Ligt het accent daarentegen op huishoudelijke activiteiten, dan worden de verzorgende activiteiten door het HH-team uitgevoerd. In Midden Brabant is niet alleen uit klantvriendelijkheid voor deze optie gekozen, maar ook om het werk voor de HH-teams (A en B) aantrekkelijker te maken. Op deze wijze wordt het namelijk voor uitvoerenden mogelijk om ook licht verzorgende taken te verrichten.

Verder blijkt uit schema 2.4 dat de teams van instellingen met een geïntegreerd zorgaanbod groter zijn dan de teams van de traditionele instellingen. Tenslotte wordt, volgens de teamleiders, bij (natuurlijk) verloop bij diverse instellingen de opengevallen vacatures door lagere functieniveaus ingevuld. Dit gebeurt zowel bij de geïntegreerde als bij de traditioneel werkende instellingen. Zo blijkt een verandering te zijn opgetreden in de verhouding tussen het aantal wijkverpleegkundigen en het aantal wijkziekenverzorgenden. In 92/93 waren er relatief meer wijkverpleegkundigen dan wijkziekenverzorgenden (gemiddeld ongeveer twee op één). In 95/96 is deze verhouding gelijk of zijn er zelfs meer wijkziekenverzorgenden**.

Deze trend wordt doorgezet met de verschuiving van wijkziekenverzorgenden naar verzorgenden C en/of D: opengevallen vacatures van wijkziekenverzorgenden worden veelal door verzorgenden ingevuld. Deze verschuiving lijkt zich door te zetten van

* ADL-activiteiten (Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen) zijn verzorgende activiteiten zoals wassen en aankleden. HDL-activiteiten (Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen) zijn huishoudelijke activiteiten zoals koken, boodschappen doen en stofzuigen.

** Ook de 'verpleegkundigen in de wijk' worden als wijkziekenverzorgenden (2e deskundigheidsniveau) meegerekend.

verzorgenden D naar verzorgenden C. Zo wordt door teamleiders van vijf verschillende instellingen aangegeven dat de verzorgende D weinig of steeds minder in de VV-teams functioneren. In vier daarvan worden ze voornamelijk voor de avond- en weekenddiensten, acute thuiszorg, gespecialiseerde bejaardenverzorging of de gespecialiseerde gezinsverzorging ingezet. Op het terrein van de huishoudelijke hulp is eveneens een verschuiving merkbaar. In de HH-teams (van drie geïntegreerd werkende instellingen) vermindert het aantal verzorgingshulpen B ten opzichte van het aantal thuishulpen A. Verzorgingshulpen B mogen naast huishoudelijk werk ook bepaalde verzorgende taken uitvoeren maar zijn 'duurder' dan thuishulpen A.

Samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging

Samenwerking kan eveneens als een aspect van het zorgaanbod worden beschouwd. Naast de samenstelling, kunnen de teams worden gekarakteriseerd aan de hand van de frequentie en vorm van de contacten tussen de deelnemers.

De wijkverpleging kent een regelmatige overlegstructuur: vrijwel elke week worden de cliënten en de planning in teamverband doorgesproken. Daarnaast worden voor andere, niet direct patiënt- of cliëntgebonden zoals thema's, beleid, mededelingen en dergelijke, overlegsituaties gecreëerd. In enkele gevallen worden dergelijke zaken gecombineerd met de cliëntbespreking en/of planning. De frequentie van de bijeenkomsten die apart voor thema's en dergelijke worden georganiseerd, varieert van één keer per drie tot acht weken.

De gezinsverzorging heeft een lagere overlegfrequentie. De combinatie van planning en cliëntbespreking komt vrijwel niet voor. De frequentie van de planning in teamverband varieert van één keer per week tot één keer per vier weken. Dit betekent overigens niet dat de planning ook over die periode wordt bijgesteld. De leidinggevende kan de planning ook zelf opstellen en de uitvoerenden thuis toesturen. De frequentie van cliëntbesprekingen varieert van één keer per week tot één keer per jaar. In één instelling vindt geen cliëntbespreking in volledig teamverband plaats (Nieuwe Waterweg-Noord). Hier worden de cliëntsituaties tussen de hulpverleners onderling doorgesproken. Hierbij moet worden opgemerkt dat de frequentie van cliëntbesprekingen mede afhankelijk is van het soort team. Zo heeft een team voor alleen langdurige zorg minder vaak overleg nodig dan een team voor cliëntsituaties die intensievere zorg nodig hebben. De frequentie van niet-cliantgebonden zaken varieert van één keer per week tot één keer per acht weken.

In 95/96 blijkt bij drie geïntegreerde VV-teams het aantal overlegvormen voor cliëntbesprekingen te zijn uitgesplitst. Zo heeft Groningen Stad, naast het wekelijks overleg met het voltallig team, nog een tweewekelijks overleg met wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden apart en een maandelijks overleg met alleen coördinerend wijkverpleegkundigen. Ook in Drenthe vinden de cliëntbesprekingen in een kleiner verband plaats. In Centraal Twente heeft vrijwel elke functiegroep een eigen onderling overleg. De verschillende groepen ontmoeten elkaar alleen daar waar het de cliënt betreft. Dit geldt overigens met name voor wijkverpleegkundigen, wijkzakenverzorgenden en verzorgenden C en D. Zeer waarschijnlijk hangt deze uitsplitsing samen met de grootte van het team: deze twee instellingen hebben namelijk de grootste teams. In IJmond worden de cliëntgebonden zaken voornamelijk schriftelijk doorgegeven: via een 'zorgschrift' bij de cliënt en het 'overdrachtsboek' op kantoor. Het feit dat de disciplines in deze laatste instelling nog steeds afzonderlijk zijn gehuisvest, is daar voor een groot deel debet aan.

Ook bij de traditioneel werkende organisaties vindt structureel overleg tussen wijkverpleging en gezinsverzorging plaats (Rotterdam, Oost Groningen, Midden Limburg, Noord-West Veluwe en Friesland). In dit overleg wordt de afstemming rond gemeenschappelijke cliënten doorgesproken. De frequentie hiervan verschilt, evenals het niveau waarop de communicatie plaatsvindt. De meesten hiervan hebben voor een overlegvorm gekozen waarbij ook uitvoerenden (meestal verzorgenden) overleg hebben met de wijkverpleging (Rotterdam, Noord-West Veluwe en Zoetermeer). De overlegfrequentie hiervan varieert van één keer per week tot één keer per zes maanden. Zo is in Rotterdam een 'inloop-overleg' voor hulpverleners opgezet waar hulpverleners van de gezinsverzorging bij collega's van de wijkverpleging kunnen binnenlopen. Elk wijkzorgteam en thuishulpteam heeft een contactpersoon. Deze contactpersoon prikt een datum en stelt een agenda op. De hulpverleners geven aan met wie ze wat willen bespreken. De contactpersoon fungeert tijdens dit overleg als voorzitter.

Over het algemeen lijkt het aantal besprekingen waarin niet-patiëntgebonden onderwerpen aan de orde komen zoals thema's, taakafstemming en beleidszaken, terug te lopen. Tijdsdruk en het streven naar meer 'productieve uren' zijn hier wellicht debet aan.

Voor wat betreft de tijdsbesteding aan overleg is de indruk dat ondanks de teams groter zijn geworden en het aantal overlegsituaties is uitgebreid, niet méér tijd aan overleg wordt besteed: de vergaderingen zijn korter en er wordt efficiënter vergaderd. Dit geldt zowel voor geïntegreerde als voor traditioneel werkende instellingen.

Taakafbakening, taakafstemming en substitutie

Taakafbakening, taakafstemming en substitutie zijn aandachtspunten die nauw met elkaar zijn verbonden. Van taakafbakening is sprake indien duidelijk is wie wat moet doen en waar verantwoordelijk voor is. Door middel van taakafstemming sluiten de werkzaamheden van het ene functieniveau aan op die van het andere functieniveau (Jansen en Kerkstra, 1995). Substitutie is een van de doelstellingen van de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging: kostenbesparing wordt onder meer verwacht van substitutie van taken van wijkverpleegkundigen naar wijkzickenverzorgenden en van wijkzickenverzorgenden naar gezinsverzorgenden (Ministerie van WVC, 1990). Indien er inderdaad sprake zou zijn van substitutie, dan zou dit moeten blijken uit de veranderingen in het takenpakket van de verschillende hulpverleners. Dit kan tot gevolg hebben dat minder functionarissen taken onder of boven hun niveau uitvoeren (Verheij e.a., 1993). In het volgende wordt beschreven hoe de instellingen 'op papier' en in de praktijk onderscheid maken tussen de verschillende functieniveaus. Daarna wordt ingegaan op de door de teamleiders waargenomen substitutie-effecten.

Het onderscheid tussen functieniveaus op papier

Het onderscheid tussen de verschillende functies kan worden gemaakt door middel van functieomschrijvingen, functieprofielen of mondelinge afspraken en zijn bedoeld om taken duidelijk af te bakenen en op elkaar af te stemmen. Uit de interviews blijkt dat in vrijwel alle instellingen het onderscheid tussen de verschillende functies met behulp van functieprofielen of functieomschrijvingen wordt vastgelegd. De CAO-thuiszorg wordt hierbij vaak als hulpmiddel gebruikt. Verder wordt door een aantal instellingen (Drenthe, Rotterdam, Noord-West Veluwe, IJmond, Nieuwe Waterweg-Noord en Centraal Twente) het toewijzingsmodel van het NIZW of het zogenaamde Arnhemse model gebruikt. Deze modellen hanteren de complexiteit van zorg als maatstaf. Oost Groningen vormt hierop een uitzondering door een model te gebruiken waarin de 'continuïteit

in persoon' als maatstaf wordt genomen: degene met het hoogste deskundigheidsniveau verricht ook de bijkomende handelingen, ook al liggen deze op een lager deskundigheidsniveau (maximaal 20%). Het feit dat dit een plattelandsgebied is waarin reistijd een belangrijke kostenfactor is, speelt in deze keuze mee. In Midden Brabant wordt een speciale scoretabel gebruikt: de totaalscores op ADL en HDL geven aan welk (hoogste) functieniveau moet worden ingezet. In Zoetermeer is het deskundigheidsniveau gekoppeld aan diensten, gebaseerd op de producten-diensten omschrijvingen van de LVT. Er zijn in 1996 geen opmerkelijke verschillen tussen instellingen met geïntegreerde teams en instellingen met traditionele teams zichtbaar (zie schema 2.5).

Schema 2.5 De verdeling van taken en verantwoordelijkheden bij wijkverpleging en gezinsverzorging per instelling

Regio	1995/1996 verdeling van taken en verantwoordelijkheden
Midden Brabant**	scoretabel ADL en HDL
Groningen Stad*	functieprofielen
Nw Waterweg-Noord*	functieprofielen + zorgtoewijzingsmodel
Drenthe*	functieprofielen + toewijzingsmodel NIZW
Zuid-West Friesland	functieprofielen + protocol 1e en 2e deskundigheidsniveau
Rotterdam	functieprofielen + toewijzingsmodel NIZW
Noord-West Veluwe	functieprofielen + toewijzingsmodel NIZW + "Groene Boekje"
IJmond**	toewijzingsmodel NIZW
Zoetermeer	functieprofielen + meetinstrument voor complexiteit + koppeling van diensten aan producten
Oost Groningen	functieprofielen + toewijzingsmodel gebaseerd op continuïteit
Midden Limburg	functieprofielen + meetinstrument voor complexiteit
Centraal Twente	functieprofielen + toewijzingsmodel NIZW

* Deze instellingen werken zowel in 92/93 als in 95/96 met geïntegreerde teams

** Deze instellingen zijn na 92/93 met geïntegreerde teams gaan werken

Taakafbakening, taakafstemming en substitutie tussen wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden

In de praktijk blijkt dat het bestaan van functieprofielen nog niet vanzelfsprekend tot een duidelijke taakafbakening en taakafstemming leidt. Zo wordt door vrijwel alle teamleiders aangegeven dat wijkverpleegkundigen regelmatig onder hun niveau werkzaam zijn. Slechts enkele teamleiders (Zuid-West Friesland, IJmond en Drenthe) beschouwen dit als een incidenteel verschijnsel. Dat wijkverpleegkundigen regelmatig onder hun niveau werken komt omdat het aantal patiënten met een complexe zorgvraag relatief gering is in verhouding tot het aantal wijkverpleegkundigen. Wanneer een vergelijking wordt gemaakt tussen instellingen met geïntegreerde teams en instellingen met traditionele teams ontstaat de indruk dat de wijkverpleegkundigen in geïntegreerde teams meer gelegenheid krijgen om op het eerste deskundigheidsniveau werkzaam te zijn. Met name in deze laatstgenoemde instellingen is qua taken van de wijkverpleegkundige een verschuiving zichtbaar van uitvoerende naar meer coördinerende en (inhoudelijk) begeleidende taken. In een tweetal regio's worden de uitvoerende taken van de (coördinerend) wijkverpleegkundige zelfs formeel beperkt (Groningen-Stad en Nieuwe Waterweg-Noord). Deze verschuiving wordt mede mogelijk gemaakt doordat een aantal van hun taken zijn overgenomen door wijkzickenverzorgenden, die door de bijdrage van verzorgenden meer ruimte hebben gekregen. Daarnaast zijn de wijkverpleegkundigen in meer situaties eindverantwoordelijk geworden, aangezien verzorgenden bij de meeste instellingen geen zorgcoördinator kunnen zijn.

Hoewel wijkverpleegkundigen regelmatig taken onder hun niveau verrichten, zien vrijwel alle teamleiders een verschuiving van taken van wijkverpleegkundigen naar wijkzickenverzorgenden. In dit verband zijn geen duidelijke verschillen tussen geïntegreerde en traditionele teams te vinden. Voorzover er verschillen tussen instellingen bestaan, betreft dit waarschijnlijk de mate waarin deze verschuiving plaatsvindt. Dit verschil wordt vooral door de samenstelling van het personeelsbestand veroorzaakt: in sommige instellingen zijn relatief veel wijkverpleegkundigen aanwezig.

Taakafbakening, taakafstemming en substitutie tussen wijkzickenverzorgenden en verzorgenden

Volgens de teamleiders werken de wijkzickenverzorgenden in vrijwel alle instellingen meer dan in 92/93 op hun eigen niveau. In twee instellingen (Oost Groningen en Midden Limburg) werken ze nog regelmatig beneden en in één instelling regelmatig boven hun niveau (Noord-West Veluwe). Deze drie genoemde instellingen werken overigens met traditionele teams.

Dat wijkzickenverzorgenden meer dan voorheen op niveau functioneren heeft enerzijds met de aard van de zorgvraag te maken: taken op het tweede deskundigheidsniveau worden veel gevraagd. Anderzijds wordt, met name in geïntegreerde teams, in toenemende mate gebruik gemaakt van de mogelijkheid om verzorgende taken naar een lager deskundigheidsniveau door te schuiven. Op dit niveau wordt zelfs de grootste verschuiving en uitwisseling van taken gesignaleerd. De taken waar het hier om gaat liggen vooral op het terrein van de lichamelijke verzorging in stabiele situaties, zoals wassen en aankleden, maar ook taken als oogdruppelen en medicijnen uitzetten worden steeds vaker door verzorgenden gedaan. Zo kunnen wijkzickenverzorgenden zich meer richten op curatieve taken op het tweede deskundigheidsniveau. Het scherper indiceren is in dit verband ook een belangrijke factor: de intakers worden, gestimuleerd door het streven naar kostenbeheersing, steeds kritischer als het gaat om het bepalen van het hoogste deskundigheidsniveau.

Voorzover er verschillen tussen geïntegreerde teams en traditionele teams bestaan, hebben deze waarschijnlijk betrekking op de mate waarin deze verschuiving plaatsvindt. Zo hebben enkele teamleiders van traditionele teams de indruk dat er (nog) meer verschuiving zou kunnen plaatsvinden wanneer men met geïntegreerde teams zou werken. Ook de teamleiders van de twee instellingen die relatief kort met geïntegreerde teams werken (Midden Brabant en IJmond) zijn van mening dat meer substitutie mogelijk is. Vermoedelijk is tijd een belangrijke factor als het gaat om het bewerkstelligen van substitutie-effecten: het personeelsbestand kan immers niet direct worden aangepast. Daarnaast ontstaat de indruk dat substitutie van cliënten naar verzorgenden een periode van gewenning vereist waarin de wijkverpleging bekend raakt met en vertrouwen krijgt in de capaciteiten van verzorgenden.

Taakafbakening, taakafstemming en substitutie tussen verzorgenden en thuishulpen A en/of verzorgingshulpen B

Op grond van het voorgaande zou men verwachten dat verzorgenden, gezien de taken die zij van de wijkzickenverzorgenden krijgen doorgeschoven, meer dan voorheen taken op hun niveau of wellicht boven hun niveau uitvoeren. De praktijk vertoont echter een iets ander beeld. Wanneer de verzorgenden D (die vooral in de avond-, nacht- en weekenddiensten werkzaam zijn) voor het gemak even buiten beschouwing worden gelaten, blijkt dat verzorgenden op of onder hun niveau werkzaam zijn. Een duidelijk verschil tussen instellingen met geïntegreerde teams en instellingen met traditionele teams is in dit verband niet zichtbaar. Enkele genoemde redenen voor het uitvoeren

van taken onder hun niveau zijn: aard van de zorgvraag, capaciteitsproblemen (geen verzorgingshulpen B/thuishulpen A beschikbaar), continuïteit van persoon (Oost Groningen) en samenstelling van het team. Thuishulpen A functioneren vrijwel zonder uitzondering op niveau of slechts incidenteel boven. Verzorgingshulpen B werken iets vaker dan huishulpen A boven hun niveau.

Voor wat betreft substitutie van C/D naar A/B zijn de ervaringen wisselend. Bij de meeste instellingen wordt een verschuiving geconstateerd, soms zelfs van wijkziekenverzorgenden naar verzorgingshulpen B. Bij andere zijn de taken al zodanig verdeeld dat er na 92/93 geen extra verschuiving is gesignaleerd. De teamleiders geven aan dat, zodra er ruimte is (en geen wachtlijsten), cliënten worden doorgeschoven. Substitutie van verzorgingshulpen B/thuishulpen A naar alpha-hulp komt vrijwel niet voor. Alpha-hulp betreft alleen huishoudelijke hulp en veel cliënten zijn niet in staat tot het vervullen van een werkgeversrol. Centraal Twente daarentegen constateert hier wel een duidelijke verschuiving.

Tevredenheid teamleiders over het (geïntegreerde) zorgaanbod

De teamleiders van instellingen met een geïntegreerd zorgaanbod zijn over het algemeen positief over het werken in geïntegreerde teams. Een reden die in dit verband met name door teamleiders van VV-teams wordt aangedragen, is de vooruitgang in de kwaliteit van het werk van gezinsverzorgenden: verzorgenden die in een VV-team werkzaam zijn worden nu door een (coördinerend) wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende, in plaats van een leidinggevende gezinsverzorging, ondersteund en doorgaans ook aangestuurd. Dit zou hun deskundigheid op het terrein van de gezondheidszorg ten goede komen. Een (coördinerend) wijkverpleegkundige zou meer kennis van en inzicht in gezondheid en het zorgverleningsproces hebben en tijdiger en kritischer evalueren.

Een ander positieve ervaring van teamleiders betreft de communicatie. Door het werken in één team zijn de lijnen korter en kan men eerder en gemakkelijker afspraken maken. Dit komt weer ten goede aan de overdracht.

Een effect van een heel andere orde is de toenemende arbeidsvreugde van de verzorgenden. Het functioneren in een geïntegreerd VV-team betekent voor de meeste verzorgenden een positieve verandering in werkzaamheden: meer verzorging en minder huishoudelijke werk. De ervaring van verschillende teamleiders is dat verzorgenden de verzorgende taken over het algemeen leuker vinden dan huishoudelijk werk. Bovendien zou verzorgend werk meer status hebben dan huishoudelijk werk.

De keerzijde van de scheiding tussen VV-teams en HH-teams is de "verschraling" van het werk van de verzorgingshulpen B. In de traditionele situatie verrichten zij ook verzorgende handelingen terwijl zij bij een geïntegreerd zorgaanbod relatief meer huishoudelijke werkzaamheden hebben gekregen. Voor Midden Brabant is dit een reden geweest om de reeds ingevoerde maatregel de HH-teams alleen huishoudelijke taken te laten verrichten, terug te draaien: het bij de HH-teams 'weghalen' van alle verzorgende taken leverde daar namelijk veel protest op.

De ervaring is eveneens dat (cultuur)verschillen tussen wijkverpleging en gezinsverzorging de samenwerking kunnen beïnvloeden. Deze verschillen komen onder meer tot uitdrukking in de werkwijze: verzorgenden zijn bijvoorbeeld meer handelingsgericht terwijl wijkverpleegkundigen de cliënt meer vanuit een bepaalde zorgvisie benaderen. Andere verschillen hebben betrekking op de mate van autonomie en vergaderstijl. Zo zijn wijkverpleegkundigen vanuit hun opleiding gewend om zelfstandig te werken. Verzorgenden zijn daarentegen gewoon door hun leidinggevende te worden aangestuurd. Dit kan een overlegsituatie bemoeilijken.

Wanneer een vergelijking wordt gemaakt met de situatie in 92/93 worden duidelijke veranderingen geconstateerd. Met name in geïntegreerde teams is het zogenaamde wij-zij denken nog wel aanwezig maar sterk verminderd. Het samenwerken in één team heeft daar een positieve invloed op (gehad). Men leert elkaars werk kennen en respecteren. Alleen in Midden Brabant zou het wij-zij denken nog sterk overheersen, ten koste van de onderlinge communicatie en daarmee van de samenwerking. Ook in IJmond is nog enige 'strijd' gaande. Vooral de koppeling van teamleiders uit de gezinsverzorging aan VV-teams heeft veel weerstanden opgeleverd. Hierbij moet worden opgemerkt dat Midden-Brabant en IJmond 'pas' na 92/93 met geïntegreerde teams zijn gaan werken.

In de nog traditioneel werkende instellingen is men tevreden over de samenstelling van de teams. Een aantal teamleiders (Zoetermeer en Zuid-West Friesland) is echter van mening dat het werken met geïntegreerde teams een meerwaarde kan opleveren die de samenwerking nog kan verbeteren. De teamleiders zijn over het algemeen redelijk tevreden over de kwantitatieve teamsamenstelling. Een duidelijke tendens waar men meer moeite mee heeft is de zogenoemde flexibilisering van contracten: vaste krachten worden vervangen door kortere en/of flexibele contracten. Dit kan namelijk nadelige gevolgen hebben voor de kwaliteit en continuïteit van zorg.

Een punt waar verschillende teamleiders uit de gezinsverzorging moeite mee hebben is de functie-herwaardering in 1993. Op basis van de werkzaamheden op een bepaalde peildatum is de huidige functie-indeling naar thuishulp A, verzorgingshulp B, verzorgende C en verzorgende D vastgesteld. Dit heeft tot gevolg gehad dat een aantal uitvoerenden beneden hun capaciteiten zijn ingedeeld. Zo zijn er gezinsverzorgenden die geen verzorgende taken meer mogen verrichten en geen vooruitgang in salaris meer hebben. Dit heeft veel weerstand en pijnlijke situaties teweeggebracht.

Naast de mening van teamleiders over de kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling van de teams is ontevredenheid geuit over de totale capaciteit van de teams. Zo is in Centraal Twente sinds 20 mei 1996, naast de reeds bestaande wachtlijst voor huishoudelijke hulp, een wachtlijst voor verpleging en verzorging ingesteld. Dit betekent dat slechts 'levensbedreigende' situaties mogen worden geholpen. Dit betekent ook dat 'nieuwe' cliënten moeten wachten totdat er weer ruimte is of worden naar een particulier thuiszorgbureau doorverwezen. Bestaande contacten kunnen, ook al is het nodig, niet worden uitgebreid maar moeten zo snel mogelijk worden afgebouwd. Voor innovaties, zoals activiteiten in het kader van transmurale zorg, die met de bestaande capaciteit moeten worden opgevangen, is geen ruimte meer. Er zou meer personeel, en vooral C en D verzorgenden, nodig zijn om dit tekort aan te vullen. Dit probleem geldt men name voor het stedelijk gebied van Centraal Twente (Hengelo). De publiciteit rond de wachtlijst heeft er echter mede voor gezorgd dat de zorgvraag in het gehele gebied merkbaar is verminderd. Ook in Nieuwe Waterweg-Noord is sinds 1 mei 1996 een wachtlijst voor verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp ingesteld.

Een laatste punt van zorg betreft de 'doorgeschoten substitutie-effecten'. Verschillende teamleiders uit de wijkverpleging (uit traditionele teams) hebben de ervaring dat het doorschuiven van taken naar de gezinsverzorging ook een keerzijde heeft. Er kunnen situaties ontstaan waarbij de zorg te lang bij de gezinsverzorging blijft 'hangen'. Een voorbeeld dat in dit verband meestal wordt aangehaald, ligt op het gebied van wondverzorging. Zo werd bij een cliënt de verzorging van de wond, zodra de situatie dat

toeliet, aan verzorgenden overgelaten. De wond werd echter slechter zonder dat deze achteruitgang aan de wijkverpleging werd teruggerapporteerd. Bij eerder ingrijpen door de wijkverpleging zou een dergelijke situatie kunnen worden voorkomen.

Belemmerende en bevorderende factoren bij het realiseren van een geïntegreerd zorgaanbod

Als het gaat om de keuze voor wel of niet integreren blijkt dat met name externe factoren een rol hebben gespeeld. Zo past het integreren van de teams in een maatschappelijke ontwikkeling: het streven van aanbodgericht naar vraaggericht werken waarbij de patiënt steeds meer als consument wordt beschouwd. De concurrentie van andere - particuliere - organisaties en de introductie van het Persoonsgebonden Budget hebben dit streven nog een extra impuls gegeven. Bij de organisatie van het zorgaanbod streeft men dan ook naar klantvriendelijkheid en continuïteit van zorg: "zo weinig mogelijk verschillende mensen over de vloer". De teams worden zodanig ingericht en het werk wordt zodanig verdeeld dat de cliënt zo mogelijk door één team kan worden geholpen en met zo min mogelijk wisselingen van hulpverleners te maken krijgt.

Een ander externe factor is het financieringsbeleid van de overheid die het management dwingt tot het realiseren van een efficiënt zorgaanbod. De verwachting is namelijk dat een geïntegreerd zorgaanbod meer mogelijkheden voor substitutie biedt en daarmee kostenbesparing kan bewerkstelligen. Deze externe prikkel wordt nog versterkt door de zorgvraag die alsmaar toeneemt. Deze groei wordt voor een groot deel veroorzaakt door de toename van het aantal (dementerende) ouderen die niet alleen huishoudelijke hulp maar ook verzorging nodig heeft, een ontwikkeling die om intensieve samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging vraagt.

Ook de positieve ervaringen (van andere instellingen) met het werken met geïntegreerde teams kan als een bevorderende factor worden beschouwd.

Naast de bevorderende factoren zijn er eveneens externe factoren getraceerd die een belemmerende invloed hebben uitgeoefend bij het realiseren van een geïntegreerd zorgaanbod. Een duidelijk belemmerende externe factor is de financieringssystematiek: de wijkverpleging en de gezinsverzorging kennen nog steeds verschillende systemen. Dit is voor één instelling (Rotterdam) zelfs een reden geweest om de teams niet te integreren. Met name het verschil in eigen bijdrage blijft een barrière in het streven naar substitutie van wijkverpleging naar gezinsverzorging. In de praktijk blijkt namelijk dat sommige cliënten daardoor onnodig lang bij de wijkverpleging in zorg blijven. Het kost de instelling dan te veel moeite om de overdracht naar de gezinsverzorging aan de cliënt te 'verkopen'. Sommige cliënten willen namelijk niet extra betalen voor de zorg die ze normaal gesproken ook van de wijkverpleging kunnen krijgen.

Naast de externe zijn er interne, organisatiegebonden factoren die van invloed zijn gebleken. Een veelgenoemde bevorderende factor is een gezamenlijke huisvesting; dit bevordert overleg en daarmee de overdracht tussen de verschillende functieniveaus.

Een belemmerende organisatie-gebonden factor betreft de verschillen in arbeidscontracten. Verzorgenden werken doorgaans met korte en flexibele contracten. Dit heeft tot gevolg dat het aantal 'kantooruren' in vergelijking met die van wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden veel minder is. Dit bemoeilijkt hun bereikbaarheid voor het onderling contact. Daarnaast is een duidelijke tendens zichtbaar waarbij, ook in de wijkverpleging, vaste formatieplaatsen worden vervangen door flexibele contracten of oproepkrachten. Deze hulpverleners komen niet of nauwelijks 'op kantoor'.

Tenslotte zijn beroepsgebonden factoren zoals niveau- en statusverschillen tussen de verschillende hulpverleners niet of nauwelijks van invloed op de keuze om wel of niet te integreren, maar wel op de wijze waarop het integratie-proces is verlopen en de op de wijze waarop het geïntegreerde zorgaanbod uiteindelijk gestalte heeft gekregen. Zo hebben de uitvoerenden in Midden Brabant duidelijk blijk van onvrede gegeven. Het aantal werknemers dat wegens ziekte of ontslag is weggebleven heeft het integratie-proces belemmerd. In dezelfde regio hebben de uitvoerenden en leidinggevenden er tevens voor gezorgd dat de HH-teams ook licht verzorgende taken mogen uitoefenen, mede om de werkzaamheden aantrekkelijker te maken. Dit wil overigens niet zeggen dat de andere geïntegreerd werkende instellingen geen weerstanden bij het personeel hebben ondervonden. De teamleiders geven echter aan dat deze in de loop der tijd zijn weggeëbd en dat een actief beleid gericht op het integreren van cultuurverschillen zijn vruchten afwerpt.

2.3.4 Coördinatie van zorg

In de thuiszorg zijn verschillende niveaus van coördinatie te onderscheiden: coördinatie op organisatie-niveau, op teamniveau en op het niveau van de individuele cliënt. Dit onderzoek richt zich op de laatste twee niveaus; achtereenvolgens worden de gegevens uit de interviews behandeld die betrekking hebben op de wijze waarop de instellingen gestalte geven aan de coördinatie op teamniveau en hoe men de zorg rond de cliënt coördineert.

Coördinatie op teamniveau

Achtergrond teamcoördinatoren

Bij de meeste instellingen die werken met geïntegreerde teams wordt de functie van teamcoördinator vervuld door voormalig leidinggevenden van de gezinsverzorging en voormalig hoofdwijkverpleegkundigen. De enige uitzondering vormt Groningen Stad waar de VV-teams rechtstreeks onder leiding van een Hoofd Werkeenheid vallen (deze functie komt overeen met die van rayon-manager). In IJmond en Drenthe zijn de teamleiders voor het merendeel afkomstig uit de gezinsverzorging. Ook bij Thuiszorg Noord-West Veluwe gaat hier in de toekomstplannen de voorkeur naar uit omdat men van mening is dat de functie-inhoud van leidinggevenden uit de gezinsverzorging het meest overeen komt met de werkzaamheden van de (toekomstige) teamcoördinator. De teamcoördinatoren afkomstig uit beide werksoorten geven zowel leiding aan VV-teams als aan HH-teams maar meestal heeft men slechts één soort team onder zich. Alleen in IJmond en in Drenthe geven een aantal teamcoördinatoren leiding aan zowel een VV- als een HH-team. De meningen lopen uiteen over wat het meest efficiënt is: het aansturen van verschillende soorten teams maakt substitutie makkelijker en men blijft op de hoogte van de zorgverlening op alle gebieden. Eén soort team aansturen maakt daarentegen de personeelsplanning bijvoorbeeld bij ziekte en vakantie makkelijker. In Centraal Twente is dit onderwerp niet aan de orde omdat hier slechts met één soort team gewerkt wordt waarin alle functieniveau's zijn vertegenwoordigd.

Bij instellingen die niet met geïntegreerde teams werken, worden de teams voor verpleging en verzorging geleid door een (voormalig) hoofdwijkverpleegkundige en de verzorgende/huishoudelijke teams door een (voormalig) leidinggevende van de gezinsverzorging. Alleen bij het Kruiswerk in Oost Groningen wordt sinds kort de functie van teamleider vervuld door wijkziekenverzorgenden of verpleegkundigen in de wijk. De teams zijn hier gekoppeld aan huisartsenpraktijken en de wijkverpleegkundigen vervullen de functie van praktijkverpleegkundige. Deze fungeren als verbindende schakel tussen de huisarts en de zorgteams en coördineren de zorgverlening. In Zoetermeer vallen de

teams voor verpleging en verzorging tijdelijk, totdat de teams geïntegreerd worden, direct onder een rayonmanager. Met uitzondering van het Kruiswerk in Oost Groningen zijn de teamleiders bij geen enkele instelling betrokken bij de directe zorgverlening, wel zijn de teamcoördinatoren die leiding geven aan verzorgende/huishoudelijke teams meestal ook degenen die de coördinatie van de directe zorg op zich nemen. Dit komt overeen met de traditionele situatie waarin de leidinggevende van de gezinsverzorging zowel leiding gaf aan de gezinsverzorgenden en helpenden als verantwoordelijk was voor de inhoudelijke zorgverlening. Bij de verplegende en verzorgende teams bestaat een duidelijke scheiding tussen de twee niveaus van coördinatie: alleen in Midden Limburg en in IJmond is de teamcoördinator ook (deels) betrokken bij de coördinatie van de directe zorgverlening. Ook deze situatie vertoont veel overeenkomsten met traditionele gang van zaken: de hoofdwijkverpleegkundige hield zich met name bezig met leidinggevende taken en de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden droegen zorg voor (de coördinatie van) de directe hulpverlening. In schema 2.6 wordt weergegeven welke functionarissen voorheen en nu leiding geven aan de verschillende soorten teams.

De veranderingen die zich de afgelopen jaren hebben voorgedaan lijken zich te beperken tot de instellingen die met geïntegreerde teams werken: hier wordt (met uitzondering van Groningen Stad) niet langer onderscheid gemaakt tussen wie welke teams aanstuurt. Daarnaast heet men niet langer 'hoofdwijkverpleegkundige' of 'leidinggevende' maar 'zorgteammanager', 'thuiszorgmanager' of 'operationeel manager'. Wanneer men echter kijkt naar veranderingen in de afgelopen drie jaar voor wat betreft de inhoud van de functie en een aantal aspecten van het werk zoals: span-of-control, mate van autonomie, contact met hulpverleners en cliënten, werkdruk en stress, dan ziet men bij alle instellingen een duidelijk verschil met een aantal jaren geleden.

Werkzaamheden en werkkenmerken

Bijna alle teamcoördinatoren geven aan dat hun functie steeds meer een voorwaarden-scheppende, ondersteunende en sturende inhoud krijgt. Veel tijd wordt in beslag genomen door organisatorische en administratieve taken waardoor men zich steeds minder met de inhoudelijke zorgverlening en de individuele begeleiding van de hulpverleners kan bezig houden, of zoals één van de geïnterviewden het samenvatte: "het wordt steeds meer een kantoorbaan". Deze verandering in inhoud van de functie lijkt het grootst voor voormalig leidinggevend van de gezinsverzorging die nu leiding geven aan VV-teams; voormalig hoofdwijkverpleegkundigen hielden zich ook voorheen al minder bezig met de inhoudelijke kant van de zorgverlening. Maar ook de teamcoördinatoren van instellingen die (nog) met traditionele teams werken, geven aan nauwelijks of geen tijd meer te hebben voor bijvoorbeeld het afleggen van huisbezoeken of het aan de orde stellen van zorginhoudelijke thema's tijdens werkbesprekingen. De verandering in werkzaamheden is een gevolg van het feit dat de meeste instellingen de afgelopen jaren veel aandacht hebben besteed aan het opzetten en/of verbeteren van een produktiemanagement-systeem. Een deel van deze management-taken rust op de schouders van de teamcoördinatoren zoals het beheren van het budget en het verwerken van gegevens met betrekking tot geleverde producten en de tijdsbesteding van de hulpverleners.

Schema 2.6 Achtergrond van de teamcoördinatoren

Regio	1992/1993			1995/1996		
	verpl/verz	huish. hulp + lichte verz.	huish hulp	verpl/verz	huish.hulp + lichte verz.	huish. hulp
Midden Brabant*	hoofdwijkverpl.k.	leidingg. GV		teamleider GV/WW	teamleider GV/WW	
Groningen Stad**/**	leidingg. GV		leidingg. GV	hoofd werk- eenheid		leidingg. GV?
	hoofdwijkverpl.k.		leidingg. GV			
Nw Waterweg- Noord*	hoofdwijkverpl.k.		leidingg. GV	teamhoofd GV/WW	teamhoofd GV/WW	
Drenthe*	OM GV/WW		OM GV/WW	OM GV/WW		OM GV/WW
Zuid-West Friesland	hoofdwijkverpl.k.	leidingg. GV		hoofdwijk- verpl.k.	leidingg. GV	
Rotterdam	hoofdwijkverpl.k.	leidingg. GV		ZTM WW	ZTM GV	
Noord-West Veluwe	hoofdwijkverpl.k.	leidingg. GV		hoofdwijk- verpl.k	leidingg. GV	
IJmond*	hoofdwijkverpl.k.	leidingg. GV		TZM vnl. GV	TZM vnl. GV	
Zoetermeer	hoofdwijkverpl.k.	leidingg. GV		rayon-	leidingg. GV	
Oost Groningen	coördinerend wijkverpl.k.	leidingg. GV		WZV/verpl. A	unithoofd GV	
Midden Limburg	hoofdwijkverpl.k.	leidingg. GV		leidingg. WW	leidingg. GV	
Centraal Twente***	hoofdwijkverpl.k./ leidingg. GV			ZM WW/GV		

* Deze instellingen werken met geïntegreerde teams

** In 1992/1993 werd in twee wijken van Groningen geëxperimenteerd met geïntegreerde teams: Groningen Zuid en Selwerd/Tuinwijk.

*** In Centraal Twente zijn de teams volledig geïntegreerd, deze geven ook huishoudelijke hulp

OM: operationeel manager

ZTM: zorgteammanager

TZM: thuiszorgmanager

ZM: zorgmanager

Ook besteden instellingen steeds meer aandacht aan het verhogen van de productie zonder dat dit extra financiële middelen vraagt. Eén van de maatregelen die men neemt om dit te bereiken is het verminderen van de overhead-kosten. De teamcoördinatoren geven dan ook allen aan dat de span of control de laatste jaren is toegenomen: men geeft leiding aan meer hulpverleners en heeft meer cliënten onder de hoede. Daarnaast zijn de teamcoördinatoren mede verantwoordelijk voor het voldoen aan de met zorgverzekeraars gemaakte productie-afspraken. Men geeft aan dat "de rek" er op

de werkvloer een beetje uit gaat waardoor veel tijd en aandacht nodig is voor het stimuleren en motiveren van de hulpverleners. Tijd en aandacht die de teamcoördinatoren niet altijd kunnen geven omdat hun drukke werkzaamheden hier onvoldoende de ruimte voor bieden.

De teams zelf lijken steeds zelfstandiger te worden, mede veroorzaakt doordat het voor de leidinggevenden niet haalbaar meer is aanwezig te zijn bij alle planningsbijeenkomsten en werkbesprekingen. Dit geldt met name voor de huishoudelijke/verzorgende teams: wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden werkten al vrij zelfstandig. De hulpverleners uit de HH-teams raken hierdoor actiever betrokken bij het zorgverleningsproces, ervaren meer verantwoordelijkheid en de communicatielijnen met de cliënt verlopen niet langer uitsluitend via de leidinggevende. Niet alle hulpverleners kunnen deze toename in verantwoordelijkheid echter zo maar zonder scholing aan.

Zowel de teamcoördinatoren van instellingen die werken met geïntegreerde teams, als van instellingen die werken met traditionele teams, geven aan dat de werkdruk en stress in de afgelopen jaren zijn toegenomen. Deels wordt dit veroorzaakt door de grotere span of control, deels door de bijgekomen taken op het gebied van budgetbeheer en produktiemanagement. Ook de toenemende verantwoordelijkheid met betrekking tot het bereiken van afgesproken productiecijfers werkt stressverhogend, evenals het aanpassen aan en omgaan met veranderingen in de organisatie die zowel door het integratieproces (bijvoorbeeld het omgaan met cultuur- en niveauverschillen binnen de geïntegreerde teams) als door genoemde landelijke ontwikkelingen in gang gezet worden.

Aan de ene kant ervaren de teamleiders meer autonomie doordat men steeds meer verantwoordelijkheden krijgt zoals op het gebied van budgetbeheer. Aan de andere kant geven met name de teamcoördinatoren van gefuseerde organisaties die afkomstig zijn uit de wijkverpleging, een afname van autonomie aan. Men heeft minder invloed op het beleid van de organisatie dan voorheen en de controle op eigen functioneren neemt toe. Hulpverleners binnen het Kruiswerk waren gewend aan een cultuur van meedenken, meepraten en meebeslissen en hadden een grote vrijheid van handelen. In de gefuseerde organisaties wordt meer een top-down benadering gehanteerd, mede doordat de organisaties veel groter zijn geworden.

Tevredenheid teamcoördinatoren over hun functie

De geïnterviewde teamcoördinatoren zijn over het algemeen redelijk tevreden over de huidige invulling van hun functie: als totaaloordeel wordt gegeven: "wel zwaar, maar boeiend". Wel geeft men bijna unaniem aan de span of control te groot te vinden. Ook zou men graag wat minder administratief werk willen doen en meer tijd willen besteden aan het begeleiden van de hulpverleners. Onderwerpen die aandacht behoeven zijn: motivatie, ziekteverzuim, functioneringsgesprekken en inhoudelijke ondersteuning/scholing. Nu ervaart men de afstand tot de hulpverleners als te groot; een enkele teamcoördinator geeft aan zelfs niet alle hulpverleners bij naam te kennen. Men mist het contact met de cliënt en heeft het gevoel daardoor een beetje de feeling met de inhoudelijke zorgverlening/het werkveld te verliezen. De afname van autonomie wordt door de teamcoördinatoren afkomstig uit de wijkverpleging als minder prettig ervaren. Wel geeft één van hen aan dat het misschien ook wel goed is zo: "vroeger hadden wijkverpleegkundigen wel erg veel ruimte".

Tenslotte wordt als positief punt genoemd dat men door het bewaken en beheren van het budget prijsbewuster en kritischer naar de zorgverlening is gaan kijken.

Hierna wordt een kort overzicht gegeven van de ontwikkelingen die een positieve en/of negatieve invloed hebben uitgeoefend op de wijze waarop de huidige teamcoördinatie

bij de in het onderzoek betrokken instellingen is georganiseerd.

Ontwikkelingen met een positieve/negatieve invloed

Om te kunnen inspelen op de landelijke ontwikkelingen rond marktwerking en concurrentie, gaan de thuiszorgorganisaties meer en meer over op produktmanagement. Door de toenemende concurrentie van particuliere bureaus wordt het leveren van goedkope en toch goede zorg steeds belangrijker. Ook de toenemende vraag naar thuiszorg in relatie tot de beschikbare financiële middelen van de organisaties, oefent invloed uit op de wijze waarop gestalte wordt gegeven aan de teamcoördinatie. Instellingen gaan kritischer naar (de prijs van) hun produkten kijken en proberen de kosten waar mogelijk te reduceren. Overheadkosten worden omlaag gebracht door de span of control van de teamcoördinatoren te verhogen. Onder invloed van deze ontwikkelingen en de productie-afspraken die instellingen maken met zorgverzekeraars, zijn ook de werkzaamheden van deze functionarissen veranderd: de nadruk komt steeds meer te liggen op produkt- en tijdregistratie, controle en een efficiënt budgetbeheer.

De geïnterviewde teamcoördinatoren geven naast deze externe ontwikkelingen ook een aantal interne factoren aan die invloed hebben uitgeoefend op de (kwaliteit van de) teamcoördinatie zoals scholing, ondersteuning door het management en cultuurverschillen.

Bij alle instellingen die werken met geïntegreerde teams, en bij Thuiszorg Rotterdam en het Kruiswerk in Oost Groningen, is aandacht besteed aan de bijscholing van de teamcoördinatoren. Deze varieert van een individueel bijscholingsprogramma naar behoefte in Rotterdam tot het opleiden tot HBO-niveau van voormalig MBO-leidinggevenden uit de gezinsverzorging in IJmond. Met name wanneer deze laatste groep nu ook leiding geeft aan VV-teams, geeft men zelf aan veel behoefte (gehad) te hebben aan ondersteuning en bijscholing. Wanneer daar niet (tijdig) voor gezorgd wordt, kan dat een reden zijn voor veel uitval en verloop zoals in Midden Brabant gebeurde. In Centraal Twente hebben de teamcoördinatoren een training ontvangen in het positief beïnvloeden van de cultuurintegratie.

Een aantal teamcoördinatoren (van zowel geïntegreerde als niet-geïntegreerd werkende instellingen) geeft aan onvoldoende steun te (hebben) ontvangen van het management. Men vindt dat het management te veel ad hoc besluiten neemt en het middenkader onvoldoende informeert. Veranderingen worden soms te snel doorgevoerd en volgen elkaar in hoog tempo op waardoor er voor de teamcoördinatoren weinig tijd overblijft een en ander op een goede manier te implementeren en te laten bezinken. Men heeft er wel begrip voor dat dit vaak ook niet anders kan omdat er op het management ook druk wordt uitgeoefend steeds weer in te spelen op externe ontwikkelingen.

Tenslotte hebben cultuur-statusverschillen met name in het begin een rol gespeeld bij de instellingen die werken met geïntegreerde teams. Zowel binnen de teams als in de relatie tussen de hulpverleners en de teamcoördinatoren leidde dit soms tot weerstanden en conflicten. Met name vanuit de hoek van de wijkverpleging bestond er weerstand tegen de situatie leiding te ontvangen van een teamcoördinator zonder verpleegkundige achtergrond die soms ook lager opgeleid was dan zij zelf.

Coördinatie van de directe zorg

Achtergrond zorgcoördinatoren

In instellingen die met een geïntegreerd zorgaanbod werken, wordt de zorg van cliënten die hulp krijgen van een HH-team gecoördineerd door de teamcoördinator. Dit komt overeen met de traditionele situatie waar de zorgcoördinatie in handen ligt van de

leidinggevende van de gezinsverzorging. Alleen in Zuid-West Friesland wordt binnen de flexibele teams (voor acute/intensieve zorgverlening) de zorg door D-verzorgenden gecoördineerd en in de regio Noord-West Veluwe kunnen verzorgenden C en D deze functie vervullen. De verpleegkundige/verzorgende hulp wordt bij instellingen die traditioneel werken meestal gecoördineerd door een (coördinerend) wijkverpleegkundige of een wijkziekenverzorgende. In Oost Groningen en Midden Limburg beperkt men zich bij het invullen van deze functie tot wijkverpleegkundigen (in Oost Groningen heet deze functionaris praktijkverpleegkundige). Dit laatste geldt ook voor twee instellingen die met geïntegreerde VV-teams werken: Groningen Stad en Drenthe. In Schiedam kan een wijkziekenverzorgende ook de zorgcoördinatie op zich nemen en in Midden-Brabant en IJmond wordt tevens aan verzorgenden deze taak toegekend. Tenslotte kan in Centraal Twente in principe elke hulpverlener de zorg coördineren, alleen bij hoog-complexe zorgsituaties wordt altijd een wijkverpleegkundige aangesteld. Schema 2.7 geeft een overzicht van de functionarissen die in 1992/1993 en in 1995/1996 in aanmerking komen voor het coördineren van de zorg rond de individuele cliënt.

Wat betreft de coördinatie van zorg van cliënten die huishoudelijke/verzorgende hulp krijgen lijkt op het eerste gezicht weinig veranderd te zijn voor wat betreft de functionaris die deze taak op zich neemt. Alleen bij Thuiszorg Noord-West Veluwe, Centraal Twente en in enkele specifieke gevallen in Drenthe kunnen ook verzorgenden coördinator zijn. Uit de interview-gegevens kan men echter opmaken dat in de afgelopen jaren bij tenminste een aantal (zowel geïntegreerd als traditioneel werkende) organisaties wel een verandering is opgetreden. Formeel is de HH-teamcoördinator/leidinggevende van de gezinszorg nog steeds eindverantwoordelijk voor de inhoud en onderlinge afstemming van de huishoudelijke/verzorgende hulpverlening maar de hulpverleners krijgen steeds meer verantwoordelijkheden. Dit heeft te maken met de hoge werkdruk van de teamleiders die daardoor (coördinerende) taken naar de uitvoerend hulpverleners gaan delegeren. Kijkend naar schema 2.7 zou men voorzichtig kunnen concluderen dat wat betreft de zorgcoördinatie binnen de VV-teams een tegenovergestelde tendens werkzaam is. Naarmate men langer ervaring heeft met geïntegreerde teams, lijkt de verantwoordelijkheid voor de zorgcoördinatie hier (weer) naar hoger opgeleide functionarissen te gaan. Bij instellingen die nog niet zo lang met geïntegreerde teams werken (Midden Brabant en IJmond) kunnen zowel wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden als verzorgenden D en C, en in IJmond ook verzorgingshulpen B, als zorgcoördinator worden aangesteld. In IJmond heeft men overigens wel plannen gehad de wijkverpleegkundigen als "meewerkend voorvrouw" aan te stellen maar dit stuitte op teveel weerstand omdat de wijkverpleegkundigen het idee hadden dat het coördineren van de zorg ook voor verzorgenden een te groot aandeel van hun werktijd in beslag zou nemen. Drie jaar geleden bestond in Groningen Stad, Drenthe, Centraal Twente en Nieuwe Waterweg-Noord dezelfde situatie als nu in Midden Brabant en IJmond. Inmiddels wordt bij de eerste twee instellingen de functie van zorgcoördinator alleen nog vervuld door (coördinerend) wijkverpleegkundigen, in Nieuwe Waterweg-Noord ook door wijkziekenverzorgenden. In Centraal Twente kunnen in principe alle hulpverleners als zorgcoördinator worden aangesteld maar in complexe situaties wordt altijd voor een wijkverpleegkundige gekozen. Hier zou hetzelfde mechanisme werkzaam kunnen zijn als bij de intakers: evenals het begrip "intaker" is ook de term "zorgcoördinator" een vrij nieuw begrip. Rond beide begrippen ontstaat in de loop van de tijd een specialistische nieuwe functie die vervolgens wordt vervuld door wijkverpleegkundigen omdat men uit gaat van de veronderstelling dat deze functionarissen het meest allround zijn opgeleid. Een andere verklaring zou kunnen liggen in het feit dat de teamcoördinatoren van de

VV-teams zich steeds minder bezig (kunnen) houden met de inhoudelijke kant van de zorgverlening en/of over te weinig verpleegkundige kennis beschikken doordat ze afkomstig zijn uit de gezinsverzorging. Om deze lacune op te vullen en zodoende de kwaliteit van zorg te waarborgen worden wijkverpleegkundigen eindverantwoordelijk voor de (afstemming van de) inhoudelijke zorgverlening. Overigens past deze specialisatie van wijkverpleegkundigen in het substitutiebeleid waarbinnen uitvoerende taken naar het tweede deskundigheidsniveau gedelegeerd worden en de wijkverpleegkundige andere, zoals coördinerende, taken gaat verrichten.

Schema 2.7 Achtergrond van de zorgcoördinatoren

Regio	1992/1993		1995/1996	
	zorgaanbod	zorgcoördinator	zorgaanbod	zorgcoördinator
Midden Brabant	trad.	WV WZV/lg. GV	geïnt.	WV WZV D C/lg. HH
Groningen Stad	geïnt.	CWV WV WZV Verz./lg. HH	geïnt.	CWV/lg. HH
Nw Waterweg-Noord	geïnt.	WV WZV Verz./lg. HH	geïnt.	WV WZV/lg. HH
Drenthe	geïnt.	leidingg. + WV WZV Verz./lg. HH	geïnt.	CWV/lg. HH
Zuid-West Friesland	trad.	WV WZV/lg. GV	trad.	WV WZV/D lg. GV
Rotterdam	trad.	WV/lg. GV	trad.	WV WZV/lg. GV
Noord-West Veluwe	trad.	WV WZV/lg. GV	trad.	WV WZV/D C lg. HH
IJmond	trad.	WV WZV/lg. GV	geïnt.	WV WZV D C B/lg. HH
Zoetermeer	trad.	WV WZV/lg. GV	trad.	WV WZV/lg. GV
Oost Groningen	trad.	CWV/lg. GV	trad.	PV/lg. GV
Midden Limburg	trad.	WV/lg. GV	trad.	WV/lg. GV
Centraal Twente	geïnt.	WV WZV Verz.	geïnt.	WV* WZV D C B A

* In Centraal Twente wordt in complexe zorgsituaties altijd een WV ingezet, in minder complexe situaties de hulpverlener van het hoogste deskundigheidsniveau

lg. GV = leidinggevende gezinsverzorging
 lg. HH = teamcoördinator HH-team
 CWV = coördinerend wijkverpleegkundige
 PV = praktijkverpleegkundige

Rond cliënten die zowel verpleegkundige/verzorgende als huishoudelijke/verzorgende hulp ontvangen, is een tweedeling zichtbaar in de manier waarop wordt bepaald welke hulpverlener als zorgcoördinator gaat fungeren. In de meeste instellingen wordt de hulpverlener met het hoogste deskundigheidsniveau als zorgcoördinator aangesteld. Midden Brabant en IJmond hanteren daarentegen het principe van "wie het meest bij de cliënt komt, neemt de zorgcoördinatie op zich". Bij Thuiszorg Rotterdam hanteert men het criterium 'complexiteit': bij een hoog-complexe gecombineerde hulpvraag wordt een zorgcoördinator uit de verplegende/verzorgende teams aangesteld, bij een laag-complexe situatie neemt de leidinggevende van de gezinsverzorging deze taak voor haar rekening en in een gemiddeld-complexe situatie bepaalt men in onderling overleg wie de zorgcoördinator wordt. In de overige twee instellingen (Groningen Stad en Drenthe) wordt de coördinatie bijna altijd door de coördinerend wijkverpleegkundige gedaan omdat deze zorgcoördinator is bij de VV-teams, waar gecombineerde hulpvragen meestal terecht komen.

Werkzaamheden zorgcoördinator

Sinds 1992/1993 lijkt het begrip zorgcoördinatie, zowel bij geïntegreerd als traditioneel werkende instellingen, meer en meer een plaats te krijgen in het hulpverleningsproces.

Voorheen werd bijvoorbeeld bij een aantal instellingen alleen een zorgcoördinator aangesteld bij complexe en instabiele cliëntsituaties, nu wordt in alle situaties iemand aangesteld voor het coördineren van de zorg rond de individuele cliënt. Wel bestaan er tussen de betrokken instellingen verschillen in de wijze waarop het begrip zorgcoördinatie wordt gedefinieerd waardoor ook de taken van een zorgcoördinator per instelling enigszins kunnen verschillen. In de regio's IJmond en Nieuwe Waterweg-Noord maakt men bijvoorbeeld onderscheid tussen het begrip "eerst verantwoordelijke hulpverlener" en "zorgcoördinator". De zorgcoördinator kan in principe iedereen zijn, bijvoorbeeld ook de cliënt zelf of een familielid, en zorgt voor de afstemming van de thuiszorg en de zorg van andere disciplines. Hiertoe onderhoudt deze contacten met alle personen die op de een of andere manier bij de situatie zijn betrokken. De eerst verantwoordelijke hulpverlener coördineert de zorg die de cliënt van Thuiszorg IJmond ontvangt. Een dergelijk onderscheid in begrippen wordt door Groningen Stad gemaakt, echter met een ander invulling. De coördinerend wijkverpleegkundige is daar eindverantwoordelijk voor de afstemming en de kwaliteit van de zorgverlening en voor de inhoudelijke begeleiding en ondersteuning van de hulpverleners. De eerst verantwoordelijke hulpverlener houdt zich meer bezig met de dagelijkse werkzaamheden ten behoeve van de zorgcoördinatie zoals het bijhouden en aanpassen van het zorgplan. In Rotterdam bestaat binnen de organisatie nog steeds een verschil van mening over wat het begrip zorgcoördinatie precies inhoudt en welke functionaris het meest geschikt is voor deze functie. De discussie speelt zich af op het terrein of er nu wel of niet een tweedeling moet worden gehanteerd tussen eindverantwoordelijk voor de zorg en coördinatie van de zorg.

Naast deze verschillen in werkzaamheden van de zorgcoördinator ten gevolge van een verschil in definiëring van begrippen, zijn er verschillen in werkzaamheden die afhankelijk zijn van het deskundigheidsniveau van de zorgcoördinator. Het takenpakket en de verantwoordelijkheid van een zorgcoördinator van het eerste deskundigheidsniveau en van een HH-/GV-leidinggevende zijn meestal zwaarder dan de taken en verantwoordelijkheden van een (wijkzieken)verzorgende die als zorgcoördinator is aangesteld. In het laatste geval rust de eindverantwoordelijkheid voor de (kwaliteit van de) zorgverlening meestal op de schouders van de teamcoördinator en speelt deze, afhankelijk van de kwaliteiten van de individuele hulpverlener, een kleinere of grotere rol in de dagelijkse werkzaamheden rond de zorgcoördinatie.

Tevredenheid teamleiders over zorgcoördinatie

Over het algemeen zijn de geïnterviewde teamcoördinatoren tevreden over de manier waarop aan de coördinatie van de zorg gestalte is gegeven. Meer specifiek worden hier en daar nog wel wat op- en aanmerkingen gegeven. De uitbreiding van verantwoordelijkheden van verzorgenden, doordat ze als zorgcoördinator kunnen worden aangesteld en/of doordat de teamcoördinatoren meer (coördinerende) taken gaan delegeren, wordt als een positieve ontwikkeling gezien. Wel wordt opgemerkt dat niet alle verzorgenden deze belasting zonder meer kunnen dragen en dat op dit vlak extra ondersteuning/bijvorming gewenst is. De functie van coördinerend wijkverpleegkundige is vrij zwaar door de combinatie met curatieve taken en kan eigenlijk niet in part-time dienstverband worden vervuld. Ook voor deze functie is bijscholing gewenst bijvoorbeeld op het gebied van delegeren, coachen en begeleiden. In Groningen Stad wordt hier momenteel aandacht aan besteed, in Oost Groningen hebben deze functionarissen al in 1992 bijscholing gevolgd en in Drenthe is dit wel gewenst maar (nog) niet aan de orde. Bij Nieuwe Waterweg-Noord hebben zowel de wijkverpleegkundigen als de wijkziekenverzorgenden een bijscholing op het gebied van zorgcoördinatie ontvangen

en in Centraal Twente hebben de wijkverpleegkundigen een bijscholing ontvangen gericht op het voorzitten van cliëntbesprekingen.

De teamcoördinatoren van geïntegreerde teams zijn ook tevreden over de lacune die door de zorgcoördinatoren wordt ingevuld met betrekking tot het bewaken van de kwaliteit van de zorgverlening. Zoals eerder vermeld ontstond deze lacune door een tekort aan tijd en/of kennis van de teamcoördinatoren.

Hier en daar schort het nog wat aan de onderlinge afstemming van de team- en de zorgcoördinatie waardoor men het gevoel krijgt dat er twee kapiteins op één schip het roer proberen te bedienen. Ook de scheiding tussen de werkzaamheden ervaart men niet altijd als efficiënt: een coördinerend wijkverpleegkundige geeft bijvoorbeeld aan dat het haar efficiënter lijkt wanneer zij ook de planning voor haar rekening neemt.

Er zijn dus nog wat losse eindjes maar het begrip zorgcoördinatie lijkt overal meer vorm te krijgen op een manier die, in ieder geval voor de teamcoördinatoren, bevredigend is.

Ontwikkelingen met een positieve/negatieve invloed

Uit de interviews komt een beeld naar voren waaruit geconcludeerd kan worden dat de verschillen die er tussen de betrokken organisaties bestaan op het gebied van de zorgcoördinatie, niet lijken samen te hangen met een al dan niet aanbieden van een geïntegreerd zorgaanbod. Globaal gezien ontwikkelt de coördinatie van de zorg zich overal ongeveer op dezelfde manier.

In de algemene aandacht voor zorgcoördinatie rond de individuele cliënt, ziet men de landelijke tendens van het leveren van zorg op maat en het aanbieden van een zorgcontinuüm terug. Onder invloed hiervan gaat de thuiszorg steeds meer samenwerken met andere eerste- en tweedelijnsdisciplines waardoor het coördineren van zorg steeds belangrijker wordt, wil men de kwaliteit en de continuïteit blijven waarborgen. Daarnaast leidt ook de toename van het aantal complexe hulpvragen (door de vergrijzing en het gevoerde substitutiebeleid) steeds vaker tot situaties waarin meerdere hulpverleners elkaar rond het bed ontmoeten en waarin samenwerking en een goede zorgcoördinatie gewenst zijn.

De invloed van de in deze tijd naar verhouding soms beperkte financiële middelen van de thuiszorgorganisaties vindt men terug in het gegeven dat men wel de noodzaak inziet van een goede bijscholing voor de zorgcoördinatoren maar gezien de benodigde investering in tijd en geld is het niet voor alle instellingen haalbaar hier concreet gestalte aan te geven. Wellicht is ook het feit dat niet alle coördinerend wijkverpleegkundigen als zodanig worden betaald aan deze factor toe te schrijven.

Door de geïnterviewden worden ook een aantal interne beïnvloedende factoren genoemd. Binnen de instellingen veroorzaakt(en) cultuur- en statusverschillen in een aantal gevallen enige problemen. In Nieuwe Waterweg-Noord hebben de wijkverpleegkundige zorgcoördinatoren (die tevens de intake doen) bijvoorbeeld veel aandacht gehad en krijgen ook een hoger salaris. Met name in het begin leverde dit veel protest op binnen de organisatie en heeft de acceptatie van deze situatie veel tijd en moeite gekost. Bij Thuiszorg Drenthe heeft men wat moeite met een verschil in zorgvisie tussen de coördinerend wijkverpleegkundige en de verzorgenden van de VV-teams. Men geeft aan dat hier meer controle op de uitvoering van de zorgverlening nodig is dan men voorheen gewend was bij de wijkverpleging.

In Rotterdam leidt het begrippenverschil binnen de organisatie over inhoud en persoon van de zorgcoördinatie nog tot enige onduidelijkheid en onzekerheid. Hier wordt de zorgcoördinatie ook enigszins belemmerd doordat de ontwikkeling van een geïntegreerd zorgdossier sterk is vertraagd.

2.4 Samenvatting

De in het voorgaande beschreven kwalitatieve diepte-evaluatie werd door het NIVEL uitgevoerd om inzicht te krijgen in de wijze waarop in de afgelopen jaren het primaire proces in de thuiszorg gestalte heeft gekregen. Daartoe werd informatie verzameld over en bij twaalf thuiszorgorganisaties. Zes daarvan werken met een geïntegreerde intake en een geïntegreerd zorgaanbod, bij drie organisaties is alleen de intake-procedure geïntegreerd en de drie overige instellingen werken (nog) traditioneel.

In 1992/1993 is bij zeven van de eerstgenoemde negen regio's onderzoek uitgevoerd naar het effect van diverse integratieprojecten. Door deze gegevens te vergelijken met de manier waarop in 1995/1996 het primaire proces is georganiseerd, wordt duidelijk welke veranderingen zich in de afgelopen drie jaar hebben voorgedaan; met andere woorden hoe het integratieproces zich heeft ontwikkeld. Een vergelijking met de ontwikkeling van het primaire proces bij de drie instellingen die traditioneel werken, geeft enig inzicht in de mate waarin de doelstellingen van de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging zijn bereikt.

In deze paragraaf worden de belangrijkste resultaten uit het onderzoek kort weergegeven. De aandacht gaat hierbij uit naar de veranderingen die in de afgelopen drie jaren hebben plaatsgevonden en de factoren die hier een positieve en/of negatieve invloed op hebben uitgeoefend.

Veranderingen

Het eerste wat opvalt aan de resultaten uit het kwalitatieve onderzoek is de grote hoeveelheid veranderingen die de laatste drie jaren rond de organisatie van het primaire proces hebben plaatsgevonden.

De instellingen die in 1992/1993 experimenteerden met integratie-projecten hebben, met uitzondering van Noord-West Veluwe, de geïntegreerde werkwijze van de experimenten in het gehele werkgebied geïmplementeerd. Ook in Midden Brabant, waar drie jaar geleden nog geen projecten plaatsvonden, werkt men inmiddels zowel met een geïntegreerde intake als met een geïntegreerd zorgaanbod. Eén van de vier instellingen die alleen met een geïntegreerde intake experimenteerden, heeft nu ook de teams geïntegreerd, de drie overige zullen dit naar verwachting op termijn ook gaan doen. Twee van de drie traditioneel werkende instellingen zijn in de afgelopen periode gefuseerd en hebben al vergevorderde plannen voor de integratie van het primaire proces. Het integratieproces heeft zich duidelijk uitgebreid en deze lijn zet zich nog steeds voort.

Ook op een wat meer gedetailleerd niveau hebben zich, soms alleen bij geïntegreerd werkende, soms tevens bij traditioneel werkende instellingen, veel veranderingen voorgedaan. De thuiszorgorganisaties zijn voortdurend bezig met het aanpassen en bijschaven van de vorm waarin bepaalde onderdelen van de zorgverlening zijn gegoten en met het ontwikkelen van nieuwe methoden en instrumenten. Wanneer men het verloop van deze veranderingen over de afgelopen drie jaar bekijkt, is een aantal vormen waar te nemen.

Sommige veranderingen laten een duidelijke lijn in een bepaalde richting zien: bij de aanmelding ziet men bijvoorbeeld een trend tot centralisatie en een toename van de bereikbaarheid. Ook de loskoppeling van intake en uitvoering wordt steeds verder doorgevoerd. Er ontstaan onafhankelijke intake-afdelingen/-bureaus die soms voor het

gehele cluster verpleging en verzorging indiceren. De taakstellende indicatiestelling wordt door meer instellingen gehanteerd dan in 1992/1993. De werkwijze tijdens de intake-procedure is systematischer, gestandaardiseerder en uniformer geworden. De cliënt lijkt in toenemende mate inspraak te krijgen bij het bepalen van de inhoud en omvang van de hulp. Tevens wordt vaker de mogelijkheid geboden overzicht en controle te houden op de uitvoering van de geïndiceerde hulp door middel van mondelinge of schriftelijke afspraken.

Bij de organisatie van het zorgaanbod wordt eveneens een trend zichtbaar. Verhoudingsgewijs neemt het aantal lager opgeleide hulpverleners ten opzichte van het aantal hoger opgeleide hulpverleners toe. Mede hierdoor werken wijkziekenverzorgenden vaker dan voorheen op hun niveau. Voor wijkverpleegkundigen geldt hetzelfde, zij het in mindere mate en met name daar waar sprake is van een geïntegreerd zorgaanbod. De overlegsituaties lijken ingekort en efficiënter te verlopen en niet cliënt-gebonden besprekingen nemen af.

Bij de coördinatie van de teams doen sommige veranderingen zich alleen voor bij instellingen met een geïntegreerd zorgaanbod, andere komen bij alle instellingen voor. Het eerste geldt met name voor de achtergrond van de teamcoördinator: bij geïntegreerde instellingen wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen wie leiding geeft aan welk soort team. De werkzaamheden van de teamcoördinatoren en enkele werkaspecten zijn de laatste jaren overal erg veranderd. De nadruk ligt steeds meer op organisatorische, sturende en administratieve taken en men houdt zich steeds minder bezig met de inhoudelijke zorgverlening. Span of control, werkdruk, stress en verantwoordelijkheden zijn behoorlijk toegenomen. De toegenomen verantwoordelijkheden verhogen aan de ene kant de autonomie, welke aan de ander kant afneemt doordat binnen de organisaties meer een top-down benadering gehanteerd wordt. Door de verhoogde werkdruk zijn de teamcoördinatoren meer werkzaamheden gaan delegeren. Met name voor hulpverleners van huishoudelijke/verzorgende teams betekent dit een toename in verantwoordelijkheden.

Het begrip zorgcoördinatie krijgt steeds meer invulling en een eigen plaats in het zorgverleningsproces. In tegenstelling tot voorheen wordt nu bijvoorbeeld meestal aan elke cliënt een zorgcoördinator toegewezen.

Andere veranderingen vertonen meer een zigzag-patroon: in 1992/1993 was een onderdeel van het primaire proces op een bepaalde manier georganiseerd, tussendoor experimenteerde men met een andere vorm, om vervolgens weer min of meer te eindigen met de beginsituatie. Een voorbeeld hiervan vindt men in de manier waarop vorm wordt gegeven aan een geïntegreerde intake-procedure. In eerste instantie had een aantal organisaties het voornemen met een geïntegreerde intake volgens het allround principe te gaan werken, waarbij elke intaker alle soorten intakes kan verrichten. Al vrij snel bleek dit, met name voor de intakers afkomstig uit de gezinsverzorging, niet haalbaar en schakelde men over op het gedifferentieerde principe. Hierbij verdeelt men de intakes op grond van de specifieke deskundigheid van de intakers. Daarna ziet men bij een aantal instellingen weer verschijnselen die erop wijzen dat men toch weer over wil gaan op het allround principe. Vacatures worden hier opgevuld door wijkverpleegkundigen omdat deze de intakes voor alle soorten hulpvragen kunnen verrichten. Hetzelfde patroon maar dan met één stap minder is zichtbaar bij de samenstelling van geïntegreerde teams: men begint met een volledig geïntegreerde situatie, lijkt hier later toch weer wat van terug te komen en doet een stapje terug in de richting van een traditionele situatie. In 1992/1993 experimenteerden vier instellingen met teams waarin alle disciplines vertegenwoordigd waren. Al vrij snel bleek dit problemen op te leveren

en heeft men bij drie van de vier instellingen de thuishulpen A (en soms ook de verzorgingshulpen B) weer uit de teams gehaald. Twee instellingen die wat later met geïntegreerde teams gingen werken, hebben de tussenstap overgeslagen. Hier heeft men mogelijk wél van elkaars ervaringen geleerd.

Eenzelfde tendens valt op bij de manier waarop het reguliere overleg van de hulpverleners plaatsvindt. In het begin werden de teambesprekingen door alle functiegroepen bijgewoond. Dit bleek met name bij de planning en cliëntbesprekingen weinig efficiënt omdat niet alle onderdelen voor alle teamleden altijd even relevant waren. Daarna hebben de instellingen de frequentie van deze gezamenlijke overlegsituaties sterk teruggebracht en vindt een deel van het overleg weer in kleiner verband plaats: opgesplitst in functiegroepen of gegroepeerd rond een gezamenlijke cliënt.

Bij de achtergrond van de zorgcoördinatoren van geïntegreerde teams is ook een verandering met een soort zigzag-patroon waar te nemen. In een traditionele situatie ligt de zorgcoördinatie meestal in handen van een wijkverpleegkundige en in minder complexe gevallen van een wijkzorgenverzorgende. In de beginfase van het werken met geïntegreerde teams, krijgen ook verzorgenden deze taak toebedeeld. Langzamerhand lijkt de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van de zorg echter weer naar hoger opgeleide functionarissen te gaan.

Bij de derde soort veranderingen wordt geen duidelijke lijn in de tijd zichtbaar: men lijkt op een trial and error manier, steeds nieuwe vormen uit te proberen. Het meest opvallende voorbeeld is hier de ontwikkeling van (geïntegreerde) intake-instrumenten. In 1992/1993 was men overal volop bezig met het ontwikkelen van (al dan niet geïntegreerde) intake-formulieren, omdat de tot dan toe gebruikte WAS- en LIER-formulieren niet meer voldeden. Drie jaar later is men nog steeds bezig met ontwikkelen, aanpassen en verder verfijnen. Niet dat de instellingen hier te weinig in hebben geïnvesteerd: inmiddels hebben tenminste een aantal instellingen al ervaring op gedaan met drie verschillende instrumenten. Het ideale intake-instrument heeft men blijkbaar nog niet (uit)gevonden.

Eenzelfde diversiteit en uitproberen van verschillende mogelijkheden komt naar voren in de frequentie, inhoud en samenstelling van de reguliere overlegvormen. Nadat een volledig geïntegreerd overleg weinig efficiënt bleek, is men ook hier nog steeds op zoek naar de ideale vorm. Het door één instelling ontworpen 'inloop-spreekuur' lijkt hier het dichtst bij te liggen. Hulpverleners kunnen hier van tevoren bij een contactpersoon aangeven met wie ze wat willen bespreken en worden vervolgens op de agenda 'ingeroosterd'.

Beïnvloedende factoren

Welke factoren hebben nu een positieve en/of negatieve invloed uitgeoefend op genoemde veranderingen in de organisatie van het primaire proces?

Allereerst is het belangrijk te achterhalen welke factoren al dan niet stimulerend werken op de keuze om bepaalde onderdelen van het primair proces te integreren, of op de manier waarop/de snelheid waarmee dit gebeurt.

De veranderingen in de financiering van de thuiszorgorganisaties leidt tot een meer vrije prijsvorming, marktwerking en concurrentie in de thuiszorg. Gekoppeld hieraan neemt de invloed van de zorgverzekeraars toe. De betrokkenen gaan hierdoor steeds kritischer kijken naar de verhouding tussen prijs en kwaliteit. Ook de, ten opzichte van de vraag, relatieve afname van de financiële middelen van de thuiszorgorganisaties heeft een grotere prijsbewustheid tot gevolg. Dit lijkt een positieve stimulans te zijn

voor het realiseren van een geïntegreerde intake en een geïntegreerd zorgaanbod. De landelijke tendens waarin de behoefte van de cliënt centraal staat, met als onderdelen: zorg op maat, het aanbieden van een totaalpakket aan zorg en aandacht voor de continuïteit van de zorgverlening, lijkt dezelfde invloed uit te oefenen. De toename van het aantal complexe zorgvragen in combinatie met het overheidsbeleid dat gericht is op substitutie van intra- naar extramurale zorgverlening, doet de noodzaak tot intensieve samenwerking tussen kruiswerk en gezinsverzorging toenemen. Ook dit geeft een positieve prikkel aan de integratie van het zorgaanbod. Een gezamenlijke huisvesting heeft een positieve invloed op het gemak waarmee het integratieproces verloopt. Daarnaast zijn in het onderzoek ook factoren naar voren gekomen die het integratieproces hebben belemmerd of vertraagd. Het verschil in eigen bijdrage-regeling van kruiswerk en gezinsverzorging belemmert in een aantal gevallen het integreren van de teams en heeft negatieve gevolgen voor substitutie-effecten. De grote snelheid waarmee zich in de afgelopen jaren veranderingen hebben voorgedaan op het gebied van wet- en regelgeving en (voorgenomen) beleid met betrekking tot de thuiszorg hebben hier en daar het integratieproces vertraagd. Tenslotte blijken cultuurverschillen tussen wijkverpleging en gezinsverzorging een belangrijke belemmerende factor te zijn. Deze leveren bij de integratie van het primaire proces de nodige problemen op waardoor vertraging ontstaat en in sommige gevallen zelfs voor een andere dan de voorgenomen vorm gekozen werd. Tijd en gewenning zijn hierbij belangrijke factoren: als men wat meer met elkaar te maken krijgt, elkaar leert kennen en waarderen en de nieuwe situatie gaat accepteren, nemen de problemen af.

Naast de genoemde factoren die invloed uitoefenen op realisatie van een geïntegreerde intake en een geïntegreerd zorgaanbod, zijn in het onderzoek ook een aantal (soms dezelfde) factoren naar voren gekomen die direct invloed hebben op de vormgeving van het primaire proces. Het gaat hierbij om invloeden die zowel bij geïntegreerd als bij traditioneel werkende instellingen tot bepaalde, identieke veranderingen hebben geleid. Door de toenemende invloed van de zorgverzekeraars en de waarde die deze hechten aan een objectieve, uniforme en gestandaardiseerde intake-procedure, wordt meer en meer overgegaan op een losgekoppelde intake met een taakstellende indicatie. Deze factor stimuleert ook de (verdere) ontwikkeling van intake-instrumenten. Een losgekoppelde intake volgens de harde optie komt tevens overeen met het overgaan van een aanbod- naar vraaggerichte zorgverlening waarin de behoefte van de cliënt centraal staat. Als gevolg van de vrije marktwerking en concurrentie wordt de cliënt steeds vaker als consument behandeld en krijgt deze steeds meer invloed en controle op de inhoud en omvang van de zorgverlening. Deze factor stimuleert in combinatie met relatief afnemende financiële middelen van de thuiszorgorganisaties het overgaan op produktmanagement waarbij meer controle wordt uitgeoefend op functioneren en tijdsbesteding van de hulpverleners. Ook op de ontwikkeling van de (meer efficiënte) centrale meldpunten hebben deze factoren een positieve invloed, evenals de algemene aandacht voor klantvriendelijkheid, het bieden van een zorgcontinuüm en het beschikken over gezamenlijke huisvesting.

De ontwikkelingen die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden met betrekking tot de verhouding tussen vraag en aanbod hebben, naast de hiervoor genoemde positieve, ook negatieve gevolgen. De beschikbare financiële middelen van de thuiszorg bieden onvoldoende ruimte voor een aantal activiteiten door middel waarvan de kwaliteit van de zorgverlening wordt bewaakt en op peil gehouden. Themabesprekingen, functioneringsgesprekken en bijscholing schieten er vaker bij in door een gebrek aan tijd en geld. De veranderde verhouding tussen vraag en aanbod heeft ook geleid tot een

toename van de wachtlijsten die bijvoorbeeld het realiseren van een taakstellende indicatiestelling belemmeren. De groei van de wachtlijsten wordt mede veroorzaakt doordat de zorgvraag verandert. Er is tijd nodig om de samenstelling van de teams hieraan aan te passen.

In een plattelandsgebied levert het realiseren van een centrale aanmelding soms problemen op. Tevens kan deze factor een negatieve invloed uitoefenen op de taakafbakening (en substitutie-effecten): door de vaak lange reistijden is het niet altijd mogelijk voor elk onderdeel van de zorgverlening het juiste deskundigheidsniveau in te zetten.

Tenslotte heeft de weerstand vanuit de wijkverpleging tegen een loskoppeling van de intake, deze ontwikkeling vertraagd en soms deels belemmerd. In de meeste gevallen neemt deze weerstand na een periode van gewenning af.

Samengevat kan voorlopig, op basis van de informatie die tijdens dit onderzoek werd verzameld uit de jaarverslagen van de deelnemende instellingen en de interviews met intakers en teamcoördinatoren, geconcludeerd worden dat gemiddeld genomen de doelmatigheid en kwaliteit van het primaire proces in de afgelopen jaren lijkt toegenomen.

Ten dele lijkt deze winst toegeschreven te kunnen worden aan een aantal algemene ontwikkelingen die invloed hebben uitgeoefend op de vormgeving van het primaire proces. Het betreft hier factoren die zowel bij geïntegreerd als bij traditioneel werkende instellingen tot identieke veranderingen hebben geleid. Door de toenemende invloed van zorgverzekeraars wordt bijvoorbeeld overal de loskoppeling van intake en zorguitvoering steeds verder doorgevoerd. Dit komt ten goede aan zowel de kwaliteit als de efficiëntie van de zorg door een toename van de objectiviteit en uniformiteit van de intake-procedure en doordat de deskundigheid en geroutineerdheid van de intakers toeneemt. Daarnaast lijkt ook sprake te zijn van winst veroorzaakt door de integratie van (onderdelen van) het primaire proces. Het integreren van de teams bevordert bijvoorbeeld de kwaliteit van het werk van voormalig gezinsverzorgenden en de samenwerking en onderlinge afstemming tussen hulpverleners die betrokken zijn bij dezelfde cliënt. Ook het overdragen van een cliënt aan een ander functieniveau lijkt in geïntegreerde teams soepeler te verlopen. Het primaire proces wint hierdoor aan doelmatigheid (meer substitutie naar lager functieniveaus) en aan kwaliteit (cliënten worden tijdig overgedragen aan een hoger functieniveau).

In het volgende hoofdstuk wordt het kwantitatieve deelonderzoek beschreven waarin de meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten centraal staan. Op grond van de informatie die door middel van dit onderzoek wordt verzameld, zal nader ingegaan worden op de vraag in hoeverre de doelstellingen van de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging, verbetering van doelmatigheid en kwaliteit van de zorgverlening, inmiddels zijn bereikt.

3 HET PRIMAIRE PROCES GEËVALUEERD DOOR HULPVERLENERS EN CLIËNTEN

3.1 Inleiding

In het tweede deel van de diepte-evaluatie zijn bij hulpverleners en cliënten meningen over en ervaringen met de intake, het zorgaanbod en de zorgcoördinatie onderzocht. Hierbij staan de volgende vragen steeds centraal: wat is het oordeel van hulpverleners en cliënten over de diverse onderdelen van het primaire proces in 1996 en in hoeverre verschillen deze uitkomsten van de resultaten uit het onderzoek van 1993. Meer specifiek wordt getracht antwoord te geven op de volgende vraagstellingen:

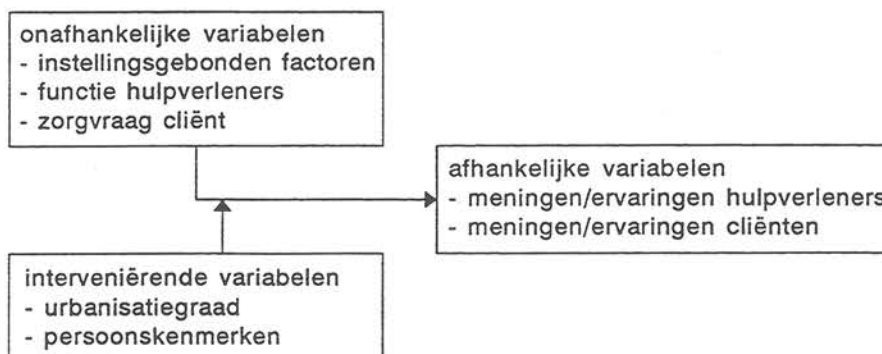
1. Hoe wordt de geïntegreerde intake/indicatiestelling, losgekoppeld van de zorgverlening, ervaren door hulpverleners en cliënten? Welke veranderingen zijn er ten opzichte van 1993?
2. Hoe wordt het zorgverlenen vanuit geïntegreerde teams ervaren door hulpverleners en cliënten? Welke veranderingen zijn er ten opzichte van 1993?
3. Hoe wordt de zorgcoördinatie ervaren door hulpverleners en cliënten? Welke veranderingen zijn er ten opzichte van 1993?

3.2 Methode

De verschillende manieren waarop het primaire proces in de betrokken instellingen gestalte heeft gekregen, kunnen verschillende meningen en ervaringen bij hulpverleners en cliënten tot gevolg hebben. Bij hulpverleners speelt vervolgens ook functie een rol: het effect van een loskoppeling van de intake heeft bijvoorbeeld een grotere invloed op het werk van wijkverpleegkundigen dan op het werk van thuishulpen A. Bij cliënten is de zorgvraag van belang: een geïntegreerd zorgaanbod is bijvoorbeeld van meer belang voor cliënten met een gecombineerde dan voor cliënten met een eenvoudige hulpvraag. Zowel persoonskenmerken van hulpverleners en cliënten als de urbanisatiegraad van het werkgebied van de instellingen kunnen een interveniërende invloed uitoefenen op de meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten. In de onderzoeksopzet wordt voor de invloed van deze variabelen gecontroleerd.

Het beschreven model staat samengevat in schema 3.1.

Schema 3.1 Onderzoeksmodel



In de volgende paragrafen worden de verschillende variabelen in het onderzoeksmodel uitgebreid beschreven.

3.2.1 Onafhankelijke variabelen

Instellingsgebonden factoren

Om een vergelijking met de situatie in 1993 mogelijk te maken, worden de instellingen die geïntegreerd werken in twee categorieën verdeeld: instellingen waar gewerkt wordt met geïntegreerde intake en geïntegreerde teams (GI + GT), en instellingen waar alleen met geïntegreerde intake gewerkt wordt (GI + TT).

Door de gegevens van deze geïntegreerde instellingen te vergelijken met gegevens van een controlegroep, dat wil zeggen; instellingen die nog traditioneel werken (gescheiden intake, gescheiden zorgaanbod: TI + TT), kunnen uitspraken gedaan worden over het effect van de integratie op de kwaliteit en de efficiëntie van de zorgverlening zoals gezien door de ogen van de meest betrokken personen: hulpverleners en cliënten. Samenvattend worden de in het onderzoek betrokken instellingen verdeeld in drie categorieën:

- instelling I: er wordt gewerkt met GI + GT
- instelling II: er wordt gewerkt met GI + TT
- instelling III: er wordt gewerkt met TI + TT (controlegroep)

Functie en zorgvraag

Net als in 1993 wordt gekozen voor de functie zoals die door de hulpverlener wordt aangegeven. De verschillende functies die in het onderzoek worden betrokken zijn: wijkverpleegkundigen thuiszorg/volwassenenzorg, verpleegkundigen in de wijk, wijkziekenverzorgenden, verzorgenden C en D, verzorgingshulpen B en huishulpen A. Alpha-hulpen zijn niet in dit deel van het onderzoek betrokken omdat deze niet in dienst zijn van de thuiszorg-organisaties*.

In verband met de vergelijkbaarheid van de situatie in 1993 worden de functieniveau's verdeeld in vier groepen:

- functie I: wijkverpleegkundigen
- functie II: verpleegkundigen in de wijk en wijkziekenverzorgenden
- functie III: verzorgenden C en D (in 1993 gezinsverzorgenden)
- functie IV: verzorgingshulpen B en huishulpen A (in 1993 helpenden)

De vier functiegroepen worden in de tabellen met resultaten respectievelijk aangeduid met: WV, WZV, C/D en A/B.

Bij de cliënt staat de zorgvraag centraal. Op grond hiervan worden ze ingedeeld in drie groepen:

- cliënt I: cliënt ontvangt zorg van wijkverpleging
- cliënt II: cliënt ontvangt zorg van gezinsverzorging
- cliënt III: cliënt ontvangt zorg van zowel wijkverpleging als gezinsverzorging

* In het eerste deel van het onderzoek zijn wel vragen opgenomen over Alpha-hulp o.a. bij substitutie, ook in het onderzoek van het Nzi (1996) is de Alpha-hulp opgenomen.

De drie cliëntgroepen worden in de tabellen respectievelijk aangeduid met cliënt WV, cliënt GV en cliënt WV/GV.

3.2.2 Afhankelijke variabelen

Meningen en ervaringen hulpverleners

Voor wat betreft de *intake* wordt onder andere nagegaan of de kwaliteit van de geïntegreerde intake als beter wordt beoordeeld dan een traditionele intake en of de intake voldoende gegevens oplevert om met de zorgverlening te starten. Daarnaast wordt gevraagd naar meningen ten aanzien van een losgekoppelde intake, de wenselijkheid van geïntegreerde intakes en de benodigde deskundigheid/achtergrond van de intaker.

Meningen en ervaringen aangaande het *zorgaanbod* worden geïnventariseerd door vragen te stellen over draagvlak voor het werken in geïntegreerde teams, efficiëntie van de taakverdeling, taakafbakening, verandering in taken en overlegsituaties. Daarnaast wordt gevraagd een beoordeling van een aantal werkkenmerken te geven (o.a. autonomie, feedback, werkdruk) en naar tevredenheid over de werksituatie en de mate van sociale ondersteuning door leidinggevenden en collega's.

Met betrekking tot de *coördinatie* van zorg worden onder andere meningen en ervaringen gevraagd over benodigde deskundigheid/achtergrond van de zorgcoördinator, of de zorgcoördinatie verbeterd is ten opzichte van drie jaar geleden en hoe de samenwerking tussen de verschillende disciplines verloopt.

Meningen en ervaringen cliënten

Met betrekking tot de *intake* wordt onderscheid gemaakt tussen de procedure van aanmelding en die van de intake. Voor wat betreft de aanmeldingsprocedure zijn de cliënten gevraagd naar hun mening over en hun ervaring met de bereikbaarheid en de kwaliteit van de aanmelding. Voor wat betreft de intake-procedure is onder meer gevraagd naar het aantal dagen tussen aanmelding en intake en de kwaliteit van de intake-procedure.

De meningen en ervaringen met het *zorgaanbod* komen tot uitdrukking in de vraag naar de tijd tussen intake en de start van de hulpverlening, het aantal verschillende hulpverleners dat bij de cliënten over de vloer komt, het aantal wisselingen daarbij en de tevredenheid van de cliënten hierover. Daarnaast zijn verschillende vragen gesteld om het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van de zorgverlening helder te krijgen.

Om na te gaan wat de mening van de cliënt is over de *samenwerking* tussen wijkverpleging en gezinsverzorging zijn vragen gesteld over eventuele tegengestelde instructies, duidelijkheid of onduidelijkheid over afspraken en de aanwezigheid van een zorgschrift.

3.2.3 Interveniërende variabelen

Persoonskenmerken hulpverleners

Naast (de mate van) integratie van het primaire proces kunnen andere factoren een interveniërende invloed uitoefenen op meningen en ervaringen. Bij hulpverleners gaat het daarbij om de volgende factoren:

- leeftijd
- geslacht
- aantal uren per week werkzaam
- aantal jaren werkervaring
- al dan niet te maken met een ingrijpende reorganisatie op dit moment
- aantal reorganisaties waar de hulpverlener mee te maken heeft gehad in de afgelo-

- pen vijf jaar
- (on)zekerheid omtrent het behoud van het werk

Van de laatste factor kan verondersteld worden dat deze een negatief effect heeft op bijvoorbeeld arbeidssatisfactie. Van de overige factoren valt moeilijk van te voren te voorspellen welke invloed ze zullen hebben op meningen en ervaringen. Om een zuiver inzicht te krijgen in het effect van de integratie van het primaire proces op meningen en ervaringen van hulpverleners dient echter voor eventuele verschillen gecorrigeerd te worden.

Persoonskenmerken cliënten

Ook bij de cliënten kunnen verschillende persoonsgebonden factoren een intervenierende invloed uitoefenen op de meningen over en ervaringen met de zorgverlening. Zo zijn leeftijd, geslacht, contacten met andere hulpverleners en het oordeel over de eigen gezondheid factoren die van invloed kunnen zijn.

Urbanisatiegraad

Naast de reeds beschreven factoren is het van belang rekening te houden met de urbanisatiegraad. In landelijke gebieden kan het overschakelen op een centraal aanmeldingspunt bijvoorbeeld tot gevolg hebben dat cliënten minder tevreden zijn over de aanmeldingsprocedure omdat ze het contact met (de hulpverleners van) het vertrouwde wijkgebouw missen.

Evenals in 1993 wordt ook nu een tweedeling naar urbanisatiegraad gehanteerd: instellingen in grote steden en instellingen in niet-grote steden.

3.3 Procedure

Ten behoeve van het beantwoorden van eerder genoemde vraagstellingen, werden zowel in 1993 als in 1996 kwantitatieve gegevens verzameld door middel van een schriftelijke vragenlijst aan hulpverleners en een telefonische enquête bij cliënten van de thuiszorg. Met uitzondering van enkele kleine aanpassingen en toevoegingen werden de vragenlijst en het enquête-schema van 1993 ongewijzigd overgenomen waardoor de vergelijkbaarheid van de gegevens werd gewaarborgd.

3.3.1 Werkwijze verzending vragenlijsten hulpverleners

Evenals in 1993 is de contactpersonen van de bij het onderzoek betrokken instellingen (inclusief de controlegroep) gevraagd om een lijst met namen en privé-adressen van hulpverleners gespecificeerd naar functie samen te stellen. Hen werd ook gevraagd het onderzoek op de werkvloer te introduceren. Uit de namenlijsten is vervolgens random een steekproef getrokken: evenredig verdeeld over functie, soort instelling, tevens rekening houdend met urbanisatiegraad. De meeste instellingen waren omwille van de privacy van de hulpverleners niet bereid de gevraagde namenlijsten te leveren. Enkele daarvan konden wel voorzien in een lijst met personeelsnummers waardoor het toch mogelijk was een steekproef samen te stellen. De resterende instellingen hebben zelf een steekproef getrokken, na instructies over de te volgen procedure. In beide gevallen werden de vragenlijsten door de instellingen zelf verzonden.

De geselecteerde hulpverleners kregen een vragenlijst met begeleidend schrijven toegestuurd waarin (het belang van) het onderzoek werd uitgelegd en de anonimiteit van de gegevens werd verzekerd. Na een aantal weken is een eenmalige rapelling

gehouden.

3.3.2 Werkwijze telefonische enquête cliënten

Evenals drie jaar geleden zijn de cliënten ook nu via de hulpverleners benaderd. Elke hulpverlener die een vragenlijst ontving, werd in het begeleidend schrijven het verzoek gedaan om bij twee van haar cliënten een 'informed-consent-verklaring' af te geven. Daarbij werd gevraagd zo mogelijk voor die cliënten te kiezen die zowel hulp van de wijkverpleging als van de gezinsverzorging ontvangen en die niet langer dan een half jaar in zorg zijn. Om begrijpelijke redenen is tevens gevraagd de verklaringen niet af te geven bij:

- terminale patiënten/cliënten
- patiënten/cliënten met ernstige psychische problemen
- patiënten/cliënten die slechthorend zijn
- patiënten/cliënten zonder telefoon

In de begeleidende brief is het onderzoek toegelicht, de cliënt gevraagd de verklaring te ondertekenen en in de bijbehorende antwoordenvolp terug te sturen naar het NIVEL. Na ontvangst werden deze cliënten gebeld voor een telefonisch vraaggesprek. De informed consent verklaring is voorzien van het hulpverlenersnummer van de desbetreffende hulpverlener. Zo kan worden nagegaan welke hulpverlener de betreffende cliënt heeft 'aangedragen'. In theorie zou dit een zeer hoog aantal teruggezonden informed-consent-verklaringen kunnen opleveren. De praktijk is echter anders vanwege de 'dubbele non-respons'. In de eerste plaats kan de hulpverlener haar medewerking weigeren. Ook is het mogelijk dat de hulpverlener geen cliënten heeft die, met in achtneming van de uitsluit-criteria, aan het onderzoek kunnen meedoen. In de tweede plaats kan de cliënt van medewerking afzien.

3.4 Steekproef

In 1993 waren acht instellingen betrokken bij het hulpverleners-cliënt onderzoek. Bij vier instellingen werden experimenten gedaan met een geïntegreerde intake, bij de ander vier ook experimenten met geïntegreerde teams. Buiten de experimentele gebieden om, dus in gebieden waar nog traditioneel werd gewerkt, werden bij vijf van de betrokken instellingen ook hulpverleners en cliënten geworven om als controlegroep te fungeren.

In 1996 is er geen sprake meer van experimenten en is binnen alle instellingen, met uitzondering van Noord-West Veluwe, in het gehele werkgebied het primaire proces op dezelfde manier georganiseerd. Dit betekent dat de procedure van 1993 niet meer gehanteerd kon worden. De controlegroep is nu samengesteld uit hulpverleners en cliënten van instellingen die volledig traditioneel werken en uit het deel van Noord-West Veluwe waar nog traditioneel gewerkt wordt. Het betreft hier wel instellingen die betrokken waren bij het onderzoek in 1993 van het NIVEL (Verheij, Caris-Verhallen & Kerckstra, 1993) en/of van Hoeksma, Homans & Menting (Homans & Glaser, 1993).

In schema 3.2 wordt per soort instelling een overzicht gegeven van de deelnemende instellingen in 1993 en in het huidige onderzoek.

Schema 3.2 Deelnemende instellingen in 1993 en 1996

	1993	1996
GI.GT	Centraal Twente Groningen Stad Nieuwe Waterweg-Noord Den Haag	Centraal Twente Groningen Stad IJmond Midden Brabant
GI.TT	Rotterdam Noord-West Veluwe Zuid-West Friesland IJmond	Rotterdam Noord-West Veluwe
TI.TT	Noord-West Veluwe Den Haag Zuid-West Friesland Rotterdam IJmond	Noord-West Veluwe Midden Limburg Oost Groningen Zoetermeer

3.4.1 Steekproefomvang hulpverleners

In 1993 werd de steekproefomvang als volgt bepaald. Voor wat betreft de wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk en wijkziekenverzorgenden is steeds de totale populatie in de steekproef opgenomen. Een uitzondering werd gemaakt voor Centraal Twente, waar slechts de helft van deze hulpverleners in de steekproef werden opgenomen. Deze instelling zou anders een te groot gewicht in de schaal leggen bij de resultaten omdat toentertijd al in het hele werkgebied geïntegreerd werd gewerkt waardoor de populatie potentiële hulpverleners groter was dan bij andere instellingen. Ondanks deze selectie is Twente in 1993 toch oververtegenwoordigd in de steekproef., Hiervoor werd bewust gekozen om de omvang van de GI.GT-groep niet te klein te laten worden. Voor wat betreft gezinsverzorgenden en helpenden is (vanwege de grotere aantallen in de populatie) gekozen om een geringer percentage in de steekproef op te nemen. Ook bij deze functies is Twente oververtegenwoordigd.

In 1996 was het streven per instellingscategorie van elke functiegroep 50 ingevulde vragenlijsten retour te krijgen. Rekening houdend met de non-response in 1993 (51%) zouden per instellingscategorie 400 vragenlijsten verstuurd worden (100 voor elke functiegroep).

Doordat enkele instellingen (Nieuwe Waterweg-Noord, Zuid-West Friesland en Drenthe) halverwege besloten niet mee te doen aan dit deel van het onderzoek, werd de categorie GI.TT erg klein. Dit is de reden dat Rotterdam twee maal zoveel vragenlijsten heeft ontvangen dan gepland waardoor deze instelling oververtegenwoordigd is in de GI.GT-groep. Uiteindelijk zijn 996 vragenlijsten verzonden: 400 naar GI.GT instellingen, 300 naar GI.TT en 296 naar traditioneel werkende instellingen.

3.4.2 Steekproefomvang cliënten

De steekproefomvang van cliënten is, gezien de gevolgde werkwijze, gekoppeld aan die van de hulpverleners. Elk van de 996 hulpverleners ontving tevens twee informed-consent-verklaringen. In totaal werden 1992 informed consent verklaringen verzonden: 800 naar instellingen met geïntegreerde intake en geïntegreerde teams, 600 naar instellingen met een geïntegreerde intake en traditionele teams en 592 naar traditioneel werkende instellingen.

3.4.3 Respons hulpverleners

In tabel 3.3 wordt een overzicht gegeven van de respons in 1996 op de schriftelijke vragenlijst aan hulpverleners, per instelling en per functie.

Tabel 3.3 Netto respons op de vragenlijst aan hulpverleners in 1996: absolute aantallen en percentages

	WV	WZV	C/D	A/B	Totaal
GI.GT	53 (53%)	50 (50%)	52 (52%)	31 (31%)	186 (47%)
GI.GT	34 (45%)	49 (65%)	48 (64%)	34 (45%)	165 (55%)
TI.TT	53 (70%)	37 (54%)	36 (47%)	40 (53%)	166 (56%)
Totaal	140 (56%)	136 (56%)	136 (54%)	105 (42%)	517 (52%)

Uit de tabel komt naar voren dat de respons van verzorgingshulpen B en thuishulpen A iets lager ligt dan die van de overige hulpverleners. In vergelijking tot drie jaar geleden is de overall respons iets toegenomen: van 49% naar 52%. De respons van wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden is afgenomen: deze was in 1993 gemiddeld 66% en bedraagt nu 56%. De gemiddelde respons van voormalig gezinsverzorgenden en helpenden is toegenomen van 43% in 1993 tot 48% in 1996. Bij instellingen die volledig geïntegreerd werken is de respons gedaald (van 53% naar 47%), bij de andere twee soorten instellingen hebben verhoudingsgewijs juist meer hulpverleners de vragenlijst teruggestuurd dan drie jaar geleden.

Over het geheel genomen is de respons vrij laag. Een aantal factoren zouden als verklaring kunnen dienen:

- de bij het samenstellen van de steekproef gebruikte personeelslijsten geven geen informatie over ziekte en omvang van de contracten. Uit telefonische reacties bleek dat een aantal hulpverleners al geruime tijd ziek was of maar zo weinig uren per week werkzaam te zijn, dat men onvoldoende op de hoogte was om de vragen te kunnen beantwoorden.
- In de thuiszorg is de laatste jaren al veel door middel van enquêtes onderzocht waardoor de hulpverleners wat enquête-moe zijn geworden.
- Het integreren en herstructureren van het primaire proces vraagt veel extra energie van werknemers, waardoor de motivatie om aan een onderzoek mee te doen, kan afnemen. Dit komt overeen met het feit dat de respons van volledig geïntegreerde instellingen, die te maken hebben gehad met omvangrijke herstructureringen, is gedaald.

3.4.4 Respons cliënten

De respons op de telefonische enquête in 1993 was niet hoog: naar aanleiding van de in totaal 2462 verzonden informed-consent-verklaringen vonden er 446 bruikbare gesprekken met cliënten plaats (18%). De respons in 1996 is eveneens niet hoog: 1992 verzonden informed-consent-verklaringen hebben 359 bruikbare gesprekken opgeleverd (18%). In tabel 3.4 wordt per type instelling en per functie een overzicht gegeven van de respons in 1996.

Tabel 3.4 Netto respons op de telefonische en enquêtes in 1996: absolute aantallen en percentages per instelling en functiegroep

cliënt aangebracht door*:	WV	WZV	C/D	A/B	Totaal
GI.GT	53 (27%)	42 (21%)	46 (23%)	35 (18%)	176 (22%)
GI.TT	3 (2%)	7 (5%)	18 (12%)	9 (6%)	37 (6%)
TI.TT	38 (25%)	32 (24%)	34 (22%)	30 (20%)	134 (23%)
Totaal	94 (19%)	81 (17%)	98 (20%)	74 (15%)	347 (17%)**

* De percentages zijn berekend op basis van het aantal verzonden informed consent verklaringen naar de betreffende functiegroep in de betreffende instelling.

** Dit totaal en percentage wijkt iets af van het genoemde totaal en percentage in de tekst: 12 telefonische enquêtes zijn bij cliënten zonder hulpverlenersnummer afgenomen.

Net als bij de hulpverleners is de totale respons vrij laag. Aangezien de 'werving' van cliënten gekoppeld is aan de medewerking van de hulpverleners, zijn de verklarende factoren voor de lage respons van hulpverleners ook van toepassing op die van de cliënten. Daarnaast is de reeds eerder genoemde dubbele non-respons van toepassing. De opvallend lage respons van cliënten uit de GI.TT-groep in 1996 wordt verklaard door de zeer lage respons van thuiszorg Rotterdam. Om verschillende redenen (o.a. omdat deze instelling onlangs zelf een tevredenheids-onderzoek onder cliënten heeft verricht) heeft de directie van Thuiszorg Rotterdam namelijk aan de hulpverleners het verzoek gedaan de informed consent verklaringen voor cliënten niet af te geven. Hierdoor hebben uit deze regio slechts enkele cliënten aan het onderzoek meegedaan. De totale groep cliënten die in het onderzoek zijn betrokken, bestaat voor 23% uit mannen en voor 78% uit vrouwen. De meeste cliënten zijn ouder dan 55 jaar (86%). De verdeling van geslacht en leeftijd komt vrij goed overeen met de totale populatie cliënten van de thuiszorg (Jaarboek Thuiszorg, 1994).

3.5 Methode van analyse

Om verschillen tussen groepen te beschrijven is bij gegevens van interval-niveau gebruik gemaakt van variantie-analyse. Hierbij is de 'regressie-benadering' toegepast. Dit betekent dat alle effecten in het model tegelijkertijd geanalyseerd worden. Bij de berekening van ieder effect wordt dan gecorrigeerd voor alle andere effecten en zo kan het unieke effect van iedere factor worden bepaald.

Verschillen tussen groepen op dichotome of nominale variabelen zijn onderzocht door middel van Chi2 toetsen.

In sommige gevallen werden enkele vragen, die dezelfde onderliggende dimensie meten, met behulp van principale componenten-analyse en factoranalyse samengevoegd tot schalen. Vervolgens zijn op deze schalen analyses uitgevoerd.

Bij de analyses van meningen en ervaringen van hulpverleners in 1993 en in 1996 zijn meestal de drie soorten instellingen en de vier functie-groepen met elkaar vergeleken. In het cliënt-onderzoek zijn de drie soorten instellingen en de drie typen cliënten tegen elkaar uitgezet. Soms zijn bepaalde groepen samengevoegd zoals bijvoorbeeld in het

cliëntonderzoek van 1996. Door het kleine aantal cliënten van GI.TT instellingen worden hier steeds twee soorten instellingen samengevoegd. Bij vragen over de intake worden bijvoorbeeld instellingen die met een geïntegreerde intake werken (GI.GT en GI.TT), vergeleken met instellingen die met een traditionele intake werken (TI.TT).

Om na te gaan in hoeverre de meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten in 1996 verschillen ten opzichte van drie jaar geleden, is een vergelijkende analyse uitgevoerd. In deze analyse zijn per niveau van de onafhankelijke variabelen de gegevens van 1993 vergeleken met de gegevens van 1996. De GI.GT-instellingen van 1993 zijn bijvoorbeeld vergeleken met de GI.GT-instellingen van 1996, de wijkverpleegkundigen van 1993 met die van 1996 etc.

Waar mogelijk zijn zogenaamde toetsen van de tweede orde uitgevoerd om een preciezer inzicht te krijgen in overeenkomsten en verschillen. In deze toetsen wordt bijvoorbeeld nagegaan of er per type cliënt sprake is van een verschil tussen instellingen. De resultaten van deze toetsen worden niet onder de tabellen vermeld maar worden in de tekst verwerkt.

Bij het vergelijken van instellingen, functies en typen cliënt speelt de vergelijkbaarheid een grote rol. Voorkomen moet worden dat de gevonden verschillen verklaard kunnen worden door een verschillende samenstelling van de met elkaar vergeleken groepen. Daarom is voor de eerder genoemde persoonskenmerken van hulpverleners en cliënten en voor urbanisatiegraad nagegaan of de in de uiteindelijke analyse met elkaar te vergelijken groepen van elkaar verschillen in samenstelling.

Wanneer verschillen werden gevonden, is nagegaan of er een verband was tussen de achtergrondvariabele en de afhankelijke variabele (de mening/ervaring). Betrof het alleen een hoofdeffect, dat wil zeggen dat de invloed van de achtergrondvariabele op de mening los staat van de invloed van de onafhankelijke variabele op de mening, dan werd (waar mogelijk) in de uiteindelijke analyse gecorrigeerd voor deze achtergrondvariabele. Een voorbeeld ter verduidelijking: er blijkt een verschil te zijn in urbanisatiegraad tussen de GI.GT-instellingen van 1993 en die van 1996. Nagegaan wordt of urbanisatiegraad los van de onafhankelijke variabele 'GI.GT-93/96', invloed heeft op een bepaalde mening. Als dit het geval is, dan wordt bij de analyses waarin wordt nagegaan of deze mening verschilt tussen GI.GT-instellingen in 1993 en in 1996, gecorrigeerd voor urbanisatiegraad.

Wanneer naast het genoemde hoofdeffect van de achtergrondvariabele tevens een interactie-effect werd gevonden tussen achtergrondvariabele en onafhankelijke variabele (of alleen een interactie-effect), werd niet gecorrigeerd voor deze achtergrondvariabele. Anders zou (een deel van) de invloed van de onafhankelijke variabele op de mening ook 'weggecorrigeerd' worden. Dit omdat bij een interactie-effect het effect van de achtergrondvariabele op de mening wordt beïnvloed door de onafhankelijke variabele.

3.6 Resultaten achtergrondvariabelen

Zoals in de voorgaande paragraaf beschreven, is voorafgaand aan het onderzoek naar meningen en ervaringen, steeds nagegaan in hoeverre de met elkaar te vergelijken groepen verschillen in samenstelling wat betreft achtergrondvariabelen.

3.6.1 Vergelijkbaarheid van instellingen en hulpverleners

In 1993 bleek alleen een verschil te zijn tussen de drie soorten instellingen met betrek-

king tot urbanisatiegraad.

Drie jaar later werd geen verschil gevonden wat betreft urbanisatiegraad, wel verschillen de hulpverleners van de drie soorten instellingen in aantal uren per week werkzaam, aantal jaren werkervaring, of men op dit moment te maken had met een ingrijpende reorganisatie, aantal reorganisaties in de afgelopen vijf jaar en (on)zekerheid omtrent behoud van werk.

Zoals eerder uitgelegd zijn bij het vergelijkende deel van het onderzoek per niveau van de onafhankelijke variabelen de gegevens van 1993 vergeleken met de gegevens van 1996. Voor wat betreft de samenstelling van deze groepen werden de volgende verschillen op achtergrondvariabelen gevonden:

GI.GT 93-96: leeftijd, werkervaring, uren werkzaam, thans reorganisatie, aantal reorganisaties

GI.TT 93-96: urbanisatiegraad, leeftijd, uren werkzaam, thans reorganisatie, aantal reorganisaties, (on)zekerheid behoud werk

TI.TT 93-96: urbanisatiegraad, leeftijd, thans reorganisatie, aantal reorganisaties, (on)zekerheid behoud werk

WV 93-96: leeftijd, werkervaring, uren werkzaam, thans reorganisatie

WZV 93-96: leeftijd, uren werkzaam, thans reorganisatie

C/D 93-96: leeftijd, uren werkzaam, thans reorganisatie, aantal reorganisaties, (on)zekerheid behoud werk

A/B 93-96: werkervaring, thans reorganisatie, aantal reorganisaties

Voorgaande achtergrondvariabelen zijn volgens de in paragraaf 3.5 uitgelegde procedure meegenomen in de verdere analyses. Omdat afhankelijk van de groepen die worden vergeleken, voor verschillende achtergrondvariabelen wordt gecorrigeerd, worden in de hierna volgende tabellen met resultaten de ongecorrigeerde gemiddelden weergegeven. Hierdoor kunnen de gemiddelden van 1993 enigszins verschillen van de gemiddelden zoals vermeld in de rapportage van Verheij en Caris-Verhallen (1993); toentertijd zijn in een aantal tabellen de voor urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelden weergegeven.

3.6.2 Vergelijkbaarheid van instellingen en cliënten

Ook bij de cliënten is nagegaan of de soorten instellingen en typen cliënten niet van elkaar verschillen. Dit is gedaan voor urbanisatiegraad en voor de persoonskenmerken leeftijd, geslacht, oordeel over eigen gezondheid en (het aantal) contacten met andere hulpverleners (huisarts, fysiotherapeut, specialist en maatschappelijk werk).

In 1993 werd alleen een verschil gevonden met betrekking tot urbanisatiegraad. Bij de persoonskenmerken werden geen significante verschillen tussen de soorten instellingen gevonden als gecontroleerd werd voor hulpvraag.

Zoals eerder vermeld zijn in het cliëntonderzoek van 1996 en bij de vergelijking tussen 1993 en 1996 bepaalde groepen instellingen samengevoegd. Zo is bij de vragen over de aanmelding en de intake-procedure een vergelijking gemaakt tussen instellingen met een geïntegreerde intake (GI.GT en GI.TT) en instellingen met een traditionele intake (TI.TT). Bij de vragen over het zorgaanbod en de coördinatie van de zorg is daarentegen een vergelijking gemaakt tussen instellingen met geïntegreerde teams (GI.GT) en instellingen met traditionele teams (GI.TT en TI.TT). Bij het nagaan van in hoeverre de groepen verschillen in samenstelling is ook deze indeling gehanteerd.

Zo zijn bij de cliënten van 1996 enige significante verschillen gevonden. Bij de verdeling van de instellingen naar het onderscheid in wel/geen geïntegreerde intake-procedure bleken het contact met huisarts, het contact met fysiotherapeut en urbanisatiegraad te verschillen. Bij de verdeling van instellingen naar wel/geen geïntegreerde teams bleken urbanisatiegraad en het aantal hulpverleners waar de cliënt contact mee heeft, te verschillen. Voor de overige persoonskenmerken werden geen significante verschillen gevonden.

Bij de vergelijking tussen de cliënt-gegevens van 1993 en 1996 zijn de volgende verschillen op achtergrondvariabelen gevonden:

- geïntegreerde intake: urbanisatiegraad en aantal verschillende hulpverleners;
- traditionele intake: leeftijd, geslacht, urbanisatiegraad en aantal verschillende hulpverleners;
- geïntegreerde teams: urbanisatiegraad en aantal verschillende hulpverleners;
- traditionele teams: leeftijd, geslacht, urbanisatiegraad en aantal verschillende hulpverleners;
- klanten wijkverpleging: urbanisatiegraad;
- klanten gezinsverzorging: leeftijd, geslacht en urbanisatiegraad;
- klanten van wijkverpleging en gezinsverzorging: geslacht en urbanisatiegraad.

Alleen voor deze achtergrondvariabelen is in de verdere analyseprocedure waar nodig gecontroleerd. Aangezien de aanpak van 1996 anders is dan die van 1993 (samenvoeging van groepen instellingen), verschillen de resultaten in de tabellen met die van de rapportage over 1993.

3.7 Resultaten aanmelding, intake en indicatiestelling

In deze paragraaf komen achtereenvolgens de meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten wat betreft aanmelding, intake en indicatiestelling aan bod. In het hulpverleners-onderzoek wordt gekeken naar het draagvlak voor een geïntegreerde en van de zorgverlening losgekoppelde intake en de mening van de hulpverleners over de achtergrond van de intaker bij een geïntegreerde intake. Vervolgens wordt onderzocht of de kwaliteit van een geïntegreerde, losgekoppelde intake als beter of slechter wordt beoordeeld dan een traditionele intake. Tenslotte wordt onderzocht wat de hulpverleners vinden van de gang van zaken na de intake: het opstellen van een zorgplan en de start van de hulpverlening op basis van de intake-gegevens.

Bij de cliënten wordt nagegaan hoe men oordeelt over de verschillende aspecten van de aanmeldingsprocedure en over de kwaliteit van de al dan niet geïntegreerde intake.

Bij elk onderdeel van het primaire proces wordt eerst nagegaan hoe de situatie in 1996 is en of er verschillen zijn tussen soorten instellingen en functies of type cliënt. Vervolgens wordt onderzocht of de meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten in 1996 verschillen ten opzichte van drie jaar geleden.

3.7.1 Mening en ervaringen van hulpverleners

Aan de hulpverleners is een drietal stellingen voorgelegd waarmee het draagvlak voor een geïntegreerde en voor een losgekoppelde intake wordt gemeten. Hulpverleners konden bij iedere stelling op een vijf-puntsschaal aangeven in welke mate ze het er mee eens waren. Een vijf staat voor 'helemaal mee eens', een drie voor 'neutraal' en een één voor 'helemaal mee oneens'.

Stelling 1: Ik heb liever een aparte intake voor wijkverpleging en gezinsverzorging.

Uit tabel 3.5 valt af te lezen dat hulpverleners in instellingen waar met een geïntegreerde intake wordt gewerkt, het minder met de stelling eens zijn en dus een positiever oordeel hebben over de geïntegreerde intake. Dit verschil is met name significant bij wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden. Wijkzickenverzorgenden in traditioneel werkende instellingen zijn het minst positief, verzorgingshulpen B en thuishulpen A zijn over de hele linie geen grote voorstanders van een geïntegreerde intake. In de vergelijkende analyse werden geen verschillen gevonden, dit betekent dat de meningen in de afgelopen drie jaar per soort instelling en per functie niet significant zijn veranderd.

Tabel 3.5 Liever aparte intake voor wijkverpleging en gezinsverzorging: gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	3,0 (54)	3,4 (43)	2,9 (79)	3,1 (57)	3,1
GI.GT-96	2,8 (52)	3,0 (49)	2,8 (52)	3,4 (23)	2,9
GI.TT-93	2,4 (20)	2,8 (18)	2,7 (48)	3,4 (41)	2,9
GI.TT-96	2,7 (33)	3,1 (47)	2,7 (44)	3,5 (33)	3,0
TI.TT-93	3,4 (38)	3,2 (25)	3,2 (92)	3,5 (50)	3,3
TI.TT-96	3,2 (51)	3,6 (37)	3,0 (34)	3,4 (36)	3,3
Hulpverl.93	3,1 (112)	3,2 (86)	3,0 (219)	3,3 (148)	
Hulpverl.96	3,0 (136)	3,2 (133)	2,8 (130)	3,4 (92)	

Analyse 1993: hoofdeffect instelling: $F = 6,9$ df 2 $p < .01$
 hoofdeffect functie: $F = 3,6$ df 3 $p < .05$

Analyse 1996: hoofdeffect instelling: $F = 5,7$ df 2 $p < .01$
 hoofdeffect functie: $F = 5,7$ df 3 $p < .01$

Analyse 93/96: geen significante effecten

Stelling 2: Loskoppeling van intake en zorgverlening is een uitholling van het beroep van wijkverpleegkundige

Over het algemeen staan wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden negatief tegenover een van de zorgverlening losgekoppelde intake (zie tabel 3.6). Wel blijken wijkverpleegkundigen die met een geïntegreerde intake werken een minder negatief oordeel te hebben dan hun collega's maar bij alle instellingen heeft deze groep toch een hoog gemiddelde. De wijkzickenverzorgenden die bij volledig geïntegreerde instellingen werken, zijn in de afgelopen drie jaar wat positiever geworden terwijl hun collega's bij met name instellingen die wel met een geïntegreerde intake maar niet met geïntegreerde teams werken, juist een negatiever oordeel geven dan in 1993.

Tabel 3.6 Loskoppeling intake is uitholling van het beroep van wijkverpleegkundige: gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	4,3 (55)	4,3 (43)	3,2 (78)	2,9 (55)	3,6
GI.GT-96	4,1 (52)	4,1 (50)	3,1 (51)	3,0 (22)	3,7
GI.TT-93	3,9 (20)	3,2 (18)	2,8 (44)	3,0 (41)	3,1
GI.TT-96	4,4 (33)	3,9 (48)	3,0 (44)	2,9 (32)	3,6
TI.TT-93	4,3 (38)	3,6 (25)	3,0 (93)	3,1 (50)	3,3
TI.TT-96	4,9 (51)	3,8 (36)	2,9 (32)	2,9 (33)	3,7
Hulpverl.93	4,3 (113)	3,9 (86)	3,0 (215)	3,0 (146)	
Hulpverl.96	4,4 (136)	4,0 (134)	3,0 (127)	2,9 (87)	
Analyse 1993:	hoofdeffect instelling:	F = 8,5	df 2	p<.01	
	hoofdeffect functie:	F = 45,17	df 3	p<.01	
	instelling x functie:	F = 2,7	df 6	p<.05	
Analyse 1996:	hoofdeffect functie:	F = 65,8	df 3	p<.01	
Analyse 93/96:	WZV x instelling:	F = 3,3	df 2	p<.05	

Stelling 3: Na een losgekoppelde intake zal een uitvoerende het toch altijd nog dunnetjes over doen.

Wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden zijn over het algemeen meer eens met deze stelling dan verzorgingshulpen B en thuishulpen A maar ook deze hulpverleners zijn toch min of meer van mening dat de intake door de uitvoerende nog eens overgedaan moet worden (zie tabel 3.7).

Met name wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden van instellingen waar volledig geïntegreerd gewerkt wordt, zijn in de loop van de jaren positiever geworden in hun oordeel, terwijl bij wijkverpleegkundigen van instellingen waar alleen de intake is geïntegreerd een trend in omgekeerde richting werd gevonden. De overige hulpverleners hebben nog ongeveer dezelfde mening als in 1993.

Tabel 3.7 Na een losgekoppelde intake zal een uitvoerende het toch altijd nog dunnetjes over doen: gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	4,0 (54)	4,1 (43)	3,4 (78)	3,4 (57)	3,7
GI.GT-96	3,6 (52)	3,6 (50)	3,4 (52)	3,2 (22)	3,5
GI.TT-93	3,5 (20)	3,3 (18)	3,3 (46)	3,4 (41)	3,4
GI.TT-96	3,9 (33)	3,6 (48)	3,4 (44)	3,5 (32)	3,6
TI.TT-93	4,1 (38)	3,6 (25)	3,3 (91)	3,3 (49)	3,5
TI.TT-96	3,9 (50)	3,6 (37)	3,3 (33)	3,4 (34)	3,6
Hulpverl.93	4,0 (112)	3,8 (86)	3,3 (215)	3,4 (147)	
Hulpverl.96	3,8 (135)	3,6 (135)	3,4 (129)	3,4 (88)	

Analyse 1993:	hoofdeffect instelling:	F = 6,4	df 2	p<.01
	hoofdeffect functie:	F = 10,0	df 3	p<.01
	instelling x functie:	F = 2,3	df 6	p<.05
Analyse 1996:	hoofdeffect functie:	F = 3,6	df 3	p<.05
Analyse 93/96:	hoofdeffect GI.GT:	F = 8,7	df 1	p<.01
	WV x instelling:	F = 3,9	df 2	p<.05
	WZV x instelling:	F = 3,2	df 2	p<.05

Om na te gaan hoe de meningen zijn verdeeld over de vraag of een geïntegreerde intake alleen door een wijkverpleegkundige gedaan kan worden, is de volgende stelling voorgelegd. Ook hier werd een vijf-puntsschaal gebruikt met dezelfde indeling als hiervoor beschreven.

Stelling: Een volledig geïntegreerde intake kan alleen gedaan worden door iemand met een verpleegkundige opleiding.

Uit tabel 3.8 blijkt dat er in 1996 geen verschillen zijn tussen soorten instellingen maar wel tussen functies. Wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden zijn het met deze stelling eens terwijl de twee laagste functieniveaus een neutraal standpunt innemen. Ten opzichte van 1993 zijn de verzorgingshulpen B en de thuishulpen A bij volledig geïntegreerde instellingen het nu meer eens met de stelling. Ditzelfde geldt voor wijkzakenverzorgenden die werkzaam zijn bij instellingen waar het primaire proces gedeeltelijk of geheel traditioneel is georganiseerd. Wijkverpleegkundigen en verzorgenden C en D zijn in geen enkele instelling van mening veranderd.

Tabel 3.8 Een volledig geïntegreerde intake kan alleen gedaan worden door iemand met een verpleegkundige opleiding: gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	4,3 (55)	4,0 (43)	3,3 (82)	2,7 (58)	3,5
GI.GT-96	4,2 (52)	4,1 (49)	3,2 (52)	3,6 (24)	3,8
GI.TT-93	4,6 (19)	3,6 (18)	3,2 (50)	3,0 (43)	3,4
GI.TT-96	4,6 (32)	4,5 (48)	3,1 (45)	3,0 (32)	3,8
TI.TT-93	4,6 (38)	3,5 (25)	3,0 (94)	3,1 (53)	3,4
TI.TT-96	4,6 (51)	4,2 (36)	3,0 (35)	3,1 (35)	3,8
Hulpverl.93	4,4 (112)	3,8 (86)	3,1 (226)	2,9 (154)	
Hulpverl.96	4,5 (135)	4,3 (133)	3,1 (132)	3,2 (91)	

Analyse 1993:	hoofdeffect functie:	F = 53,4	df 3	p<.01
	instelling x functie:	F = 2,6	df 6	p<.05
Analyse 1996:	hoofdeffect functie:	F = 54,9	df 3	p<.01
Analyse 93/96:	GI.GT x functie:	F = 3,1	df 3	p<.05
	GI.TT x functie:	F = 3,4	df 3	p<.05
	hoofdeffect WZV:	F = 18,3	df 1	p<.01
	hoofdeffect A/B:	F = 4,6	df 1	p<.05
	A/B x instelling	F = 4,7	df 2	p<.05

Één van de redenen om over te gaan op een geïntegreerde, losgekoppelde intake is

de verwachting dat de kwaliteit van de intake en de zorgverlening zal toenemen. Aan hulpverleners is gevraagd of dit volgens hen inderdaad het geval is. Als eerste is een stelling voorgelegd over de loskoppeling van intake en zorgverlening. Deze ging weer vergezeld van de bekende vijf-puntsschaal.

Stelling: Een losgekoppelde intake bevordert de kwaliteit van de zorgverlening.

Ook hier valt weer een scheiding op tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden aan de ene kant en verzorgenden C en D en verzorgingshulpen B/thuishulpen A aan de andere kant (zie tabel 3.9).

De eerste groep is over het algemeen niet van mening dat loskoppeling van de intake de kwaliteit van de zorgverlening ten goede komt. Wel is wat betreft deze groep bij volledig geïntegreerde instellingen een trend naar een minder negatief oordeel zichtbaar in vergelijking tot drie jaar geleden maar bij wijkverpleegkundigen in instellingen met alleen een geïntegreerde intake werd daarentegen een omgekeerde trend gevonden. Verzorgingshulpen B en thuisulpen A nemen evenals in 1993 een neutraal standpunt in. In instellingen met traditionele teams staat deze groep wat positiever tegenover de stelling dan voorheen (bij GI.TT is dit verschil significant, bij TI.TT een trend).

Tabel 3.9 Loskoppeling van de intake bevordert de kwaliteit van de zorgverlening: gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	2,3 (55)	2,3 (43)	2,9 (76)	3,0 (56)	2,7
GI.GT-96	2,6 (52)	2,6 (48)	3,0 (52)	3,0 (23)	2,8
GI.TT-93	3,3 (20)	2,8 (18)	2,9 (46)	2,9 (40)	2,9
GI.TT-96	2,3 (33)	2,7 (48)	2,8 (44)	3,3 (32)	2,7
TI.TT-93	1,9 (38)	2,8 (25)	3,1 (93)	2,9 (49)	2,8
TI.TT-96	2,3 (51)	2,6 (37)	3,1 (33)	3,3 (35)	2,8
Hulpverl.93	2,3 (113)	2,5 (86)	3,0 (215)	3,0 (145)	
Hulpverl.96	2,4 (136)	2,7 (133)	3,0 (129)	3,2 (90)	

Analyse 1993: hoofdeffect instelling: $F = 4,2$ $df 2$ $p < .05$
 hoofdeffect functie: $F = 6,0$ $df 3$ $p < .01$
 instelling x functie: $F = 4,9$ $df 6$ $p < .01$

Analyse 1996: hoofdeffect functie: $F = 11,1$ $df 3$ $p < .01$

Analyse 93/96: hoofdeffect GI.GT: $F = 4,9$ $df 1$ $p < .05$
 GI.TT x functie: $F = 4,3$ $df 3$ $p < .01$
 WV x instelling $F = 8,4$ $df 2$ $p < .01$

De tweede vraag over kwaliteit die aan de hulpverleners is voorgelegd, werd in 1996 iets anders geformuleerd dan in 1993. Drie jaar geleden werd aan de hulpverleners die deelnamen aan experimenten met een geïntegreerde intake gevraagd of de kwaliteit van de intake tijdens het experiment beter of juist slechter was geworden. Hierbij was dus alleen een vergelijking mogelijk tussen GI.GT- en GI.TT-instellingen en werd nagegaan in hoeverre het integreren van de intake op de korte termijn invloed heeft op de kwaliteit van de intakeprocedure. In 1996 is aan alle hulpverleners een oordeel ge-

vraagd over een toe- of afname van de kwaliteit van de intake in de afgelopen drie jaar. Hierdoor kan zichtbaar gemaakt worden of de kwaliteit van een geïntegreerde intake op de langere termijn positiever of negatiever wordt beoordeeld dan de kwaliteit van een traditionele intake.

De vijf-puntsschaal die deze vraag vergezelde loopt van 'veel beter' (1) tot 'veel slechter' (5).

De resultaten van de analyse van 1996 staan weergegeven in tabel 3.10.

Tabel 3.10 In welke richting is de kwaliteit van de intake veranderd ten opzichte van drie jaar geleden: gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-96	3,0 (52)	3,0 (49)	2,8 (50)	3,0 (30)	2,9
GI.TT-96	2,9 (33)	2,8 (47)	2,8 (45)	3,0 (32)	2,9
TI.TT-96	2,5 (52)	2,4 (28)	2,9 (34)	2,8 (37)	2,7
gemiddelde	2,8	2,8	2,8	2,9	

Analyse 1996: hoofdeffect instelling: $F = 5,3$ df 3 $p < .01$
 instelling x functie: $F = 2,3$ df 6 $p < .05$

Hulpverleners van traditioneel werkende instellingen zijn van mening dat de kwaliteit van de intake in de laatste drie jaar vooruit is gegaan terwijl men bij de andere instellingen een vrij neutraal oordeel heeft: de intake is hier ongeveer van dezelfde kwaliteit gebleven. Met name wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden zijn verantwoordelijk voor dit gevonden verschil.

Tabel 3.11 In welke richting is de kwaliteit van de intake veranderd? Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	2,9 (34)	3,4 (25)	2,5 (53)	2,8 (34)	2,8
GI.GT-96	3,0 (52)	3,0 (49)	2,8 (50)	3,0 (30)	2,9
GI.TT-93	2,3 (16)	2,7 (7)	2,5 (19)	2,8 (10)	2,5
GI.TT-96	2,9 (33)	2,8 (47)	2,8 (45)	3,0 (32)	2,9
Hulpverl.93	2,7 (50)	3,2 (32)	2,5 (72)	2,8 (44)	
Hulpverl.96	3,0 (85)	2,9 (96)	2,8 (95)	3,0 (62)	

Analyse 1993: hoofdeffect instelling: $F = 5,4$ df 1 $p < .05$
 hoofdeffect functie: $F = 3,3$ df 3 $p < .05$

Analyse 93/96: GI.GT x functie: $F = 2,9$ df 3 $p < .05$
 hoofdeffect GI.TT: $F = 4,8$ df 1 $p < .05$
 hoofdeffect WV: $F = 5,5$ df 1 $p < .05$
 WV x instelling: $F = 4,3$ df 1 $p < .05$

In tabel 3.11 zijn de resultaten uit de vergelijkende analyse weergegeven, deze betreft zoals uitgelegd alleen de geïntegreerde instellingen. Wat in deze tabel opvalt, is dat in vergelijking tot drie jaar geleden, alle gemiddelden naar het midden van de vijf-puntschaal toe zijn veranderd. Hulpverleners die in 1993 een vrij positieve mening hadden, zijn wat minder positief geworden. Deze ontwikkeling is bijvoorbeeld zichtbaar bij wijkverpleegkundigen van GI.TT-instellingen (significant) en verzorgenden C en D van volledig geïntegreerde instellingen (trend). De tegenovergestelde tendens valt op bij wijkziekenverzorgenden van de eerstgenoemde instellingen (trend). Alle andere hulpverleners schommelen rond het neutrale midden en zijn blijkbaar van mening dat het integreren van de intake (zowel op de korte als op de langere termijn) niet echt leidt tot een verbetering maar ook niet tot een verslechtering van de kwaliteit.

Op basis van de informatie die tijdens de intake wordt verzameld wordt een zorg- of verpleegplan opgesteld. Een andere manier om de kwaliteit van de intake te beoordelen, is de mate waarin het mogelijk is aan de hand van de intake-gegevens zo'n zorgplan te maken. Soms wordt het zorgplan door de intaker of door de leidinggevende opgesteld en ook zijn niet alle functies in gelijke mate betrokken bij het opstellen van een zorg- of verpleegplan. De hulpverleners die aangaven hier niet bij betrokken te zijn werden buiten de analyses gelaten. Per functie verschillen deze percentages nauwelijks tussen 1993 en 1996: gemiddeld geven verzorgingshulpen B en thuishulpen A het vaakst aan niet betrokken te zijn (66%) gevolgd door verzorgenden C en D (53%) wijkziekenverzorgenden (35%) en wijkverpleegkundigen (22%). Ook hulpverleners die aangaven over deze vraag geen mening te hebben, zijn buiten de analyses gehouden. Gemiddeld betreft het hier 15% van de hulpverleners met ook hier de hoogste percentages bij verzorgingshulpen B en thuishulpen A en de laagste percentages bij wijkverpleegkundigen. De overige hulpverleners hebben op een zes-puntsschaal hun oordeel gegeven (1 = 'uitstekend', 6 = 'slecht').

Tabel 3.12 Hoe beoordeelt u de mogelijkheid om op basis van de intakegegevens een zorg- of verpleegplan te maken: gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WW	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	3,8 (32)	4,1 (24)	3,2 (38)	3,4 (9)	3,6
GI.GT-96	3,7 (29)	3,6 (25)	3,5 (22)	3,3 (9)	3,6
GI.TT-93	3,4 (18)	3,0 (12)	3,5 (19)	3,5 (11)	3,4
GI.TT-96	4,0 (27)	3,4 (32)	3,5 (21)	3,2 (10)	3,6
TI.TT-93	3,0 (35)	3,9 (15)	3,6 (35)	2,9 (13)	3,3
TI.TT-96	3,0 (43)	3,8 (24)	3,8 (14)	3,2 (12)	3,3
Hulpverl.93	3,4 (85)	3,8 (51)	3,4 (92)	3,3 (33)	
Hulpverl.96	3,5 (99)	3,6 (81)	3,5 (57)	3,2 (31)	
Analyse 1993:	instelling x functie:	F = 4,8	df 6	p < .01	
Analyse 1996:	instelling x functie:	F = 3,1	df 6	p < .01	
Analyse 93/96:	geen significante effecten				

Onder wijkverpleegkundigen blijkt een duidelijk verschil tussen de instellingen (zie tabel 3.12). Het meest positief (een laag gemiddelde) wordt geoordeeld in de groep waar volledig traditioneel gewerkt wordt. In deze instellingen wordt de intake ook vaak door wijkverpleegkundigen zelf gedaan; in feite geven deze hulpverleners hier ook een oordeel over het eigen functioneren als intaker. Bij de overige functie-groepen zijn de verschillen tussen instellingen kleiner. Vergeleken met drie jaar geleden is er bij geen enkele hulpverlener-groep een verandering in mening opgetreden.

De intake is bedoeld om op verantwoorde wijze met de zorgverlening te kunnen starten. Als laatste 'kwaliteit-maat' van de intake is daarom de volgende vraag aan de hulpverleners voorgelegd:

Vindt u dat de intake voldoende, te veel of te weinig gegevens oplevert om op verantwoorde wijze met de zorgverlening zelf te starten?

Zowel in 1993 als in 1996 vulde een groot percentage van de hulpverleners hier de middelste van de 5 categorieën namelijk 'voldoende' in. Deze verdeling maakt de gegevens ongeschikt voor variantie-analyse. Daarom zijn de antwoordcategorieën samengevoegd tot drie en is gebruik gemaakt van Chi2 toetsen. In tabel 3.13 zijn de percentages per instelling weergegeven en in tabel 3.14 de percentages per functie.

Tabel 3.13 Levert de intake voldoende gegevens op om op verantwoorde wijze met de hulpverlening te starten. Percentages per instelling

	GI.GT		GI.TT		TI.TT	
	1993 (237)	1996 (183)	1993 (135)	1996 (159)	1993 (216)	1996 (164)
N=						
te veel	2,1	3,3	2,2	3,1	0	3,7
genoeg	69,6	76,0	79,3	62,9	76,9	75,6
te weinig	16,9	14,8	11,1	25,2	12,0	10,4
geen mening	11,4	6,0	7,4	8,8	11,1	10,4

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: Chi2 = 15,9 df 6 p<.05

Analyse 93/96: GI.TT: Chi2 = 10,9 df 3 p<.05

TI.TT: Chi2 = 8,2 df 3 p<.05

Hulpverleners die werkzaam zijn bij GI.TT instellingen zijn minder tevreden over de intake dan de hulpverleners bij de overige instellingen. Bovendien is men hier in vergelijking tot drie jaar geleden negatiever geworden over de kwaliteit van de intake als uitgangspunt voor de zorgverlening. Bij traditionele instellingen is ten opzichte van 1993 een iets groter percentage van mening dat de intake teveel gegevens oplevert.

In tabel 3.14 vallen vrij veel verschillen en verschuivingen op. Verzorgingshulpen B en huishulpen A zijn minder positief in hun oordeel en geven vaker aan geen mening te hebben over deze vraag dan de overige hulpverleners. Verder geeft deze functie-groep in vergelijking met drie jaar geleden vaker aan dat de intake te weinig gegevens oplevert. Dit laatste geldt tevens voor de wijkverpleegkundigen. Bij verzorgenden C en D valt een andere verschuiving waar te nemen: deze hulpverleners vinden vaker dan in 1993 dat de intake teveel gegevens oplevert en hebben in 1996 vaker een mening over dit onderwerp.

Tabel 3.14 Levert de intake voldoende gegevens op om op verantwoorde wijze met de hulpverlening te starten. Percentages per functie

	WV		WZV		C/D		A/B	
	1993 (116)	1996 (135)	1993 (87)	1996 (136)	1993 (229)	1996 (132)	1993 (160)	1996 (103)
N=								
te veel	6,0	3,7	1,1	3,7	0	4,5	0,6	1,0
genoeg	84,5	74,8	70,1	76,5	73,8	74,2	70,6	58,3
te weinig	8,6	15,6	24,1	11,8	14,8	16,7	10,0	24,3
geen mening	9,9	5,9	4,6	8,1	11,4	4,5	18,8	16,5
Analyse 1993:	Chi2 = 57,1		df 9	p<.01				
Analyse 1996:	Chi2 = 22,9		df 9	p<.01				
Analyse 93/96:	WV:	Chi2 = 8,4	df 3	p<.05				
	C/D:	Chi2 = 15,0	df 3	p<.01				
	A/B:	Chi2 = 9,9	df 3	p<.05				

Als toelichting bij een negatief oordeel (de intake levert te veel of te weinig gegevens op) wordt in 1993 het vaakst genoemd: 'er is een discrepantie tussen de intake en de praktijk van de zorgverlening' (29%) en 'de intake-gegevens zijn slechts een moment-opname' (28%). In 1996 worden deze toelichtingen nog door respectievelijk 8 en 13% van de hulpverleners genoemd. 'Wat de intakegegevens ook zijn, je bepaalt toch zelf hoe de zorgverlening eruit gaat zien' wordt nu door 15% van de hulpverleners met een negatief oordeel als toelichting gegeven terwijl dit drie jaar geleden slechts door één hulpverlener werd genoemd.

3.7.2 Mening en ervaringen van cliënten

Ook bij de cliënten zijn verschillende aspecten van de aanmeldings- en de intake-procedure aan de orde gesteld.

In alle vergelijkingen wordt, zoals eerder vermeld, onderscheid gemaakt tussen twee groepen: instellingen met een geïntegreerde intake (GI.GT en GI.TT) en instellingen met een traditionele intake (TI.TT). In de tabellen worden de instellingen met geïntegreerde intake met 'GINT' en de groep instellingen met een traditionele intake met 'TINT' aangeduid. Dit onderscheid geldt zowel voor de vragen over de intake als over de aanmelding. Dit betekent dat voor wat betreft de vragen over de aanmelding geen onderscheid wordt gemaakt tussen een centrale en aparte aanmelding. In 1993 werd bij de instellingen met een traditionele intake (TI.TT) nog apart aangemeld. De afgelopen drie jaar hebben ook deze thuiszorg-organisaties, met uitzondering van Oost-Groningen, een centraal aanmeldingspunt ingesteld.

Wat betreft de hulpverlening van de gezinsverzorging wordt de mening van cliënten die alleen zorg ontvangen van de gezinsverzorging (cliënt GV) vergeleken met de mening van cliënten die zowel wijkverpleging als gezinsverzorging ontvangen (cliënt WV/GV), over de zorg die men van de gezinsverzorging ontvangt. Hetzelfde geldt voor de hulpverlening van de wijkverpleging: in de analyses worden de meningen van cliënten die alleen wijkverpleging ontvangen (cliënt WV) vergeleken met de meningen van gezamenlijke cliënten (cliënt WV/GV).

Voor wat betreft de aanmelding zijn de cliënten gevraagd of het makkelijk of juist moeilijk was om de juiste persoon te pakken te krijgen, hoe goed er naar de cliënt werd geluisterd en hun mening over de informatie die bij de aanmelding werd gegeven.

Voor wat betreft de intake-procedure is een schaal samengesteld die het algemene oordeel van de cliënt over de gang van zaken tijdens de intake-procedure weergeeft. Daarnaast is gevraagd hoe goed de hulpverlener bij de aanvang van de hulp op de hoogte was van de situatie van de cliënt en naar het aantal dagen tussen de intake en het begin van de hulpverlening.

Gelijktijdige aanmelding

Een van de voordelen van een centrale aanmelding is de mogelijkheid voor de cliënt om zich via één (telefonisch) contact zowel voor hulp van de wijkverpleging als voor hulp van de gezinsverzorging aan te melden. Om na te gaan in hoeverre hiervan gebruik wordt gemaakt, is de cliënten gevraagd of zij zich gelijktijdig voor beide disciplines hebben aangemeld. Deze vraag is alleen aan cliënten met een gecombineerde hulpvraag voorgelegd. Cliënten met een enkelvoudige hulpvraag (alleen wijkverpleging of alleen gezinsverzorging) hebben deze vraag niet kunnen beantwoorden en zijn in tabel 3.15 opgenomen in het percentage onder de kolom 'niet'. Wel is het mogelijk dat deze cliënten zich in het verleden met een gecombineerde hulpvraag gelijktijdig hebben aangemeld. Hierdoor kunnen de resultaten enigszins vertekent zijn.

Tabel 3.15 Percentage cliënten die zich wel of niet gelijktijdig voor wijkverpleging en gezinsverzorging hebben aangemeld (absolute aantallen tussen haakjes)

	niet	wel
Gint-93	86,0 (92)	14,0 (15)
Gint-96	84,6 (181)	15,4 (33)
Tint-93	92,9 (316)	7,1 (24)
Tint-96	84,1 (122)	15,9 (23)
gem. 93	91,3 (408)	8,7 (39)
gem. 96	84,4 (303)	15,6 (56)

Uit de tabel valt af te lezen dat in 1993 ongeveer 9% van alle cliënten zich gelijktijdig heeft aangemeld voor wijkverpleging en gezinsverzorging. In 1996 bedraagt dit percentage 16%. Met name voor deze cliënten zou een centrale aanmelding prettiger kunnen zijn dan een aparte aanmeldingsprocedure.

De bereikbaarheid van de instelling

Om na te gaan wat de ervaringen met de bereikbaarheid zijn, is aan de cliënten de vraag gesteld of het makkelijk of juist moeilijk was om de juiste persoon te pakken te krijgen. De antwoorden (op een vijf-puntsschaal) konden variëren van 'zeer makkelijk' tot 'zeer moeilijk'. Aangezien men over het algemeen zeer positief heeft geoordeeld, zijn de antwoorden 'neutraal', 'moeilijk' en 'zeer moeilijk' tot één categorie samengevoegd. Gezien de lage respons op deze vraag kunnen alleen de absolute getallen met elkaar worden vergeleken. Deze lage respons is vooral te wijten aan het feit dat de aanmelding in veel gevallen te lang geleden heeft plaatsgevonden en men er zich daardoor weinig meer van kan herinneren.

Tabel 3.16 Bereikbaarheid gezinsverzorging; absolute aantallen

	Cliënt GV				Cliënt GV/WV			
	GINT		TINT		GINT		TINT	
	93	96	93	96	93	96	93	96
zeer gemakkelijk	9	9	24	10	3	6	6	3
gemakkelijk	13	20	42	12	1	15	19	17
neutraal/zeer moeilijk	2	4	10	-	2	4	4	5
totaal	24	33	76	22	6	25	29	25

Naar aanleiding van tabel 3.16, is er in het algemeen geen aanleiding te concluderen dat de bereikbaarheid van de gezinsverzorging bij instellingen met een geïntegreerde intake-procedure beter of slechter is dan die van de instellingen met een traditionele intakeprocedure. Ook in vergelijking tot drie jaar geleden lijken de meningen van cliënten weinig te zijn veranderd.

Tabel 3.17 Bereikbaarheid wijkverpleging; absolute aantallen

	Cliënt WV				Cliënt WV/GV			
	GINT		TINT		GINT		TINT	
	93	96	93	96	93	96	93	96
zeer gemakkelijk	3	4	4	3	7	6	12	1
gemakkelijk	3	6	10	1	7	7	17	6
neutraal/zeer moeilijk	-	-	1	-	-	-	2	-
totaal	6	10	15	4	14	4	31	7

Vergelijkbare aannames zijn op grond van tabel 3.17 te maken over de bereikbaarheid van de wijkverpleging: zowel bij de cliënten uit 1996 als bij de vergelijking met cliënten uit 1993 zijn geen duidelijke verschillen aanwezig in de meningen over de bereikbaarheid van de wijkverpleging.

Kwaliteit van de aanmelding

Cliënten zijn tevens gevraagd hoe goed er tijdens de aanmeldingsprocedure naar hen is geluisterd. Ook hebben zij hun mening kunnen geven over de informatie die tijdens de aanmelding aan hun werd verstrekt. De antwoorden op deze vragen werden gemeten op een zes-puntsschaal (1 = 'uitstekend', 6 = 'slecht'). Ook deze aspecten van de aanmelding worden over het algemeen positief gewaardeerd. In de tabellen worden dan ook de percentages aangegeven van cliënten die deze onderdelen met 'uitstekend' of 'heel goed' waarderen. De respons op deze vragen is wederom zeer laag. Dit betekent dat niet alle gewenste vergelijkingen konden worden getoetst. Dit wordt in de tabel met een * aangegeven. Achtereenvolgens worden per vraag de meningen over de aanmelding bij de gezinsverzorging en bij de wijkverpleging aan de orde gesteld.

Tabel 3.18 Luisteren tijdens de aanmelding voor gezinsverzorging. Percentage cliënten die dit met 'uitstekend' of 'heel goed' waarderen (absolute aantallen tussen haakjes)

	Cliënt GV	Cliënt WW/GV	gem.
Gint-93	64,0 (16)	66,7 (4)*	64,5
Gint-96	59,3 (16)	31,8 (7)*	46,9
Tint-93	47,0 (31)	50,0 (13)	47,8
Tint-96	61,9 (13)	36,8 (7)	50,0
Cliënt-93	51,6 (47)	53,1 (17)	
Cliënt-96	60,4 (29)	34,1 (14)	

* vanwege een te gering aantal cliënten toets niet mogelijk

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: type cliënt: $\text{Chi}^2 = 6,1$ $\text{df } 1$ $p < .05$

Analyse 93/96: geen significante effecten (voor zover toetsing mogelijk)

Over het algemeen maken de cliënten uit 1996 qua waardering voor het luisteren tijdens de aanmelding geen onderscheid tussen instellingen met een geïntegreerde intake en instellingen met een traditionele intake. Wel zijn de cliënten met een gecombineerde hulpvraag over het algemeen minder positief dan de cliënten die alleen hulp van de gezinsverzorging ontvangen. Uit de tabel blijkt dit verschil bij beide typen instellingen voor te komen. In vergelijking met 1993 zijn er geen verschillen geconstateerd: de aandacht voor de cliënt tijdens de aanmelding is kennelijk de afgelopen drie jaar niet aanmerkelijk verbeterd of verslechterd. Uit de resultaten in de tabel ontstaat echter wel enigszins de indruk dat gezamenlijke cliënten (met name bij GINT-instellingen) in de loop der jaren minder positief zijn geworden, wegens een te gering aantal cliënten kan deze indruk echter niet worden onderbouwd met 'harde' feiten.

Tabel 3.19 Luisteren tijdens de aanmelding voor wijkverpleging. Percentages cliënten die dit met 'uitstekend' of 'heel goed' waarderen (absolute aantallen tussen haakjes)

	Cliënt WW	Cliënt WW/GV	gem.
Gint-93	83,3 (5)*	45,5 (5)*	58,8
Gint-96	55,6 (5)*	33,3 (4)*	42,9
Tint-93	56,3 (9)*	62,1 (18)*	60,0
Tint-96	100 (4)*	44,4 (4)*	61,5
Cliënt-93	63,6 (14)	57,5 (23)	
Cliënt-96	69,2 (9)	38,1 (8)	

* vanwege een te gering aantal cliënten toets niet mogelijk

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: geen toetsing mogelijk

Analyse 93/96: geen significante effecten (voor zover toetsing mogelijk)

Ook bij de wijkverpleging vinden cliënten over het algemeen dat er goed naar hen geluisterd wordt tijdens de aanmelding. Door de zeer lage respons op deze vraag zijn er echter onvoldoende gegevens beschikbaar om verschillen tussen de instellingen in 1996 na te gaan. Voor zover er wel een vergelijking tussen 1993 en 1996 mogelijk was, zijn er geen verschillen geconstateerd.

Tabel 3.20 Informatie tijdens aanmelding voor gezinsverzorging aan de cliënt verstrekt. Percentage cliënten die dit met 'uitstekend' of 'heel goed' waarden (absolute aantallen tussen haakjes)

	Cliënt GV	Cliënt WV/GV	gem.
Gint-93	45,8 (11)	50,0 (3)*	46,7
Gint-96	42,3 (11)	17,6 (3)*	32,6
Tint-93	18,8 (12)	33,3 (8)*	22,7
Tint-96	50,0 (10)	15,8 (3)*	33,3
Cliënt-93	26,1 (23)	36,7 (11)	
Cliënt-96	45,7 (21)	16,7 (6)	

* vanwege een te gering aantal cliënten toets niet mogelijk

Analyse 1993: instelling: Chi2 = 7,2 df 1 p<.01

Analyse 1996: type cliënt: Chi2 = 7,7 df 1 p<.01

Analyse 93/96: cliënt GV: Chi2 = 5,2 df 1 p<.05

cliënt WV/GV: Chi2 = 3,4 df 1 p<.05

Ook wat betreft de informatie die tijdens de aanmelding voor gezinsverzorging wordt verstrekt, is er in 1996 geen verschil tussen de instellingen: zo'n 33% van de cliënten waarden de informatie tijdens de aanmelding bij instellingen met een geïntegreerde intake wordt verstrekt met 'uitstekend' of 'heel goed'. Hetzelfde percentage geldt voor instellingen met een traditionele intake. Wel verschillen de cliënten onderling enigszins: de gezamenlijke cliënten zijn wederom minder positief dan de cliënten met alleen gezinsverzorging.

Tabel 3.21 Informatie die tijdens de aanmelding voor wijkverpleging aan de cliënt werd verstrekt. Percentages cliënten die dit met 'uitstekend' of 'heel goed' waarden (absolute aantallen tussen haakjes)

	Cliënt WV	Cliënt WV/GV	gem.
Gint-93	83,5 (5)*	16,7 (2)*	38,9
Gint-96	22,2 (2)*	33,3 (3)*	27,8
Tint-93	46,7 (7)*	48,1 (13)*	47,6
Tint-96	75,0 (3)*	37,5 (3)*	50,0
Cliënt-93	57,1 (12)	38,5 (15)	
Cliënt-96	38,5 (5)	35,3 (6)	

* vanwege een te gering aantal cases toets niet mogelijk

Analyse 1993: geen significante verschillen (voor zover toetsing mogelijk)

Analyse 1996: geen toetsing mogelijk

Analyse 93/96: geen significante verschillen (voor zover toetsing mogelijk)

Uit de vergelijking met 1993 blijkt dat de cliënten die alleen hulp ontvangen van de gezinsverzorging bij traditionele instellingen de afgelopen drie jaar positiever zijn geworden over de informatie die tijdens de aanmelding wordt verstrekt. Gezamenlijke cliënten zijn bij beide typen instellingen minder positief geworden. Door deze verschuivingen is het in 1993 gevonden verschil tussen instellingen (de aanmelding bij instellingen met een geïntegreerde intake werd op dit aspect positiever beoordeeld dan bij instellingen met een traditionele intake) in 1996 niet meer aanwezig. Ook de vraag naar de mening over de informatie die tijdens de aanmelding voor wijkverpleging werd verstrekt, heeft een zeer lage respons. Eventuele verschillen in 1996 tussen het type instelling kunnen daarom niet worden aangetoond.

In vergelijking tot drie jaar geleden zijn er ook geen significante verschillen gevonden tussen instellingen of type cliënt. In de tabel zijn wel enkele verschillen zichtbaar, zoals tussen de meningen van cliënten bij geïntegreerde en traditionele instellingen in 1996. Omdat deze percentages op een zeer klein aantal cliënten berusten, moeten deze resultaten met grote terughoudendheid worden gezien.

De kwaliteit van de intakeprocedure

Om de ervaringen van de cliënt met de intake-procedure te onderzoeken, zijn een vijftal vragen gesteld: "Kreeg u goede informatie bij de intake", "Hoe goed werd er naar u geluisterd", "Kwamen alle belangrijke zaken aan de orde", "Werd u bij de beslissingen betrokken" en "Wat is uw algemene oordeel over de intake". De antwoorden op deze vijf vragen werden gescoord op een zes-puntsschaal (van 1 = 'uitstekend' tot 6 = 'slecht'). Deze items bleken met elkaar samen te hangen en werden evenals in 1993 samengevoegd tot een schaal die het algemene oordeel van de cliënt over de gang van zaken tijdens de intakeprocedure weergeeft. De interne samenhang van de schaal 'kwaliteit van de intakeprocedure van de gezinsverzorging' bleek goed (Cronbach's alpha's: 1993 en 1996 respectievelijk .85 en .88) evenals die van de schaal 'kwaliteit van de intakeprocedure van de wijkverpleging' (Cronbach's alpha's respectievelijk .87 en .84). Achtereenvolgens wordt de kwaliteit van de intake-procedure van gezinsverzorging en die van de wijkverpleging aan de orde gesteld.

Tabel 3.22 Het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van de intake procedure voor gezinsverzorging. Gemiddelde somscores en resultaten van variantie-analyse (aantal cliënten tussen haakjes)

	Clïënt GV	Clïënt WW/GV	gem.
Gint-93	12,9 (42)	12,9 (25)	12,9
Gint-96	12,8 (64)	13,2 (41)	13,0
Tint-93	13,2 (118)	13,9 (49)	13,4
Tint-96	13,2 (30)	12,3 (34)	12,7
Clïënt-93	13,1 (160)	13,5 (74)	
Clïënt-96	13,0 (94)	12,8 (75)	

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: geen significante effecten

Analyse 93/96: geen significante effecten

In tabel 3.22 wordt het oordeel van de cliënt van de gezinsverzorging vergeleken met die van de gezamenlijke cliënt. Over het algemeen zijn de cliënten uit 1996 zeer tevreden over de kwaliteit van de intake-procedure voor gezinsverzorging. Duidelijke verschillen tussen instellingen en cliënten worden niet gevonden. Dit geldt tevens voor de vergelijking met 1993: alle cliënten hebben nog ongeveer dezelfde, positieve, waardering voor de kwaliteit van de intake van de gezinsverzorging.

Tijdens de intakeprocedure worden door de intaker afspraken met de cliënt gemaakt over het soort hulp, de hoeveelheid hulp en het tijdstip waarop de hulp wordt ingezet. De mate waarin de cliënt bij deze afspraken wordt betrokken, vormt één van de items van waaruit de schaal voor de kwaliteit van de intake is samengesteld. De analyse van dit item apart leverde als enige wel enkele interessante resultaten op (niet in tabel). Zo blijkt bij de vergelijking tussen 1993 en 1996 dat de mening over de inspraak van de cliënt bij beide typen instellingen positief is veranderd (GINT: $F=13.6$, $df 1$, $p<.01$ en TINT: $F=8.5$, $df 1$, $p<.01$). Bij de geïntegreerde intake is de afgelopen drie jaar de waardering over de mate waarin de cliënt bij de besluitvorming tijdens de intake-procedure wordt betrokken, aanmerkelijk toegenomen voor met name cliënten die alleen zorg van de gezinsverzorging ontvangen. Bij instellingen die met een traditionele intake werken, lijken vooral de gezamenlijke cliënten meer inspraak te hebben tijdens de intake dan drie jaar geleden.

Tabel 3.23 Het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van de intake procedure voor wijkverpleging. Gemiddelde somscores en resultaten van variantie-analyse (aantal cliënten tussen haakjes)

	Clïënt WW	Clïënt WW/GV	gem.
Gint-93	12,3 (12)	12,7 (22)	12,5
Gint-96	11,3 (23)	11,8 (35)	11,6
Tint-93	11,3 (32)	12,1 (45)	11,8
Tint-96	10,8 (10)	11,2 (29)	11,1
Clïënt-93	11,5 (44)	12,3 (67)	
Clïënt-96	11,2 (33)	11,5 (64)	

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: geen significante effecten

Analyse 93/96: geen significante effecten

Het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van de intake-procedure van de wijkverpleging levert een vergelijkbaar beeld op: de intake-procedures krijgen van alle cliënten, zowel in 1993 als drie jaar later, vrijwel dezelfde waardering.

Net als bij de gezinsverzorging is ook de mate waarin de cliënt wordt betrokken bij de afspraken die tijdens de intake worden gemaakt, toegenomen (niet in tabel). Dit geldt wederom zowel voor instellingen waar met een geïntegreerde intake wordt gewerkt, als voor instellingen met een traditionele intake. (GINT: $F=18.5$, $df 1$, $p<.01$; TINT: $F=20.4$, $df 1$, $p<.01$). In tegenstelling tot het oordeel van de cliënten over de inspraak bij de gezinsverzorgings-intake is hier echter voor alle cliënten de inspraak tijdens de intake toegenomen.

Bekendheid van de hulpverleners met de situatie van de cliënt

Bij een losgekoppelde intake is de functionaris die de intake verricht zelf niet betrokken bij de uitvoering van de zorg. Bij instellingen waar gewerkt wordt met een geïntegreerde intake-procedure zijn, met uitzondering van Nieuwe Waterweg-Noord, de intakepersoneelsleden niet betrokken bij de zorgverlening. Bij instellingen met een traditionele intake worden de intakes voor wijkverpleging meestal gedaan door wijkverpleegkundigen die nog wel betrokken zijn bij de zorgverlening. De intakes voor gezinsverzorging worden uitgevoerd door een leidinggevende of een aparte intake-functionaris. Deze verschillen kunnen gevolgen hebben voor de mate waarin de hulpverlener op de hoogte is van de situatie van de cliënt. Om dit na te gaan is aan de cliënten de vraag gesteld hoe goed de hulpverlener bij de aanvang van de zorgverlening op de hoogte was en wist wat er moest gebeuren. De antwoorden zijn gemeten op een zes-puntsschaal die varieerde van 'uitstekend' (1) tot 'slecht' (6). Achtereenvolgens is gekeken naar de meningen over de gezinsverzorging en die over de wijkverpleging.

Tabel 3.24 Mening van de cliënt over bekendheid van de hulpverlener gezinsverzorging met de situatie van de cliënt. Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal cliënten tussen haakjes)

	Cliënt GV	Cliënt WV/GV	gem.
Gint-93	2,8 (49)	2,5 (36)	2,7
Gint-96	2,8 (92)	2,8 (68)	2,8
Tint-93	2,9 (156)	3,0 (85)	2,9
Tint-96	2,8 (55)	2,9 (66)	2,8
Cliënt-93	2,8 (205)	2,9 (121)	
Cliënt-96	2,8 (147)	2,8 (134)	

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: geen significante effecten

Analyse 93/96: geen significante effecten

Over het algemeen is de cliënt van mening dat de hulpverlener van de gezinsverzorging goed (3) tot heel goed (2) op de hoogte is van de situatie van de cliënt. Dit oordeel verschilt niet per instelling of per type cliënt. In vergelijking tot drie jaar geleden is de mening van cliënten over dit onderdeel van de zorgverlening niet veranderd.

Tabel 3.25 Mening van de cliënt over bekendheid van de hulpverlener wijkverpleging met de situatie van de cliënt. Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal cliënten tussen haakjes)

	Cliënt WV	Cliënt WV/GV	gem.
Gint-93	2,5 (16)	2,4 (37)	2,4
Gint-96	2,4 (40)	2,6 (74)	2,5
Tint-93	2,3 (49)	2,4 (85)	2,4
Tint-96	2,3 (19)	2,7 (65)	2,6
Cliënt-93	2,4 (65)	2,4 (122)	
Cliënt-96	2,3 (59)	2,7 (139)	

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: geen significante effecten

Analyse 93/96: geen significante effecten

Ook over de hulpverlener van de wijkverpleging is de cliënt tevreden: zij zijn bij aanvang van de zorgverlening goed tot zeer goed op de hoogte van de situatie van de cliënt. Er zijn geen verschillen zichtbaar tussen instellingen of type cliënt. Wel bestaat de indruk dat gezamenlijke cliënten, met name bij instellingen waar met een traditionele intake wordt gewerkt, in de afgelopen drie jaar minder tevreden zijn geworden over dit aspect (trend: $p = .08$).

Tijdperiode tussen intake en hulpverlening

Een andere organisatie van de intake-procedure kan gevolgen hebben voor de tijd die verloopt tussen de intake en de start van de hulpverlening. Om dit na te gaan is de cliënten gevraagd naar het aantal dagen dat is verstreken voordat de daadwerkelijke hulpverlening werd ingezet.

Tabel 3.26 Aantal dagen tussen intake en hulpverlening bij gezinsverzorging. Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal cliënten tussen haakjes)

	Cliënt GV	Cliënt WV/GV	gem.
Gint-93	8,8 (44)	10,3 (29)	9,4
Gint-96	7,2 (68)	10,5 (48)	8,6
Tint-93	8,5 (131)	8,7 (65)	8,6
Tint-96	11,1 (40)	8,3 (36)	9,8
Cliënt-93	8,6 (175)	9,3 (94)	
Cliënt-96	8,7 (108)	9,5 (84)	

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: instelling x cliënt: $F = 4,3$ $df = 1$ $p < .05$

Analyse 93/96: geen significante effecten

De gemiddelde tijd die in 1996 tussen de intake en de aanvang van de hulpverlening van de gezinsverzorging verloopt, varieert tussen 7,2 en 11,1 dagen. Cliënten die alleen hulp van de gezinsverzorging ontvangen, blijken na een traditionele intake gemiddeld langer te moeten wachten dan na een geïntegreerde intake. De vergelijking met 1993 levert geen duidelijke verschillen op. Het aantal dagen is zowel per type instelling als per type cliënt niet aanmerkelijk toe- of afgenomen.

Het gemiddeld aantal dagen tussen de intake en de start van de hulpverlening bij wijkverpleging varieert tussen de 2,4 en 3,8 dagen (zie tabel 3.27). Gemiddeld is bij de cliënten uit 1996 het aantal dagen na een geïntegreerde intake precies gelijk aan het aantal dagen na een traditionele intake. Ook wanneer per type cliënt wordt gekeken, verandert dit beeld nauwelijks. De vergelijking met 1993 levert evenmin significante verschillen op.

Tabel 3.27 Aantal dagen tussen intake en hulpinzet bij wijkverpleging. Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal cliënten tussen haakjes)

	Cliënt WV	Cliënt WV/GV	gem.
Gint-93	2,9 (16)	2,7 (33)	2,7
Gint-96	3,8 (30)	2,4 (43)	3,0
Tint-93	3,7 (41)	3,3 (71)	3,4
Tint-96	3,0 (12)	3,0 (41)	3,0
Cliënt-93	3,4 (57)	3,1 (104)	
Cliënt-96	3,6 (42)	2,7 (84)	

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: geen significante effecten

Analyse 93/96: geen significante effecten

3.7.3 Samenvatting

Wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden staan positiever tegenover een geïntegreerde intake wanneer ze er ook daadwerkelijk mee werken. Verzorgingshulpen B en huishulpen A zijn geen grote voorstanders van de geïntegreerde intake, verzorgenden C en D staan er neutraal tegenover. De meningen hierover zijn in de afgelopen drie jaar niet veranderd.

Het draagvlak voor een van de zorgverlening losgekoppelde intake is niet groot en nog het minst bij wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden. Wel staan wijkverpleegkundigen van geïntegreerde instellingen wat positiever tegenover een losgekoppelde intake dan hun collega's van traditionele instellingen. In volledig geïntegreerde instellingen zijn beide functieniveaus wat positiever geworden over de losgekoppelde intake, bij instellingen waar alleen met een geïntegreerde intake wordt gewerkt juist negatiever.

Wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden zijn van mening dat een geïntegreerde intake door iemand met een verpleegkundige achtergrond gedaan moet worden. De overige functies staan hier neutraal tegenover. Wel zijn verzorgingshulpen B en huishulpen A van volledig geïntegreerde instellingen het nu meer met de hoogste functieniveaus eens dan drie jaar geleden.

Wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden vinden dat loskoppeling van intake en zorgverlening niet bijdraagt aan de kwaliteit van de zorgverlening. Wel zijn deze hulpverleners iets minder negatief in hun oordeel geworden bij volledig geïntegreerde instellingen maar wijkverpleegkundigen van gedeeltelijk geïntegreerde instellingen geven daarentegen nu een negatiever oordeel dan drie jaar geleden. De overige functieniveaus nemen ook hier een neutraal standpunt in, al zijn verzorgingshulpen B en huishulpen A die deel uitmaken van traditionele teams positiever geworden in hun oordeel.

Met name wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden van traditioneel werkende instellingen vinden dat de kwaliteit van de intake de afgelopen drie jaar is verbeterd. In 1993 gaven alle hulpverleners, met uitzondering van wijkzorgenverzorgenden bij volledig geïntegreerde instellingen, een lichte tot matige verbetering van de kwaliteit van de

intake aan ten gevolge van de experimenten met een geïntegreerde intake. Daarna is blijkaar geen verdere toename opgetreden: de hulpverleners van deze instellingen zijn van mening dat de kwaliteit van de intake in de afgelopen drie jaar vrij constant is gebleven.

De meningen over de mogelijkheid om op basis van de intakegegevens een zorg- of verpleegplan op te stellen zijn in de afgelopen drie jaar niet noemenswaard veranderd. Evenals in 1993 oordelen ook nu wijkverpleegkundigen in de traditioneel werkende instellingen het meest positief, de overige hulpverleners zijn minder positief maar nog steeds van mening dat de intake een redelijke basis vormt voor het zorg- of verpleegplan.

Hulpverleners van gedeeltelijk geïntegreerde instellingen zijn ten opzichte van drie jaar geleden negatiever geworden over de kwaliteit van de intake als basis voor het starten met de zorgverlening waardoor het oordeel van deze groep nu lager uitvalt dan dat van de hulpverleners bij de overige instellingen.

De groep cliënten die met name voordeel zouden kunnen hebben van een centrale aanmelding is klein en bedraagt slechts 15%.

Er zijn slechts weinig cliënten die iets konden zeggen over de aanmelding. De belangrijkste reden hiervoor is dat de aanmelding vaak erg lang geleden heeft plaatsgevonden en men zich er weinig meer van kan herinneren.

De cliënten die zich nog wel iets konden herinneren van de aanmelding, zijn over het algemeen tevreden over de aanmeldingsprocedure van de gezinsverzorging. Cliënten met een gecombineerde hulpvraag zijn minder tevreden over de aanmeldingsprocedure bij de gezinsverzorging dan cliënten die alleen gezinsverzorging ontvangen. Ook bestaat de indruk dat de tevredenheid bij deze groep de laatste drie jaar is afgenomen. Cliënten die alleen gezinsverzorging ontvangen zijn daarentegen iets positiever geworden over de aanmeldingsprocedure, echter alleen wanneer ze zorg ontvangen van traditionele teams.

De aanmeldingsprocedure van de wijkverpleging wordt door alle cliënten even positief gewaardeerd. De meningen zijn niet veranderd ten opzichte van drie jaar geleden.

In het algemeen zijn cliënten, evenals drie jaar geleden, zeer tevreden over de kwaliteit van de intakeprocedure van zowel gezinsverzorging als wijkverpleging. Alleen op één onderdeel werden verschillen gevonden: ten opzichte van drie jaar geleden lijken bijna alle cliënten van de thuiszorg meer inspraak te hebben gekregen wat betreft het vaststellen van soort, hoeveelheid en tijdstip van de zorgverlening.

Ook de mate waarin hulpverleners op de hoogte zijn van de situatie van de cliënt bij aanvang van de hulpverlening, wordt door alle cliënten van beide werksoorten positief beoordeeld. Ten opzichte van drie jaar geleden zijn deze meningen niet beduidend veranderd.

Cliënten die gezinsverzorging ontvangen moeten gemiddeld wat langer op hulp wachten dan cliënten van de wijkverpleging. Dit is in de loop der jaren niet veranderd. Wel moeten cliënten die in 1996 bij een traditionele instelling alleen gezinsverzorging ontvangen, gemiddeld langer op hulp wachten dan dezelfde cliënten bij geïntegreerde instellingen. Voor gezamenlijke cliënten geldt het omgekeerde: deze ontvangen bij een traditionele instelling juist sneller hulp dan bij instellingen met geïntegreerde teams.

3.8 Resultaten zorgaanbod

In deze paragraaf worden de meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten over het al dan niet geïntegreerde zorgaanbod beschreven. Ook hier worden bij het cliënt-onderzoek de instellingen weer in twee groepen verdeeld. Omdat nu het zorgaanbod centraal staat, worden instellingen die met een geïntegreerd zorgaanbod werken, vergeleken met instellingen met traditionele teams.

In het hulpverlenersonderzoek wordt de driedeling van instellingen gehandhaafd.

Voor wat betreft de hulpverleners wordt aandacht besteed aan het draagvlak voor het werken in geïntegreerde teams, taakverdeling, taakafbakening, verschuiving in taken en overlegsituaties. Verder komen aan bod: werkkenmerken zoals autonomie, feedback en werkdruk en tevredenheid over een aantal werkaspecten.

Aan de cliënten zijn een aantal vragen gesteld over de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening.

3.8.1 Mening en ervaringen van hulpverleners

Draagvlak voor het werken met geïntegreerde teams

Allereerst zijn twee stellingen aan de hulpverleners voorgelegd om te achterhalen in hoeverre men een voorstander is van het werken in en met geïntegreerde teams. De stellingen gingen ook deze maal vergezeld van een vijf-puntsschaal die loopt van 'zeer mee oneens' (1) tot 'zeer mee eens' (5). Over het algemeen nemen de hulpverleners een positief standpunt in ten opzichte van de stelling:

Het werken in geïntegreerde teams leidt tot verbetering van de zorg voor de cliënt.

Verschil tussen instellingen is er niet, wel tussen functies: verzorgenden C en D zijn het meest en wijkverpleegkundigen het minst positief (zie tabel 3.28). Ten opzichte van drie jaar geleden zijn wijkverpleegkundigen het minder eens met genoemde stelling, dit geldt met name voor wijkverpleegkundigen die werkzaam zijn in traditionele instellingen. De overige hulpverleners zijn in de loop der jaren niet van mening veranderd.

Tabel 3.28 Geïntegreerde teams leiden tot een verbetering van de zorg voor de cliënt: gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	3,7 (55)	3,7 (43)	4,2 (81)	4,1 (60)	3,9
GI.GT-96	3,8 (52)	3,7 (50)	4,2 (51)	3,8 (24)	3,9
GI.TT-93	3,7 (20)	3,5 (18)	4,1 (49)	3,9 (40)	3,9
GI.TT-96	3,3 (32)	3,8 (47)	4,0 (45)	3,9 (32)	3,8
TI.TT-93	3,8 (38)	3,7 (25)	4,0 (95)	3,6 (51)	3,8
TI.TT-96	3,4 (51)	3,5 (37)	4,1 (35)	3,7 (35)	3,7
Hulpverl.93	3,7 (113)	3,6 (86)	4,6 (225)	3,9 (151)	
Hulpverl.96	3,5 (135)	3,7 (134)	4,1 (131)	3,8 (91)	

Analyse 1993: hoofdeffect functie: $F = 9,7$ df 3 $p < .01$

Analyse 1996: hoofdeffect functie: $F = 11,7$ df 3 $p < .01$

Analyse 93/96: TI.TT x functie: F = 2,8 df 3 p<.05
 hoofdeffect WV: F = 4,1 df 1 p<.05

Ook ten opzichte van de tweede stelling:

Ik ben een voorstander van het werken in geïntegreerde teams wijkverpleging-gezinsverzorging, wordt een neutraal tot positief standpunt ingenomen (zie tabel 3.29). Hier zijn wel verschillen tussen instellingen: hulpverleners van volledig geïntegreerde instellingen staan positiever tegenover geïntegreerde teams dan de overige hulpverleners. Dit verschil is met name zichtbaar bij wijkverpleegkundigen. De verschillen tussen functies komen overeen met die op de voorgaande stelling. In vergelijking tot drie jaar geleden zijn alleen verzorgingshulpen B en thuishulpen A van volledig geïntegreerde instellingen significant van mening veranderd en wel in negatieve richting.

Tabel 3.29 Voorstander van het werken met geïntegreerde teams? Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	3,9 (55)	3,8 (43)	4,1 (82)	4,2 (61)	4,2
GI.GT-96	4,1 (52)	3,8 (50)	4,2 (52)	3,7 (24)	4,0
GI.TT-93	3,7 (20)	3,6 (18)	4,1 (50)	3,8 (41)	3,9
GI.TT-96	3,2 (33)	3,6 (48)	4,0 (45)	3,9 (33)	3,7
TI.TT-93	3,6 (38)	3,6 (25)	3,9 (95)	3,6 (51)	3,7
TI.TT-96	3,4 (51)	3,4 (37)	4,0 (35)	3,7 (35)	3,6
Hulpverl.93	3,8 (113)	3,7 (86)	4,0 (227)	3,9 (153)	
Hulpverl.96	3,6 (136)	3,7 (135)	4,1 (132)	3,8 (92)	

Analyse 1993: hoofdeffect instelling: F = 9,2 df 2 p<.01
 hoofdeffect functie: F = 7,6 df 3 p<.01

Analyse 1996: hoofdeffect instelling: F = 5,8 df 2 p<.01
 hoofdeffect functie: F = 8,4 df 3 p<.01
 instelling x functie: F = 2,8 df 6 p<.05

Analyse 93/96: A/B x instelling: F = 3,5 df 2 p<.05

Kwaliteit en efficiëntie van de taakverdeling

Één van de doelstellingen van de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging is het verhogen van de efficiëntie van het primaire proces. Verondersteld wordt dat bij een geïntegreerde zorgverlening, de samenstelling van het personeel beter is afgestemd op de vraag naar zorg. Hierdoor zullen hulpverleners minder vaak taken onder of boven niveau uitvoeren. De mate waarin deze doelstelling is bereikt, werd dan ook gemeten door hulpverleners te vragen hoe vaak ze taken onder of boven niveau uitvoeren. Vanwege de scheve verdelingen van de antwoorden werden bij beide vragen de antwoorden ingedeeld in twee categorieën: (bijna) nooit en soms tot vaak. In tabel 3.30 en 3.31 worden de percentages hulpverleners weergegeven die respectievelijk soms tot vaak taken onder en boven hun niveau uitvoeren.

Tabel 3.30 Percentage hulpverleners die soms tot vaak taken uitvoeren die eigenlijk onder hun niveau liggen, per instelling en functie (absolute aantallen tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	90,7 (49)	46,7 (21)	45,8 (28)	27,1 (16)	51,5
GI.GT-96	82,7 (43)	67,3 (33)	34,6 (18)	42,3 (11)	58,7
GI.TT-93	80,0 (16)	30,0 (6)	50,0 (25)	14,6 (6)	40,5
GI.TT-96	84,8 (28)	47,9 (23)	50,0 (23)	18,8 (6)	50,3
TI.TT-93	84,2 (32)	60,0 (15)	50,5 (49)	28,3 (15)	52,1
TI.TT-96	88,0 (44)	51,4 (19)	50,0 (18)	21,1 (8)	55,3
Hulpverl.93	86,8 (97)	46,7 (42)	49,1 (102)	24,2 (37)	
Hulpverl.96	85,2 (115)	56,0 (75)	44,0 (59)	26,0 (25)	

Analyse 1993: functie: Chi2 = 103,1 df 3 p<.05

Analyse 1996: functie: Chi2 = 88,8 df 3 p<.01

Analyse 93/96: geen significante effecten

Over het geheel genomen geven de hulpverleners bij alle instellingen even vaak aan soms tot vaak taken onder niveau te verrichten (gemiddeld ongeveer 55%). Tussen functies onderling blijken wel belangrijke verschillen te bestaan. Per instelling bezien geven wijkverpleegkundigen overal het vaakst aan taken onder niveau te verrichten. Bij instellingen met traditionele teams nemen wijkzakenverzorgenden en verzorgende C en D een gedeelde tweede plaats in: ongeveer 50% van deze hulpverleners geeft aan soms tot vaak taken onder niveau te verrichten. Voor verzorgingshulpen B en huishulpen A ligt dit percentage rond de 20%. Bij volledig geïntegreerde instellingen valt daarentegen een andere rangorde op: de wijkzakenverzorgenden bezetten hier de tweede plaats, gevolgd door verzorgingshulpen B/thuishulpen A en verzorgenden C en D. Dit verschil tussen instellingen met traditionele en met geïntegreerde teams lijkt met name te zijn ontstaan door een verschuiving ten opzichte van drie jaar geleden bij volledig geïntegreerde instellingen. Wijkzakenverzorgenden antwoorden hier nu significant vaker dan drie jaar geleden dat ze soms tot vaak taken onder hun niveau verrichten. Ook bij verzorgenden C en D en verzorgingshulpen B/thuishulpen A zijn verschuivingen waar te nemen (respectievelijk naar minder en meer onder niveau werken) maar deze bleken echter (nog?) niet significant te zijn. Tenslotte werd bij verzorgingshulpen B en huishulpen A de trend ontdekt dat deze hulpverleners bij instellingen die werken met geïntegreerde teams vaker aangeven beneden niveau werkzaam te zijn. Drie jaar geleden was van deze trend nog geen sprake.

Het percentage hulpverleners dat aangeeft soms tot vaak taken boven niveau te verrichten, verschilt niet per instelling en ook niet per functie (zie tabel 3.31). Ten opzichte van 1993 zijn wel enkele verschuivingen waarneembaar. Zowel bij volledig geïntegreerde als bij volledig traditioneel werkende instellingen verrichten minder hulpverleners werkzaamheden boven hun niveau dan voorheen. Bij de eerstgenoemde instellingen is deze verschuiving het grootst bij wijkverpleegkundigen. Bij traditioneel werkende instellingen is dit verschil ten opzichte van drie jaar geleden het grootst bij

verzorgingshulp B en huishulp A (trend: $p = .08$). Gemiddeld genomen werd bij deze groep hulpverleners een significant verschil gevonden ten opzichte van drie jaar geleden: er worden minder vaak taken boven niveau verricht.

Tabel 3.31 Percentage hulpverleners die soms tot vaak taken uitvoeren die eigenlijk boven hun niveau liggen, per instelling en functie (absolute aantallen tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	22,2 (12)	17,8 (8)	15,2 (12)	22,0 (13)	19,0
GI.GT-96	7,7 (4)	8,3 (4)	14,0 (7)	12,0 (3)	10,3
GI.TT-93	11,1 (2)	5,0 (1)	14,0 (7)	31,7 (13)	17,8
GI.TT-96	24,2 (8)	4,3 (2)	13,3 (6)	20,6 (7)	14,5
TI.TT-93	7,9 (3)	8,0 (2)	22,9 (22)	32,1 (17)	20,8
TI.TT-96	14,0 (7)	5,6 (2)	11,1 (4)	16,2 (6)	11,9
Hulpverl.93	16,1 (17)	12,2 (11)	18,1 (41)	28,1 (43)	
Hulpverl.96	14,1 (19)	6,1 (8)	13,0 (17)	16,7 (16)	

Analyse 1993: functie: Chi2 = 11,0 df 3 $p < .05$

Analyse 1996: geen significante effecten

Analyse 93/96: GI.GT: Chi2 = 5,9 df 1 $p < .05$

TI.TT: Chi2 = 5,0 df 1 $p < .05$

A/B: Chi2 = 4,3 df 1 $p < .05$

Aan de hulpverleners werd in 1996 ook gevraagd wat volgens hen de reden is voor het verrichten van taken onder of boven niveau. Voor het verrichten van taken onder niveau wordt een tekort aan lager opgeleid personeel het vaakst genoemd (door 23%) evenals de tegenhanger: 'er zijn teveel cliënten die zorg van een lager niveau nodig hebben' (12%). Ook efficiëntie wordt door 13% van de hulpverleners genoemd: omdat een hulpverlener al bij een cliënt werkt, is het soms efficiënter als deze ook het stukje hulpverlening van lager niveau verzorgt. Logischerwijs wordt als reden voor het boven niveau werken door 12% van de hulpverleners een tekort aan hoger opgeleid personeel genoemd maar hulpverleners vinden blijkbaar ook vrij vaak (23%) dat ze zelf te weinig ervaring hebben voor bepaalde taken.

Naast de vragen over boven of onder niveau werken, werd tevens een oordeel gevraagd over de kwaliteit van de taakverdeling tussen wijkverpleging en gezinsverzorging.

Deze vraag werd in 1993 in iets andere bewoordingen gesteld dan in 1996 en werd toentertijd alleen gesteld aan hulpverleners die te maken hadden met integratie-experimenten. In 1993 luidde de vraag als volgt: 'Vindt u dat binnen het experiment of project, in vergelijking met de oude situatie, de kwaliteit van de taakverdeling tussen wijkverpleging en gezinsverzorging beter/slechter is geworden?' In 1996 werd aan de hulpverleners gevraagd of men van mening was dat de kwaliteit van de taakverdeling in de afgelopen drie jaar was veranderd. In beide onderzoeken werd dezelfde vijf-puntsschaal gebruikt die loopt van 'veel beter' (1) tot 'veel slechter' (5).

Uit de in tabel 3.32 gepresenteerde resultaten valt op te maken of het al dan niet integreren van (een gedeelte van) het primaire proces volgens de hulpverleners een positief of een negatief effect heeft op de kwaliteit van de taakverdeling tussen wijkverpleging en gezinsverzorging.

Tabel 3.32 In welke richting is de kwaliteit van de taakverdeling tussen wijkverpleging en gezinsverzorging veranderd? Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-96	2,3 (52)	2,2 (49)	2,2 (50)	2,7 (30)	2,3
GI.TT-96	2,7 (33)	2,6 (48)	2,5 (45)	2,5 (32)	2,6
TI.TT-96	2,6 (52)	2,6 (34)	2,5 (36)	2,4 (38)	2,5
gemiddelde	2,5	2,5	2,4	2,5	

Analyse 1996: geen significante effecten

In de analyse van 1996, waar ook traditioneel werkende instellingen in werden betrokken, worden gemiddeld genomen geen verschillen tussen instellingen noch tussen functies gevonden. Per functie bezien blijken wijkziekenverzorgenden echter positiever over een verbetering van de kwaliteit van taakverdeling wanneer in en met geïntegreerde teams werd gewerkt. Dezelfde trend is zichtbaar bij verzorgenden C en D.

In tabel 3.33 worden de resultaten van GI.GT- en GI.TT-instellingen weergegeven. Aan de hand van deze resultaten kan zichtbaar gemaakt worden of een eventuele verbetering van de taakverdeling tijdens de experimenten in 1993 zich in de afgelopen drie jaar heeft doorgezet, gelijk is gebleven of juist weer is afgenomen.

Kijkend naar de tabel valt allereerst op dat alle hulpverleners gematigd positief zijn in hun oordeel: allen vinden dat de kwaliteit van de taakverdeling, zowel tijdens de experimenten als in de drie daarop volgende jaren, is verbeterd. Wel zijn alle verschuivingen ten opzichte van drie jaar geleden in negatieve richting; dit betekent dat de verbetering van de taakverdeling tijdens de experimenten groter was dan de verbetering in de drie daarop volgende jaren. Gemiddeld over alle hulpverleners is deze verschuiving bij beide instellingssoorten significant. De grootste verschuiving is opgetreden bij wijkverpleegkundigen, in volledig geïntegreerde instellingen iets minder sterk (trend: $p = .058$) dan in instellingen waar alleen met een geïntegreerde intake wordt gewerkt. Ook verzorgenden C en D zijn gemiddeld gezien iets minder positief over een verbetering van de kwaliteit van de taakverdeling op de lange termijn dan voorheen toen de integratie-projecten nog maar net van start waren.

Verschuiving van taken

Één van de belangrijkste redenen voor de integratie is de verwachte substitutie van taken van hogere naar lager functie-niveaus. Dit zou moeten blijken uit veranderingen in het takenpakket van de verschillende hulpverleners. Om dit na te gaan is in 1993 aan de hulpverleners gevraagd of zich in het afgelopen jaar (tijdens de experimenten met integratie) een verschuiving had voorgedaan in de taken die zij verrichten. In 1996

is dezelfde vraag gesteld maar dan over de periode van de afgelopen drie jaar. In de vergelijkende analyse kan op deze manier nagegaan worden of deze verschuiving is toegenomen, afgenomen of even groot is gebleven.

Tabel 3.33 In welke richting is de kwaliteit van de taakverdeling tussen wijkverpleging en gezinsverzorging veranderd? Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	2,0 (35)	2,3 (27)	2,0 (53)	2,4 (35)	2,1
GI.GT-96	2,3 (52)	2,2 (49)	2,2 (50)	2,7 (30)	2,3
GI.TT-93	2,2 (16)	2,4 (8)	2,2 (19)	2,4 (10)	2,2
GI.TT-96	2,7 (33)	2,6 (48)	2,5 (45)	2,5 (32)	2,6
Hulpverl.93	2,1 (51)	2,3 (35)	2,0 (72)	2,4 (45)	
Hulpverl.96	2,5 (85)	2,4 (97)	2,3 (95)	2,6 (62)	

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 93/96: hoofdeffect GI.GT: F = 6,0 df 1 p<.05
 hoofdeffect GI.TT: F = 4,9 df 1 p<.05
 hoofdeffect WV: F = 10,2 df 1 p<.01
 hoofdeffect C/D: F = 4,8 df 1 p<.05

In tabel 3.34 is het percentage hulpverleners weergegeven dat 'ja' heeft geantwoord op de vraag of er een verschuiving heeft plaats gevonden. Uit de tabel blijkt dat zich in de afgelopen drie jaar overall een vrij grote verschuiving in taken heeft voorgedaan. Gemiddeld over alle hulpverleners zijn er geen verschillen tussen de instellingen maar per functie bezien geeft een kleiner percentage verzorgingshulpen B en huishulpen A bij traditionele instellingen aan dat de taken zijn veranderd dan hun collega's bij de andere twee instellingen. In het algemeen geven wijkverpleegkundigen het vaakst aan dat hun taken de afgelopen drie jaar zijn verschoven. Bij volledig geïntegreerde instellingen is er geen verschil tussen de functies: alle hulpverleners geven ongeveer even vaak aan dat er een verschuiving van taken is opgetreden. Bij GI.TT instellingen antwoorden wijkzakenverzorgenden minder vaak 'ja' op deze vraag dan de overige hulpverleners. Ook bij volledig traditioneel werkende instellingen zijn er (vrij grote) verschillen tussen de functies met de meeste verschuiving in taken voor wijkverpleegkundigen, gevolgd door verzorgenden C en D die weer vaker een verschuiving aangeven dan de overige hulpverleners.

Vergeleken met de uitkomsten van het onderzoek in 1993 is de taakverschuiving voor verzorgingshulpen B en huishulpen A toegenomen, behalve bij traditionele instellingen. Bij deze instellingen is de verschuiving van taken voor verzorgenden C en D toegenomen.

Tabel 3.34 Percentage hulpverleners die aangeven dat er een verschuiving in taken heeft plaatsgevonden, per instelling en functie (absolute aantallen tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	92,7 (51)	75,6 (34)	78,3 (65)	56,9 (37)	75,4
GI.GT-96	88,7 (47)	78,0 (39)	75,0 (39)	80,6 (25)	80,6
GI.TT-93	81,0 (17)	60,0 (12)	74,5 (38)	61,4 (27)	69,1
GI.TT-96	88,2 (30)	61,2 (30)	83,3 (40)	82,4 (28)	77,6
TI.TT-93	81,6 (31)	64,0 (16)	58,6 (58)	54,4 (31)	62,1
TI.TT-96	92,5 (49)	62,2 (23)	77,8 (28)	55,0 (22)	73,5
Hulpverl.93	87,1 (99)	68,9 (62)	69,4 (161)	57,2 (95)	
Hulpverl.96	90,0 (126)	67,6 (92)	78,7 (107)	71,4 (75)	

Analyse 1993:	instelling:	Chi2 = 8,9	df 2	p<.05
	functie:	Chi2 = 28,6	df 3	p<.01
Analyse 1996:	functie:	Chi2 = 2,3	df 3	p<.01
Analyse 93/96:	TI.TT:	Chi2 = 5,5	df 1	p<.05
	A/B:	Chi2 = 5,5	df 1	p<.05

Aan hulpverleners die inderdaad te maken hadden met een verschuiving in taken is gevraagd waar die verschuiving uit bestaat. In 1993 bleek dat in het voorafgaande jaar voor diverse werkzaamheden verschuivingen waren opgetreden (Verheij e.a., 1993). Ook in het onderzoek van 1996 worden door de hulpverleners diverse verschuivingen in taken gerapporteerd. Hierna worden alleen de resultaten uit de vergelijkende analyse beschreven: per functie wordt nagegaan of de verschuiving van bepaalde werkzaamheden in de periode 1993 tot 1996 is veranderd ten opzichte van de verschuiving in het jaar voorafgaande aan het eerste onderzoek. Met andere woorden of een bepaalde trend zich heeft doorgezet en is toegenomen, is afgenomen of tot stilstand is gekomen. Gemiddeld geven *wijkverpleegkundigen* in 1996 vaker dan in 1993 aan dat een verschuiving heeft plaatsgevonden naar meer medische en/of verpleegtechnische, minder verzorgende en minder coördinerende werkzaamheden. Met uitzondering van de coördinerende taken, worden dezelfde resultaten gevonden bij volledig geïntegreerde instellingen. Bij wijkverpleegkundigen van instellingen met traditionele teams worden geen verschillen gevonden: de verschuiving in werkzaamheden is hier in de afgelopen drie jaar niet veranderd.

Evenals voor de wijkverpleegkundigen is ook voor de *wijkziekenverzorgenden* de verschuiving naar meer verpleegtechnische en meer verzorgende taken toegenomen. Bovendien is de verschuiving naar meer huishoudelijke taken die deze hulpverleners in 1993 rapporteerden, in 1996 significant afgenomen. Per type instelling bezien komen de resultaten bij volledig geïntegreerde instellingen overeen met de hiervoor beschreven verschuivingen. Voor wijkziekenverzorgenden van instellingen waar alleen gewerkt wordt met een geïntegreerde intake is alleen de verschuiving naar meer verpleegtechnische werkzaamheden toegenomen, bij traditionele instellingen is de afgelopen drie jaar de verschuiving van taken niet veranderd.

Verzorgenden C en D geven gemiddeld in 1996 vaker dan in 1993 aan dat een ver-

schuiving heeft plaatsgevonden naar meer verpleegtechnische, meer verzorgende, meer administratieve en meer coördinerende taken en naar minder huishoudelijke taken. Bij volledig geïntegreerde instellingen is de verschuiving naar meer verpleegtechnische en meer administratieve werkzaamheden toegenomen. Voor de verzorgenden C en D van instellingen met een geïntegreerde intake zijn de verschuivingen van werkzaamheden niet veranderd, bij traditionele instellingen worden in 1996 vaker dan in 1993 verschuivingen naar meer verzorgende en minder huishoudelijke taken en naar meer cliëntbegeleiding gerapporteerd.

Tenslotte geven *verzorgingshulpen B en thuishulpen A* in het algemeen en bij volledig geïntegreerde instellingen aan dat voor hen de verschuiving naar meer huishoudelijke en minder verzorgende taken is toegenomen. Bij de overige instellingen zijn de verschuivingen in werkzaamheden niet toe- of afgenomen.

Duidelijkheid van de taakafbakening

Door de integratie van het primaire proces, waardoor hulpverleners van verschillende disciplines bijvoorbeeld deel uitmaken van één team, en door de beoogde substitutie van taken zouden met name in de beginfase onduidelijkheden kunnen ontstaan over de vraag 'Wie doet Wat?' Om na te gaan hoe duidelijk taken in de praktijk zijn afgebakend, werd een tweetal vragen aan de hulpverleners gesteld. Bij de vragen over taakafbakening (en bij de in de volgende subparagraaf volgende vragen over overlegsituaties) werd in 1993 tijdens de analyses de driedeling van instellingen losgelaten. Er werd een tweedeling gemaakt tussen geïntegreerde en niet geïntegreerde teams aan de hand van door de hulpverlener zelf verstrekte gegevens. Een aantal hulpverleners bleek namelijk het idee te hebben geen deel uit te maken van een geïntegreerd team terwijl dit volgens de gegevens van de organisatie wel het geval was. Dit had te maken met het feit dat de verschillende disciplines in sommige geïntegreerde teams min of meer onafhankelijk van elkaar zorg verleenden en de hulpverleners elkaar alleen ontmoetten tijdens gezamenlijke cliëntbesprekingen. Na drie jaar 'integratie-ervaring' blijkt dat er geen eenduidige definitie gegeven kan worden van 'Het geïntegreerde team'. De samenstelling van de teams, de mate waarin de verschillende hulpverleners samenwerken en elkaar ontmoeten tijdens besprekingen, varieert van instelling tot instelling. Tevens blijken in de meeste instellingen die werken met geïntegreerde teams, ook niet-geïntegreerde teams aanwezig te zijn. Al deze verschijnselen blijken dus onderdeel uit te maken van 'een geïntegreerd zorgaanbod'. Om deze redenen is gekozen ook bij taakafbakening en overlegsituaties de driedeling van instellingen te handhaven en zijn de analyses van 1993 op deze wijze overgedaan. Hierdoor wijken de in de tabellen gerapporteerde resultaten enigszins af van de door Verheij et al (1993) beschreven resultaten.

Allereerst is gevraagd hoe duidelijk de eigen taken van de hulpverlener zijn afgebakend. De antwoorden zijn in twee categorieën ingedeeld: uitstekend tot goed en matig tot slecht. In tabel 3.35 wordt het percentage hulpverleners weergegeven dat van mening is dat de eigen taken uitstekend tot goed zijn afgebakend.

Verschillen tussen instellingen worden niet gevonden, wel blijken wijkverpleegkundigen over het algemeen minder tevreden te zijn over de taakafbakening dan de overige hulpverleners. Dit verschil tussen functies is het grootst bij instellingen met alleen een geïntegreerde intake. In de afgelopen drie jaar is de tevredenheid van wijkziekenverzorgenden over de afbakening van de eigen taken toegenomen; met name bij volledig geïntegreerde instellingen.

Tabel 3.35 Percentage hulpverleners dat aangeven dat de eigen taken uitstekend tot goed zijn afgebakend, per instelling en functie (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	81,1	61,4	87,3	80,0	79,2 (231)
GI.GT-96	69,2	81,3	88,0	80,8	79,5 (176)
GI.TT-93	80,0	89,5	79,2	89,5	84,0 (125)
GI.TT-96	70,6	87,8	88,6	90,9	85,0 (160)
TI.TT-93	73,7	70,8	76,8	79,2	76,2 (210)
TI.TT-96	76,0	80,6	80,0	91,7	81,5 (157)
Hulpverl.93	78,4 (111)	70,1 (87)	81,1 (222)	82,2 (146)	
Hulpverl.96	72,1 (136)	83,5 (133)	86,0 (129)	88,4 (95)	

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: functie: Chi2 = 13,4 df 3 p<.01

Analyse 93/96: WZV: Chi2 = 5,5 df 1 p<.05

Ten tweede is gekeken naar de duidelijkheid van de taakverdeling binnen het team in het algemeen.

Ook hier zijn alleen verschillen tussen functies gevonden. Uit tabel 3.36 blijkt dat wijkverpleegkundigen vaker dan de overige hulpverleners vinden dat de taakverdeling onduidelijk is. Verzorgingshulpen B en huishulpen A geven vaker aan geen mening te hebben over dit onderwerp. Ten opzichte van 1993 is bijna overal een stijgende lijn zichtbaar: zowel per instelling als per functie wordt bijna overal vaker aangegeven dat de taakverdeling duidelijk is en wordt minder vaak het antwoord 'onduidelijk' gegeven. Alleen bij wijkziekenverzorgenden van volledig geïntegreerde instellingen zijn deze verschillen echter significant. Door deze verschuiving komt hun mening nu ook meer overeen met die van hun collega's bij de andere twee soorten instellingen.

Aan de hulpverleners die aangaven de taakverdeling binnen het team onduidelijk te vinden, is gevraagd op welk gebied onduidelijkheid bestaat. Door de hulpverleners wordt 'onduidelijkheid op het gebied van de uitvoering van taken' (wie doet wat) het vaakst genoemd: door verzorgenden C en D en verzorgingshulpen B/thuishulpen A vaker dan door ander functieniveaus. Ook onduidelijkheden over wie verantwoordelijk is voor de zorgverlening en onduidelijkheden op het gebied van de zorgcoördinatie worden vaak genoemd. Onduidelijkheden rond het toewijzingsprincipe om cliënten aan hulpverleners toe te wijzen, wordt door wijkverpleegkundigen iets vaker genoemd (55%) dan door de overige hulpverleners (20 tot 35%).

In vergelijking tot drie jaar geleden lijken onduidelijkheden over wie verantwoordelijk is voor de zorgverlening binnen traditionele teams toe te nemen, bij volledig traditionele instellingen is dit verschil significant (Chi2 = 4,7 df 1 p<.01), bij GI.TT-instellingen een trend. Tenslotte is voor wijkverpleegkundigen de onduidelijkheid op het gebied van de continuïteit van de zorgverlening in de afgelopen drie jaar toegenomen (Chi2 = 6,0 df 1 p<.05).

Tabel 3.36 Mening over taakverdeling binnen het team, percentages per instelling en functie

instelling	f u n c t i e									
	WV		WZV		C/D		A/B		gem.	
	1993 (114)	1996 (125)	1993 (89)	1996 (124)	1993 (227)	1996 (123)	1993 (156)	1996 (82)	1993	1996
GI.GT										
duidelijk	57	61	49	67	65	81	51	64	57	69
onduidelijk	43	37	51	25	18	13	20	23	30	24
geen mening	0	2	0	8	18	6	29	14	13	7
GI.TT										
duidelijk	50	75	65	79	61	73	66	73	62	75
onduidelijk	50	25	25	15	14	16	17	7	22	16
geen mening	0	0	10	6	25	11	17	20	16	9
TI.TT										
duidelijk	68	68	71	71	54	69	57	67	59	69
onduidelijk	32	28	21	25	21	22	23	10	23	22
geen mening	0	4	8	4	25	9	20	23	17	10
Gem.										
duidelijk	61	67	58	73	60	75	57	68		
onduidelijk	40	30	37	21	18	16	21	12		
geen mening	0	2	5	7	22	9	22	20		
Analyse 1993:	functie:		Chi2 = 56,2	df 6	p<.01					
Analyse 1996:	functie:		Chi2 = 28,4	df 6	p<.01					
Analyse 93/96:	GI.GT:		Chi2 = 7,2	df 1	p<.05					
	GI.TT:		Chi2 = 6,3	df 1	p<.05					
	WZV:		Chi2 = 6,8	df 2	p<.05					
	C/D:		Chi2 = 10,7	df 2	p<.01					

Overlegsituaties

De introductie van geïntegreerde teams kan ook invloed hebben op de overlegsituaties: hulpverleners van verschillende disciplines ontmoeten elkaar, er ontstaan nieuwe overlevormen, wellicht is in het begin wat meer tijd nodig voor overleg dan na verloop van tijd en misschien hebben hulpverleners die deel uitmaken van geïntegreerde teams meer of minder behoefte aan overleg met bepaalde personen dan hulpverleners uit traditionele teams.

Aan de hulpverleners is allereerst gevraagd of zij behoefte hadden aan meer of minder overleg en zo ja met wie. Zowel in 1993 als in 1996 gaven slechts enkele hulpverleners (4%) aan minder overleg te wensen.

In tabel 3.37 is het percentage hulpverleners weergegeven dat behoefte heeft aan meer overleg.

Tabel 3.37 Percentage hulpverleners dat vaker overleg wenst, per instelling en functie (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	68,5	64,3	49,4	44,6	55,5
GI.GT-96	84,0	71,4	60,0	72,0	71,8
GI.TT-93	57,9	55,6	53,1	47,4	52,4
GI.TT-96	87,9	75,0	82,6	78,1	80,5
TI.TT-93	52,6	56,0	46,8	55,8	51,2
TI.TT-96	84,3	54,1	82,4	48,7	68,3
Hulpverl.93	61,1 (113)	60,0 (85)	49,5 (222)	49,3 (146)	
Hulpverl.96	85,1 (134)	67,9 (134)	73,8 (130)	64,6 (96)	

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: instelling: Chi2 = 6,5 df 2 p<.05
 functie: Chi2 = 15,3 df 3 p<.01

Analyse 93/96: GI.GT: Chi2 = 11,3 df 1 p<.01
 GI.TT: Chi2 = 25,3 df 1 p<.01
 TI.TT: Chi2 = 11,0 df 1 p<.01
 WV: Chi2 = 18,4 df 1 p<.01
 C/D: Chi2 = 19,9 df 1 p<.01
 A/B: Chi2 = 5,5 df 1 p<.05

Bij instellingen waar alleen met een geïntegreerde intake wordt gewerkt, hebben de hulpverleners vaker behoefte aan meer overleg dan bij de overige instellingen. Per functie bekeken blijken verzorgenden C en D die deel uitmaken van traditionele teams meer behoefte aan overleg te hebben dan hun collega's in geïntegreerde teams. Verzorgingshulpen B en huishulpen A hebben in traditionele instellingen minder behoefte aan meer overleg.

Gemiddeld hebben wijkverpleegkundigen het meest behoefte aan meer overleg. Per instelling blijkt alleen bij volledig traditionele instellingen een significant verschil tussen de hulpverleners: wijkverpleegkundigen en verzorgenden C en D geven hier het vaakst aan behoefte te hebben aan meer overleg. Met uitzondering van verzorgingshulpen B en huishulpen A in traditionele instellingen, is de behoefte aan meer overleg overal toegenomen. Gemiddeld is deze toename voor alle instellingen en alle functies, met uitzondering van wijkziekenverzorgenden, significant. Wijkverpleegkundigen en verzorgenden C en D hebben met name wanneer ze deel uitmaken van een traditioneel team meer behoefte aan overleg dan drie jaar geleden. Bij verzorgingshulpen B en huishulpen A is de behoefte aan meer overleg juist in geheel of gedeeltelijk geïntegreerde instellingen toegenomen.

Een verdere uitsplitsing is gemaakt met wie men graag vaker zou willen overleggen.

Alle functies blijken graag meer overleg te willen voeren met wijkverpleegkundigen. Wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en verzorgenden C en D noemen daarnaast de huisarts vaak, verzorgingshulpen B en huishulpen A hebben vaak behoefte aan meer overleg met de leidinggevende van de gezinsverzorging. Bij de laatstgenoemde groep werden geen verschillen tussen instellingen gevonden. Verzorgenden C

en D die deel uitmaken van traditionele teams geven vaker dan hun collega's in geïntegreerde teams aan meer overleg te willen met wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Wijkzakenverzorgenden hebben in geïntegreerde teams meer behoefte aan overleg met andere wijkzakenverzorgenden dan hun collega's in traditionele teams. Tevens hebben deze hulpverleners bij gedeeltelijk geïntegreerde instellingen meer behoefte aan overleg met de leidinggevende van de gezinsverzorging dan in traditionele instellingen. Tenslotte hebben wijkverpleegkundigen in volledig geïntegreerde instellingen een grotere behoefte aan meer overleg met andere wijkverpleegkundigen en met wijkzakenverzorgenden dan de wijkverpleegkundigen van (respectievelijk) gedeeltelijk en niet-geïntegreerde instellingen.

In vergelijking met drie jaar geleden is de behoefte aan meer overleg per functie als volgt toegenomen: *wijkverpleegkundigen* willen bij alle instellingen meer contact met de teamleiding, met wijkverpleegkundigen en met wijkzakenverzorgenden. Bij gedeeltelijk geïntegreerde instellingen is bovendien de behoefte aan overleg met verzorgenden C en D toegenomen.

Wijkzakenverzorgenden die deel uitmaken van geïntegreerde teams hebben meer behoefte aan contact met wijkverpleegkundigen dan drie jaar geleden. *Verzorgenden C en D* in traditionele teams geven nu vaker dan drie jaar geleden aan dat ze behoefte hebben aan meer overleg met wijkverpleegkundigen en de huisarts. In geïntegreerde teams is de behoefte aan contact met de teamleiding toegenomen. Voor *verzorgingshulpen B en thuishulpen A* van instellingen waar gewerkt wordt met een geïntegreerde intake, is de behoefte aan overleg met collega's toegenomen.

In 1996 werden een aantal vragen toegevoegd. In de eerste plaats werd aan de hulpverleners een oordeel gevraagd over de frequentie en samenstelling van de overlegsituaties. De vijf antwoordcategorieën zijn voor de analyse samengevoegd tot twee: zeer goed tot goed en matig tot slecht (zie tabel 3.38).

Tabel 3.38 Oordeel over frequentie en samenstelling van de overlegsituaties. Percentages per instelling en functie

instelling N =		functie				gem.
		WV (130)	WZV (132)	C/D (131)	A/B (94)	
GI.GT	(zeer)goed	39,2	44,9	72,5	69,2	54,8
	matig-slecht	60,8	55,1	27,5	30,8	45,2
GI.TT	(zeer)goed	45,2	48,9	42,2	58,8	48,4
	matig/slecht	54,8	51,1	57,8	41,2	51,6
TI.TT	(zeer)goed	54,2	63,9	57,1	79,4	62,7
	matig-slecht	45,8	36,1	42,9	20,6	37,3
gem.	(zeer)goed	46,2	51,5	58,0	69,1	
	matig-slecht	53,8	48,5	42,0	30,9	

Analyse 1996: instelling: Chi2 = 6,5 df 2 p<.05
 functie: Chi2 = 12,8 df 3 p<.01

Bij traditionele instellingen wordt het meest positief over de overlegsituaties geoordeeld. Verschillen tussen instellingen per functie worden alleen waargenomen bij verzorgenden C en D: zij zijn in geïntegreerde teams beduidend positiever over de overlegsituaties dan hun collega's in traditionele teams. Gemiddeld zijn verzorgings-

hulpen B en thuishulpen A nog het meest positief in hun oordeel. In geïntegreerde teams blijken wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden de overlegsituaties veel vaker als matig tot slecht te ervaren dan verzorgenden C en D en verzorgingshulpen B/thuishulpen A.

Als reden voor een negatief oordeel wordt 'te weinig overleg' het vaakst genoemd (76%). Dit komt geheel overeen met de hiervoor beschreven resultaten waarin een groot percentage hulpverleners aangaf behoefte te hebben aan meer overleg.

Ook is aan de hulpverleners gevraagd hoeveel tijd men nu per maand aan overleg besteed en of dit is veranderd ten opzichte van drie jaar geleden.

Tabel 3.39 Aantal uren die hulpverleners per maand aan overleg besteden.
Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT	7,6 (48)	6,4 (46)	5,2 (51)	2,4 (27)	5,7
GI.TT	6,6 (30)	5,1 (45)	3,5 (43)	2,1 (32)	4,3
TI.TT	9,5 (48)	7,2 (33)	4,2 (34)	2,3 (34)	6,1
gemiddelde	8,1 (126)	6,1 (114)	4,4 (128)	2,3 (93)	

Analyse 1996: hoofdeffect instelling: $F = 6,4$ $df 2$ $p < .01$
hoofdeffect functie: $F = 41,5$ $df 3$ $p < .01$

Gemiddeld genomen wordt er door wijkverpleegkundigen het meest vergaderd en lijken de hulpverleners bij instellingen waar alleen de intake is geïntegreerd het minste tijd te besteden aan overlegsituaties (zie tabel 3.39). Per functie genomen besteden wijkverpleegkundigen in traditioneel georganiseerde instellingen meer uren per maand aan overleg dan hun collega's bij de andere instellingen. Dezelfde trend is zichtbaar bij wijkzickenverzorgenden. Verzorgenden C en D overleggen daarentegen in geïntegreerde teams meer dan in traditionele teams. Verzorgingshulpen B en thuishulpen A besteden bij alle instellingen evenveel uren aan overleg.

Volgens 64% van de hulpverleners is de tijd die men per maand aan overleg besteed veranderd ten opzichte van drie jaar geleden (zie tabel 3.40). Gemiddeld antwoordt 23% dat men meer uren en 41% dat men minder uren per maand aan overleg besteedt.

Er worden hier zowel verschillen tussen instellingen als tussen functies gevonden. Bij geheel of gedeeltelijk geïntegreerd werkende instellingen vindt ongeveer de helft van de hulpverleners dat het overleg is afgenomen, bij traditioneel werkende instellingen slechts 16%. Gemiddeld geven verzorgenden C en D vaker dan andere hulpverleners aan dat het overleg de laatste drie jaar is toegenomen. Wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden lijken in geïntegreerde instellingen minder tijd aan overleg te besteden dan drie jaar geleden terwijl in traditioneel werkende instellingen een kleine toename valt te bespeuren. Verzorgenden C en D besteden bij volledig geïntegreerde instellingen iets meer tijd aan overleg dan drie jaar geleden, bij gedeeltelijk geïnte-

greerde instellingen beduidend minder en bij traditioneel werkende instellingen meer. Voor verzorgingshulpen B en thuishulpen A is het overleg in volledig geïntegreerde instellingen afgenomen evenals in instellingen waar alleen de intake is geïntegreerd maar hier in mindere mate. Bij traditionele instellingen besteden deze hulpverleners ongeveer evenveel tijd per maand aan overleg als drie jaar geleden.

Tabel 3.40 Aantal uren overleg per maand veranderd ten opzichte van drie jaar geleden. Percentages per instelling en functie

instelling N =		functie				gem.
		WW (128)	WZV (125)	C/D (129)	A/B (94)	
GI.GT	nee	22,4	36,2	26,0	26,9	27,9
	ja, +	12,2	17,0	44	19,2	23,8
	ja, -	65,3	46,8	30,0	53,8	48,3
GI.TT	nee	31,0	32,6	22,2	51,5	33,3
	ja, +	3,4	2,2	15,6	12,1	8,5
	ja, -	65,5	65,2	62,2	36,4	58,5
TI.TT	nee	42,0	37,5	44,1	68,6	47,7
	ja, +	36,0	46,9	47,1	17,1	36,4
	ja, -	22,0	15,6	8,8	14,3	15,9
gem.	nee	32,0	35,2	29,5	51,1	35,9
	ja, +	19,5	19,2	34,9	16,0	22,9
	ja, -	48,4	45,6	35,7	33,0	41,2

Analyse 1996: instelling: Chi2 = 71,4 df 4 p<.01
 functie: Chi2 = 24,2 df 6 p<.01

Werkenmerken

Door de integratie van het primaire proces zouden ook bepaalde aspecten die samenhangen met de werksituatie van de hulpverleners en met de inhoud van de werkzaamheden een verandering kunnen ondergaan. Voor een aantal van deze werkenmerken is nagegaan in hoeverre deze verandering is opgetreden. Achtereenvolgens worden behandeld in welke mate hulpverleners feedback ontvangen van teamleiding en collega's en de autonomie en tijdsdruk die men ervaart in het dagelijks werk. Bij de twee eerstgenoemde werkenmerken is gebruik gemaakt van door Boumans (1990) ontwikkelde schalen. De feedback/duidelijkheid-schaal bevat vijf vragen over feedback en steun van collega's en teamleiding en over (on)duidelijkheid in de dagelijkse werksituatie. De autonomie-schaal bevat drie vragen over de mate waarin hulpverleners zelf kunnen beslissen hoe snel, in welke volgorde en hoe ze hun werkzaamheden verrichten. Hulpverleners konden op een zeven-puntsschaal aangeven in hoeverre een bepaald aspect in hun dagelijks werk aan- of afwezig was. Daarnaast bestond de mogelijkheid aan te geven dat het betreffende aspect 'eigenlijk niet van toepassing' was. Van deze mogelijkheid werd zowel in 1993 als in 1996 met name door verzorgenden C en D en verzorgingshulpen B/thuishulpen A regelmatig gebruik gemaakt. Dit geldt vooral bij vragen over feedback/duidelijkheid die refereren aan 'collega's' en 'zorgplan'. De reden hiervan is gelegen in het feit dat deze hulpverleners vaak minder contacten met collega's hebben en in mindere mate dan andere hulpverleners betrokken zijn bij het opstellen van zorg- en verpleegplannen. In deze gevallen werd aangenomen dat het

betreffende aspect niet aanwezig was. Na deze bewerking van de gegevens is door middel van principale componentenanalyse (over alle hulpverleners samen) nagegaan of de items evenals bij Boumans in twee schalen konden worden gegroepeerd. Dit bleek evenals in 1993 inderdaad het geval te zijn. De betrouwbaarheid van de feedback/duidelijkheid- en de autonomie-schaal bleek vervolgens redelijk tot hoog: de Cronbach's alpha voor de gegevens van 1993 waren respectievelijk: .86 en .72, die voor de gegevens van 1996: .81 en .68.

In tabel 3.41 worden de verschillen tussen instellingen en functies wat betreft de mate waarin hulpverleners *feedback/duidelijkheid* ontvangen, weergegeven.

Over het algemeen krijgen verzorgingshulpen B en thuishulpen A de minste feedback. Verzorgenden C en D krijgen iets meer feedback wanneer ze deel uitmaken van geïntegreerde teams dan hun collega's in traditionele teams. Verdere verschillen tussen instellingen worden niet gevonden. In vergelijking met 1993 krijgen wijkverpleegkundigen minder feedback en duidelijkheid, voor verzorgenden C en D is de feedback juist toegenomen. Deze verandering is het sterkst bij traditionele instellingen. Met uitzondering van verzorgingshulpen B en thuishulpen A geven alle hulpverleners die deel uitmaken van geïntegreerde teams een daling aan van de feedback en duidelijkheid die ze tijdens hun werk ontvangen. Echter alleen voor wijkziekenverzorgenden is dit verschil ten opzichte van drie jaar geleden significant.

Tabel 3.41 Mate waarin de hulpverleners feedback/duidelijkheid in hun werk ontvangen. Gemiddelde somscores en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	37,4 (54)	37,7 (44)	35,3 (79)	26,6 (58)	34,1
GI.GT-96	33,9 (49)	33,0 (47)	34,8 (51)	30,5 (26)	33,4
GI.TT-93	37,6 (20)	36,8 (18)	28,4 (49)	29,6 (42)	31,4
GI.TT-96	36,0 (34)	34,9 (48)	31,0 (47)	27,7 (33)	32,5
TI.TT-93	39,8 (38)	33,4 (25)	24,9 (94)	24,7 (51)	28,6
TI.TT-96	35,9 (52)	32,2 (35)	32,0 (36)	26,7 (36)	32,1
Hulpverl.93	38,3 (112)	36,3 (87)	29,4 (222)	26,8 (151)	
Hulpverl.96	35,2 (135)	33,5 (130)	32,7 (134)	28,1 (95)	
Analyse 1993:	hoofdeffect instelling:	F = 9,1	df 2	p<.01	
	hoofdeffect functie:	F = 29,6	df 3	p<.01	
	instelling x functie:	F = 3,6	df 6	p<.01	
Analyse 1996:	hoofdeffect functie:	F = 3,9	df 3	p<.01	
Analyse 93/96:	TI.TT x functie:	F = 6,2	df 3	p<.01	
	hoofdeffect WV:	F = 8,3	df 1	p<.01	
	hoofdeffect C/D:	F = 4,4	df 1	p<.05	
	C/D x instelling:	F = 4,6	df 2	p<.05	

Uit tabel 3.42 komt naar voren dat er geen grote verschillen zijn tussen instellingen wat betreft de mate waarin de hulpverleners zelf beslissingen nemen over het werk. Ver-

schillen tussen functies zijn er wel: verzorgingshulpen B en thuishulpen A hebben meer *autonomie* dan andere hulpverleners.

Bij volledig geïntegreerde instellingen is de autonomie van de hulpverleners afgenomen, met name wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden hebben nu minder dan drie jaar geleden het idee dat ze zelf kunnen beslissen hoe snel, in welke volgorde en hoe ze hun taken uitvoeren. Door deze daling ervaart deze groep overigens de minste autonomie in vergelijking tot alle andere groepen. Voor wat dit aspect betreft lijkt het werken in een geïntegreerd team voor wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden minder gunstig.

Tabel 3.42 Mate waarin de hulpverleners autonomie in hun werk ervaren. Gemiddelde somscores en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	15,3 (55)	15,8 (44)	15,5 (79)	17,1 (59)	15,9
GI.GT-96	13,6 (52)	13,9 (50)	14,3 (52)	16,1 (29)	14,3
GI.TT-93	15,9 (20)	15,9 (18)	14,6 (49)	15,7 (43)	15,3
GI.TT-96	14,7 (34)	14,8 (49)	14,6 (47)	15,6 (33)	14,9
TI.TT-93	15,6 (38)	15,4 (25)	15,3 (98)	16,7 (55)	15,7
TI.TT-96	14,9 (53)	14,9 (35)	14,8 (36)	15,9 (38)	15,1
Hulpverl.93	15,5 (113)	15,7 (87)	15,2 (226)	16,6 (157)	
Hulpverl.96	14,4 (139)	14,5 (134)	14,5 (135)	15,9 (100)	

Analyse 1993: hoofdeffect functie: $F = 5,9$ df 3 $p < .01$

Analyse 1996: hoofdeffect functie: $F = 4,0$ df 3 $p < .01$

Analyse 93/96: hoofdeffect GI.GT: $F = 15,5$ df 1 $p < .01$
 hoofdeffect WV: $F = 10,3$ df 1 $p < .01$
 hoofdeffect WZV: $F = 6,4$ df 1 $p < .05$

In tabel 3.43 wordt nagegaan in hoeverre hulpverleners van elkaar verschillen in de mate waarin ze onder *tijdsdruk* werken. Ook dit werkkenmerk is op een zeven-puntschaal gemeten die loopt van 1 'ik werk nauwelijks onder tijdsdruk' tot 7 'ik werk onder hoge tijdsdruk'.

Verzorgingshulpen B en thuishulpen A blijken minder tijdsdruk te ervaren dan de overige hulpverleners. Verder zijn er geen verschillen. Het tegenovergestelde blijkt uit de resultaten van de vergelijkende analyse: gemiddeld is in alle instellingen en voor alle hulpverleners de tijdsdruk waaronder ze hun werk verrichten in de afgelopen drie jaar toegenomen. Per functie, per instelling bekeken is alleen geen verandering opgetreden voor wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die deel uitmaken van een geïntegreerd team, maar deze hulpverleners gaven ook drie jaar geleden al een hoge tijdsdruk aan. Ook verzorgingshulpen B en thuishulpen A in traditionele instellingen ervaren geen grote toename in tijdsdruk, voor wijkziekenverzorgenden van deze instellingen is de toename net niet significant.

Tabel 3.43 Mate waarin de hulpverleners onder tijdsdruk werken. Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	5,0 (55)	5,3 (44)	4,2 (80)	3,3 (62)	4,4
GI.GT-96	5,0 (52)	5,5 (50)	4,9 (50)	4,2 (29)	4,9
GI.TT-93	4,4 (20)	4,1 (18)	3,5 (51)	3,7 (44)	3,8
GI.TT-96	5,3 (34)	5,2 (49)	5,0 (47)	5,0 (33)	5,1
TI.TT-93	4,4 (38)	4,0 (25)	3,6 (98)	3,4 (56)	3,7
TI.TT-96	5,0 (53)	4,8 (36)	4,9 (36)	4,0 (35)	4,7
Hulpverl.93	4,7 (113)	4,6 (87)	3,8 (229)	3,5 (162)	
Hulpverl.96	5,1 (139)	5,2 (135)	4,9 (133)	4,4 (97)	
Analyse 1993:	hoofdeffect instelling:	F = 10,6	df 2	p<.01	
	hoofdeffect functie:	F = 9,9	df 3	p<.01	
Analyse 1996:	hoofdeffect functie:	F = 2,7	df 3	p<.05	
Analyse 93/96:	hoofdeffect GI.GT:	F = 17,2	df 1	p<.01	
	hoofdeffect GI.GT:	F = 41,6	df 1	p<.01	
	hoofdeffect TI.TT:	F = 21,5	df 1	p<.01	
	hoofdeffect WV:	F = 8,7	df 1	p<.01	
	hoofdeffect WZV:	F = 14,0	df 1	p<.01	
	hoofdeffect C/D:	F = 28,4	df 1	p<.01	
	hoofdeffect A/B:	F = 15,3	df 1	p<.01	

In 1996 zijn een aantal vragen toegevoegd waarin rechtstreeks aan de hulpverleners wordt gevraagd of een aantal taakkenmerken die samenhangen met de ervaren tijdsdruk in de afgelopen drie jaar zijn toegenomen, afgenomen of onveranderd zijn gebleven.

Overeenkomstig de voorgaande resultaten geeft een hoog percentage hulpverleners aan dat het *werktempo* de afgelopen drie jaar is toegenomen (zie tabel 3.44). Slechts een klein aantal hulpverleners antwoordt dat het tempo is afgenomen (1,4%), deze zijn uit de analyses verwijderd omdat zo'n klein percentage in een bepaalde antwoordcategorie analyses onmogelijk maakt.

Tabel 3.44 Is het werk ten opzichte van drie jaar geleden veranderd voor wat betreft werktempo? Percentages per instelling en functie

instelling N=		functie				gem.
		WV (133)	WZV (129)	C/D (132)	A/B (100)	
GI.GT	nee	18	22	16	23	20
	ja +	82	78	84	77	80
GI.TT	nee	6	16	11	15	12
	ja +	94	84	89	85	88
TI.TT	nee	29	36	17	32	29
	ja +	71	65	83	68	71
gem.	nee	20	23	14	24	
	ja +	81	77	86	76	

Analyse 1996: instelling: Chi2 = 12,9 df 2 p<.01

Bij traditionele instellingen wordt door een kleiner aantal hulpverleners geantwoord dat het tempo is toegenomen dan bij de geïntegreerde instellingen. Dit verschil tussen instellingen is het sterkst bij wijkverpleegkundigen. Verschillen tussen functies worden verder niet gevonden.

Ook de vraag: 'Is de *hoeveelheid werk* die u verricht veranderd ten opzichte van drie jaar geleden?', leverde veel meer 'ja, toegenomen' dan 'ja, afgenomen' antwoorden op (zie tabel 3.45).

Het gevonden verschil tussen instellingen ligt hier echter iets anders: hulpverleners werkzaam bij GI.TT-instellingen vinden vaker dat de hoeveelheid werk is toegenomen dan de overige hulpverleners. Dit verschil is het meest zichtbaar bij wijkziekenverzorgenden en verzorgingshulpen B/thuishulpen A.

Tabel 3.45 Is de hoeveelheid werk die u verricht veranderd ten opzichte van drie jaar geleden? Percentages per instelling en functie

instelling N=		functie				gem.
		WV (136)	WZV (132)	C/D (131)	A/B (102)	
GI.GT	nee	14	26	20	28	21
	ja +	80	68	80	72	76
	ja -	6	6	0	0	3
GI.TT	nee	9	6	11	9	9
	ja +	82	88	85	88	85
	ja -	9	6	4	3	6
TI.TT	nee	25	21	15	31	23
	ja +	73	70	79	67	72
	ja -	2	9	6	3	4
gem.	nee	17	17	15	23	
	ja +	78	76	82	76	
	ja -	5	7	3	2	

Analyse 1996: instelling: Chi2 = 14,8 df 4 p<.01

In tabel 3.46 worden tenslotte de resultaten gerapporteerd wat betreft een verandering in het *aantal cliënten* waaraan de hulpverleners gemiddeld per week zorg verlenen.

Het verschil tussen instellingen komt overeen met de voorgaande resultaten: bij gedeeltelijk geïntegreerde instellingen is het aantal cliënten per week meer toegenomen dan bij de overige instellingen. Dit verschil tussen instellingen is het meest zichtbaar bij wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Over het algemeen geven verzorgenden C en D het vaakst aan dat ze nu aan meer cliënten zorg verlenen dan drie jaar geleden. Bij wijkverpleegkundigen lijkt deze toename van cliënten minder groot dan bij de overige hulpverleners.

Tabel 3.46 Is het aantal cliënten waaraan u gemiddeld per week zorg verleent, veranderd ten opzichte van drie jaar geleden? Percentages per instelling en functie

instelling N=		functie				gem.
		WV (131)	WZV (131)	C/D (133)	A/B (103)	
GI.GT	nee	31	33	22	27	28
	ja +	55	59	75	73	65
	ja -	14	8	4	0	7
GI.TT	nee	19	16	11	32	19
	ja +	75	80	85	68	78
	ja -	6	4	4	0	4
TI.TT	nee	26	33	14	33	27
	ja +	56	61	77	64	64
	ja -	18	6	9	3	10
gem.	nee	26	27	16	31	
	ja +	60	67	79	68	
	ja -	14	6	5	1	

Analyse 1996: instelling: Chi2 = 10,5 df 4 p<.05
 functie: Chi2 = 24,7 df 6 p<.01

Taakkenmerken

Door de eerder genoemde taakverschuivingen, die al dan niet samenhangen met de integratie van het primaire proces, kunnen dagelijkse werkzaamheden van de hulpverleners veranderen en daarmee ook bepaalde kenmerken die met deze werkzaamheden samenhangen. Wat betreft een drietal taakkenmerken is aan de hulpverleners gevraagd of deze ten opzichte van drie jaar geleden zijn veranderd.

Over het algemeen lijken de werkzaamheden van verzorgenden C en D meer te zijn toegenomen in *complexiteit* dan die van de overige hulpverleners (zie tabel 3.47).

Hulpverleners die deel uitmaken van traditionele teams antwoorden vaker dan hun werk complexer is geworden dan hulpverleners die deel uitmaken van geïntegreerde teams. Per functie bezien beschrijven wijkverpleegkundigen bij instellingen waar alleen met een geïntegreerde intake gewerkt wordt, ongeveer even vaak een toename, een afname als geen verandering in complexiteit. Bij de andere instellingen noemen deze hulpverleners veel vaker een toename dan een afname. Voor verzorgingshulpen B en huishulpen A van gedeeltelijk geïntegreerde instellingen lijken de werkzaamheden sterker in complexiteit te zijn toegenomen dan voor hun collega's bij de overige instellingen.

Tabel 3.47 Is uw werk ten opzichte van drie jaar geleden veranderd voor wat betreft complexiteit? Percentages per instelling en functie

instelling N=		f u n c t i e				gem.
		WV (134)	WZV (132)	C/D (131)	A/B (97)	
GI.GT	nee	32	48	42	62	44
	ja +	60	48	58	31	52
	ja -	8	4	0	8	5
GI.TT	nee	33	37	26	27	31
	ja +	39	57	72	73	61
	ja -	27	6	2	0	8
TI.TT	nee	29	42	31	53	38
	ja +	69	58	69	42	60
	ja -	2	0	0	5	2
gem.	nee	31	42	34	46	
	ja +	58	54	66	50	
	ja -	10	4	1	4	

Analyse 1996: instelling: Chi2 = 11,4 df 4 p<.05
 functie: Chi2 = 21,2 df 6 p<.01

Aan de hulpverleners is vervolgens gevraagd of hun werk *meer of minder interessant* is geworden. Ook hier zowel verschillen tussen instellingen als tussen functies (zie tabel 3.48).

Tabel 3.48 Is uw werk ten opzichte van drie jaar geleden meer of minder interessant - geworden? Percentages per instelling en functie

instelling N=		f u n c t i e				gem.
		WV (135)	WZV (131)	C/D (132)	A/B (103)	
GI.GT	nee	30	52	34	50	41
	ja +	38	36	58	23	41
	ja -	32	12	8	27	19
GI.TT	nee	42	56	45	41	47
	ja +	9	29	49	44	34
	ja -	49	15	6	15	19
TI.TT	nee	31	55	20	64	46
	ja +	52	42	71	28	48
	ja -	17	3	9	8	10
gem.	nee	33	54	34	52	
	ja +	36	35	58	32	
	ja -	30	11	8	16	

Analyse 1996: instelling: Chi2 = 10,4 df 4 p<.05
 functie: Chi2 = 50,2 df 6 p<.01

Bij geïntegreerde instellingen vinden de hulpverleners vaker dat hun werk minder interessant is geworden en bij traditionele instellingen vaker dat het werk interessanter is geworden. Verzorgenden C en D geven zowel per instelling als gemiddeld, vaker dan de andere hulpverleners aan dat hun werk interessanter is geworden. Wijkverpleegkundigen verschillen sterk in hun oordeel, afhankelijk van het soort instelling waar ze werken. Bij volledig geïntegreerde instellingen zijn ze vrij neutraal in hun oordeel (alle drie antwoordcategorieën worden ongeveer even vaak genoemd), bij traditionele instellingen vindt de helft dat het werk interessanter is geworden, bij GI.TT-instellingen daarentegen geeft bijna de helft het antwoord 'ja, minder interessant'. Voor verzorgingshulpen B en thuishulpen A lijkt het werken in traditionele teams bevredigender.

Het verschil tussen instellingen en functies wat betreft een verandering in *afwisseling* van werkzaamheden, komt overeen met de resultaten op de voorgaande vraag: hulpverleners van geïntegreerde instellingen zeggen vaker dat het werk minder afwisselend is geworden, hulpverleners die werkzaam zijn in traditionele instellingen rapporteren vaker een toename van afwisseling (zie tabel 3.49).

Tabel 3.49 Is uw werk ten opzichte van drie jaar geleden meer of minder afwisselend geworden? Percentages per instelling en functie

instelling N=		functie				gem.
		WV (133)	WZV (131)	C/D (133)	A/B (102)	
GI.GT	nee	25	60	39	47	42
	ja +	35	26	55	27	37
	ja -	41	14	6	27	21
GI.TT	nee	33	54	30	27	37
	ja +	6	21	64	56	38
	ja -	61	25	6	18	25
TI.TT	nee	26	52	14	45	33
	ja +	47	42	77	42	52
	ja -	28	6	9	13	15
gem.	nee	27	56	29	39	
	ja +	32	28	64	42	
	ja -	41	16	7	19	

Analyse 1996: instelling: Chi2 = 11,2 df 4 p<.05
 functie: Chi2 = 81,7 df 6 p<.01

Verzorgenden C en D rapporteren in het algemeen het vaakst dat hun werk afwisselender is geworden, wijkverpleegkundigen dat hun werk minder afwisselend is geworden. Dit patroon is bij alle instellingen zichtbaar. Ook hier geven wijkverpleegkundigen van gedeeltelijk geïntegreerde instellingen het vaakst aan dat hun werkzaamheden minder afwisselend zijn geworden in de afgelopen drie jaar. Voor alle functieniveaus, met uitzondering van verzorgingshulpen B en thuishulpen A in gedeeltelijk geïntegreerde instellingen, lijkt een traditionele instelling toch het meest te bieden qua afwisseling van werkzaamheden.

Tevredenheid over een aantal werkaspecten

Naast meer feitelijke vragen over taken en werkkenmerken is ook onderzocht hoe tevreden de hulpverleners van de verschillende instellingen zijn over een aantal aspecten van hun werk(situatie). Nagegaan werd in hoeverre hier sprake is van verschillen tussen instellingen en hulpverleners en of veranderingen zijn opgetreden ten opzichte van drie jaar geleden, al dan niet samenhangend met de integratie. Wederom is gebruik gemaakt van het werk van Boumans (1990) waarin vier schalen werden geconstrueerd: tevredenheid over de kwaliteit van zorg, over de teamleiding, over contacten met collega's en over de duidelijkheid in het dagelijks werk. De interne samenhang van de vier schalen bleek zowel voor de analyse van 1993 als voor die van 1996 hoog. De hulpverleners konden bij elk item van de schalen op een vijf-puntsschaal aangeven hoe tevreden ze over dit aspect waren (5 = 'zeer tevreden', 1 = 'zeer ontevreden').

De schaal *kwaliteit van de zorgverlening* (Cronbach's alpha 1993 en 1996 respectievelijk .86 en .87) bestond uit zes vragen waarin een oordeel werd gevraagd wat betreft de tevredenheid van de hulpverleners over hun contacten met cliënten en de mogelijkheid om zorg te verlenen die zowel overeenkomt met de wens van de cliënt als de eigen maatstaven van de hulpverlener.

Hulpverleners van traditionele instellingen zijn het meest tevreden over de kwaliteit van de zorgverlening, dit verschil tussen instellingen is het grootst bij wijkzorgenverzoeken (zie tabel 3.50).

Tabel 3.50 Tevredenheid met de kwaliteit van zorg. Gemiddelde somscores en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	21,8 (48)	20,6 (43)	21,6 (73)	23,2 (39)	21,8
GI.GT-96	20,8 (53)	20,4 (49)	21,8 (50)	21,3 (23)	21,0
GI.TT-93	22,6 (19)	23,0 (16)	23,0 (38)	22,4 (33)	22,8
GI.TT-96	20,5 (33)	20,3 (47)	18,9 (40)	20,1 (31)	19,9
TI.TT-93	23,1 (37)	22,7 (24)	22,3 (85)	23,1 (41)	22,7
TI.TT-96	21,4 (52)	22,8 (35)	22,0 (31)	22,1 (35)	22,0
Hulpverl.93	22,4 (104)	21,7 (83)	22,2 (196)	22,9 (113)	
Hulpverl.96	20,9 (138)	21,0 (131)	20,9 (121)	21,2 (89)	

Analyse 1993: hoofdeffect instelling: F = 4,7 df 2 p<.05

Analyse 1996: hoofdeffect instelling: F = 11,1 df 2 p<.01

Analyse 93/96: hoofdeffect GI.GT: F = 6,8 df 1 p<.05
hoofdeffect GI.TT: F = 5,5 df 1 p<.05
hoofdeffect WV: F = 11,8 df 1 p<.01
hoofdeffect C/D: F = 5,0 df 1 p<.05
hoofdeffect A/B: F = 9,5 df 1 p<.01

Over het algemeen zijn alle functieniveaus minder tevreden over de kwaliteit van de zorgverlening dan drie jaar geleden. Bij wijkzorgenverzoeken is dit verschil iets

minder groot dan bij de overige hulpverleners (trend: $p = .087$). Ook bij volledig en bij gedeeltelijk geïntegreerde instellingen zijn hulpverleners minder tevreden geworden. Bij de eerstgenoemde instellingen is deze daling het sterkst bij wijkverpleegkundigen en verzorgingshulpen B/thuishulpen A, bij gedeeltelijk geïntegreerde instellingen zijn met name verzorgende C en D een stuk minder tevreden geworden over de kwaliteit van de zorgverlening. Bij deze resultaten dient wel in het oog gehouden te worden dat alle hulpverleners nog steeds een neutraal tot licht positieve mening geven over dit onderwerp.

Vervolgens werd de hulpverleners gevraagd hoe tevreden men is over de capaciteiten van de *teamleiding* en over de steun en waardering die hulpverleners van de teamleiding ontvangen. Deze schaal bevatte zes vragen (Cronbach's alpha respectievelijk .91 en .92)

In het algemeen zijn de hulpverleners neutraal tot gematigd tevreden over de teamleiding (zie tabel 3.51). Bij traditionele instellingen blijkt men het meest en bij volledig geïntegreerde instellingen het minst tevreden. Dit verschil tussen instellingen komt het sterkst naar voren bij wijkverpleegkundigen.

Tabel 3.51 Tevredenheid met de teamleiding. Gemiddelde somscores en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	21,7 (49)	19,9 (43)	24,6 (73)	23,8 (47)	22,8
GI.GT-96	19,0 (53)	19,9 (47)	22,5 (50)	24,0 (23)	21,8
GI.TT-93	19,7 (19)	22,1 (16)	23,4 (38)	23,9 (39)	22,8
GI.TT-96	20,2 (34)	21,7 (48)	22,9 (44)	23,6 (32)	22,1
TI.TT-93	21,8 (34)	23,5 (22)	23,3 (84)	23,8 (43)	23,1
TI.TT-96	20,7 (51)	21,6 (33)	24,4 (34)	24,1 (37)	22,5
Hulpverl.93	21,3 (102)	21,3 (81)	23,8 (195)	23,8 (129)	
Hulpverl.96	20,0 (138)	21,0 (128)	23,1 (128)	23,9 (92)	
Analyse 1993:	hoofdeffect functie:	F = 11,9	df 3	p < .01	
	instelling x functie:	F = 2,3	df 6	p < .05	
Analyse 1996:	hoofdeffect instelling:	F = 4,3	df 2	p < .05	
	hoofdeffect functie:	F = 14,2	df 3	p < .01	
Analyse 93/96:	hoofdeffect GI.GT:	F = 12,7	df 1	p < .01	
	WV x instelling:	F = 3,7	df 2	p < .05	
	C/D x instelling:	F = 3,8	df 2	p < .05	

Ook tussen functies blijken er verschillen te zijn: wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn minder tevreden dan de overige functieniveaus. In vergelijking tot drie jaar geleden zijn alleen wijkverpleegkundigen en verzorgenden C en D die deel uitmaken van geïntegreerde teams minder tevreden geworden over de teamleiders.

De schaal waarmee tevredenheid over *contacten met collega's* werd gemeten, bestond uit zes vragen (Cronbach's alpha respectievelijk .92 en .91) waarin het gevoel bij een team te horen en aardig gevonden worden centraal staan.

Uit tabel 3.52 blijkt dat de hulpverleners zonder uitzondering tevreden zijn over de

contacten die ze met collega's hebben.

Tabel 3.52 Tevredenheid over contacten met collega's. Gemiddelde somscores en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	24,2 (53)	24,2 (43)	24,2 (74)	23,2 (50)	24,0
GI.GT-96	23,3 (50)	24,4 (48)	24,1 (51)	24,7 (23)	24,0
GI.TT-93	23,5 (19)	23,8 (18)	23,0 (44)	22,9 (39)	23,2
GI.TT-96	24,1 (34)	23,9 (48)	22,5 (45)	22,8 (30)	23,4
TI.TT-93	24,6 (36)	23,2 (25)	21,3 (84)	21,9 (45)	22,3
TI.TT-96	23,1 (49)	24,0 (32)	24,6 (34)	23,0 (37)	23,6
Hulpverl.93	24,2 (108)	23,8 (86)	22,7 (202)	22,7 (134)	
Hulpverl.96	23,4 (133)	24,1 (128)	23,7 (130)	23,4 (90)	

Analyse 1993: hoofdeffect instelling: $F = 4,3$ df 2 $p < .05$
 hoofdeffect functie: $F = 3,5$ df 3 $p < .05$

Analyse 1996: geen effecten

Analyse 93/96: hoofdeffect TI.TT: $F = 4,1$ df 1 $p < .05$
 TI.TT x functie: $F = 5,2$ df 3 $p < .01$
 hoofdeffect C/D: $F = 4,2$ df 1 $p < .05$
 C/D x instelling: $F = 7,1$ df 2 $p < .01$

Grote verschillen tussen instellingen en functies werden dan ook niet gevonden. Alleen verzorgenden C en D zijn bij gedeeltelijk geïntegreerde instellingen minder tevreden dan hun collega's bij de andere twee typen instellingen. In vergelijking tot 1993 zijn deze hulpverleners ook negatiever geworden in hun oordeel. Dit in tegenstelling tot verzorgenden C en D bij traditionele instellingen die nu juist meer tevreden zijn over hun contacten met collega's dan drie jaar geleden. Wijkverpleegkundigen bij de laatstgenoemde instellingen zijn daarentegen iets minder tevreden geworden (trend: $p = .055$).

De laatste schaal bevatte vijf vragen waarmee de tevredenheid van de hulpverleners over stabiliteit en *duidelijkheid in het dagelijks werk* werd gemeten (Cronbach's alpha respectievelijk .86 en .86).

Ook over dit aspect zijn de hulpverleners in het algemeen niet ontevreden (zie tabel 3.53). Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn iets minder tevreden dan de andere functieniveaus. Alleen bij verzorgingshulpen B en thuishulpen A werd een verschil tussen instellingen zichtbaar; deze hulpverleners zijn bij gedeeltelijk geïntegreerde instellingen minder tevreden over de duidelijkheid in hun werk. Ten opzichte van drie jaar geleden zijn de wijkverpleegkundigen minder tevreden geworden over dit werkaspect, deze daling van de tevredenheid is het sterkst in traditionele instellingen. In tegenstelling tot de daling bij wijkverpleegkundigen zijn de verzorgenden C en D bij traditionele instellingen iets positiever geworden over de mate waarin hen duidelijkheid wordt geboden in hun dagelijks werk (trend).

Tabel 3.53 Tevredenheid over duidelijkheid in dagelijks werk. Gemiddelde somscores en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	18,8 (52)	19,2 (41)	19,7 (74)	19,6 (54)	19,4
GI.GT-96	17,9 (50)	18,4 (48)	19,8 (51)	20,2 (21)	18,9
GI.TT-93	18,7 (20)	19,1 (17)	19,6 (44)	19,9 (40)	19,5
GI.TT-96	17,9 (33)	18,7 (49)	19,0 (44)	18,7 (29)	18,6
TI.TT-93	18,6 (34)	18,7 (25)	19,1 (87)	20,4 (45)	19,2
TI.TT-96	17,4 (50)	19,5 (36)	20,6 (34)	20,5 (36)	19,3
Hulpverl.93	18,7 (106)	19,0 (83)	19,4 (205)	19,9 (139)	
Hulpverl.96	17,7 (133)	18,8 (133)	19,8 (129)	19,8 (86)	

Analyse 1993: hoofdeffect functie: $F = 4,1$ df 3 $p < .01$

Analyse 1996: hoofdeffect functie: $F = 12,1$ df 3 $p < .01$

Analyse 93/96: TI.TT x functie: $F = 2,8$ df 3 $p < .05$

hoofdeffect WV: $F = 6,8$ df 1 $p < .05$

3.8.2 Meningen en ervaringen van cliënten

In deze paragraaf worden de ervaringen en meningen van cliënten over het zorgaanbod weergegeven. Anders dan bij aanmelding en intake wordt voor de vragen over het zorgaanbod onderscheid gemaakt tussen cliënten die zorg ontvangen van geïntegreerde teams en van traditionele teams. De instellingen met een geïntegreerde intake en geïntegreerde teams (GI.GT) vormen nu één groep (Gteam). De instellingen met een geïntegreerde intake en traditionele teams (GI.TT) en de instellingen met een traditionele intake en traditionele teams (TI.TT) vormen de tweede groep (Tteam).

Voor wat betreft het zorgaanbod gaat het vooral om de vraag of de hulpverlening uit geïntegreerde teams door de cliënt anders wordt ervaren dan de hulpverlening uit traditionele teams. De verwachting is namelijk dat een geïntegreerd zorgaanbod een positief effect heeft op de kwaliteit en de continuïteit van de zorgverlening. Om dit na te gaan is onder meer gevraagd naar het aantal wisselingen van hulpverleners. Daarnaast werd de cliënten een zestal vragen voorgelegd waar (op een vijf- of zes-puntschaal) een oordeel kon worden gegeven. Deze items vielen bij factoranalyse uiteen in twee factoren op grond waarvan twee schalen werden samengesteld: 'tevredenheid over de continuïteit van de zorgverlening' en 'tevredenheid over de kwaliteit van de hulpverlening'. Net als bij de vragen over de aanmelding en intake, worden cliënten met alleen gezinsverzorging of wijkverpleging vergeleken met cliënten die hulp krijgen van beide disciplines. Verondersteld mag worden dat juist de cliënten die hulp van beide werksoorten krijgen, het meeste baat hebben bij een geïntegreerd zorgaanbod. Zo nodig is, naast de eerder genoemde achtergrondvariabelen als urbanisatiegraad en persoonskenmerken, gecorrigeerd voor de frequentie waarin men hulp krijgt. Het is immers denkbaar dat een cliënt die iedere dag hulp krijgt, vaker met wisselingen te maken krijgt dan iemand die slechts één keer per week hulp krijgt. Ook zou dit gevolgen kunnen hebben voor de mate van tevredenheid van de cliënt over de continuïteit in de hulpverlening.

Het aantal wisselingen in de hulpverlening

Allereerst is aan de cliënten de feitelijke vraag voorgelegd of en hoe vaak ze te maken hebben met een wisseling van hulpverleners. Dit is een andere vraag dan die naar het aantal verschillende hulpverleners die normaal gesproken over de vloer komt: het gaat er om of er veel verloop is. Men kon op een zes-puntsschaal aangeven hoe vaak dit het geval was (1 = 'heel vaak'; 2 = 'vaak'; 3 = 'regelmatig'; 4 = 'soms'; 5 = 'bijna nooit'; 6 = 'nooit'). Een hogere score betekent dus een lagere frequentie van het aantal wisselingen.

Tabel 3.54 Aantal wisselingen van hulpverleners van de gezinsverzorging. Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal cliënten tussen haakjes)

	Clïent GV	Clïent WW/GV	gem.
Gteam-93	3,6 (67)	3,5 (63)	3,6
Gteam-96	4,1 (76)	4,5 (62)	4,3
Tteam-93	3,8 (163)	3,6 (79)	3,7
Tteam-96	4,5 (77)	3,7 (82)	4,1
Clïent-93	3,7 (230)	3,5 (142)	
Clïent-96	4,3 (153)	4,1 (144)	

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: instelling x cliënt: F = 7,6 df 1 p<.01

Analyse 93/96: hoofdeffect Gteam: F = 6,4 df 1 p<.05

hoofdeffect Tteam: F = 4,1 df 1 p<.05

hoofdeffect cliënt GV: F = 6,7 df 1 p<.01

hoofdeffect cliënt WW/GV: F = 7,0 df 1 p<.01

cliënt WW/GV x instelling: F = 5,9 df 1 p<.05

In tabel 3.54 worden de meningen van cliënten gezinsverzorging vergeleken met de meningen van gezamenlijke cliënten. In beide gevallen gaat het uiteraard om wisselingen van de hulpverleners van de gezinsverzorging. Zoals uit de tabel valt af te lezen varieert het aantal wisselingen bij de gezinsverzorging tussen regelmatig (3) en bijna nooit (5). Bij de cliënten gezinsverzorging is het aantal wisselingen bij traditionele teams minder dan bij geïntegreerde teams. Bij de cliënten die zowel van de wijkverpleging als de gezinsverzorging hulp ontvangen, is juist het omgekeerde het geval: zij hebben juist iets minder met wisselingen te maken wanneer ze zorg ontvangen van geïntegreerde teams. In vergelijking tot drie jaar geleden is het aantal wisselingen van hulpverleners in het algemeen afgenomen. De afname bij gezamenlijke cliënten is met name terug te vinden bij de geïntegreerde teams. Cliënten die alleen gezinsverzorging krijgen, rapporteren met name minder wisselingen dan drie jaar geleden wanneer ze hulp ontvangen van traditionele teams.

Tabel 3.55 Aantal wisselingen van hulpverleners wijkverpleging. Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal cliënten tussen haakjes)

		Cliënt WV	Cliënt WV/GV	gem.
Gteam-93		3,1 (34)	3,8 (63)	3,6
Gteam-96		3,4 (37)	4,1 (61)	3,8
Tteam-93		3,6 (36)	4,3 (76)	4,1
Tteam-96		4,0 (23)	3,6 (81)	3,7
Cliënt-93		3,3 (70)	4,1 (139)	
Cliënt-96		3,6 (60)	3,8 (142)	
Analyse 1993:	hoofdeffect instelling:	F = 4,0	df 1	p <.05
	hoofdeffect cliënt:	F = 13,8	df 1	p <.01
Analyse 1996:	geen significante effecten			
Analyse 93/96:	hoofdeffect Gteam:	F = 4,3	df 1	p <.05
	Tteam x cliënt	F = 7,1	df 1	p <.01
	cliënt WV/GV x instelling	F = 7,1	df 1	p <.01

In tabel 3.55 gaat het om de wisselingen van hulpverleners in de wijkverpleging. Hier varieert het aantal wisselingen tussen regelmatig (3) en soms (4). Gemiddeld genomen zijn in 1996 geen verschillen tussen de twee teamsoorten of typen cliënt gevonden. Alleen bij de gezamenlijke cliënten is er een verschil geconstateerd: het aantal wisselingen van hulpverleners ligt bij de geïntegreerde teams lager dan bij de traditionele teams. Voor deze groep cliënten blijkt in vergelijking tot drie jaar geleden het aantal wisselingen ook iets te zijn afgenomen (trend $p = .09$). Dit in tegenstelling tot de gezamenlijke cliënten van traditionele teams die juist een toename van het aantal wisselingen rapporteren.

Tevredenheid over de continuïteit in de hulpverlening

Het aantal verschillende hulpverleners waarvan cliënten zorg ontvangen en de wisselingen waarmee ze te maken hebben zijn feitelijke gegevens. Een belangrijke vraag is hoe de cliënten deze aantallen ervaren. Met andere woorden: hoe tevreden is de cliënt over de continuïteit van de hulpverlening. De schaal voor de mate van tevredenheid over continuïteit van de hulpverlening is uit de volgende items samengesteld: de mate van tevredenheid over het aantal verschillende hulpverleners dat per week langs komt en de mate van de tevredenheid over de frequentie van personeelwisselingen. De antwoorden op deze vragen zijn gemeten op een vijf-puntsschaal die varieert van 'heel prettig' (1) tot 'heel vervelend' (5). Dit betekent dat hoe lager het gemiddelde, hoe hoger de mate van tevredenheid.

De interne consistentie van de schaal 'tevredenheid over continuïteit in de hulpverlening van de gezinsverzorging' is niet erg hoog (Cronbach's alpha 1993 en 1996 respectievelijk: .59 en .66). De samenhang van de schaal 'tevredenheid over de continuïteit in de hulpverlening van de wijkverpleging' is beter maar met name voor de gegevens van 1993 nog vrij laag (Cronbach's alpha respectievelijk: .63 en .82) meet. Hierdoor moeten de resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Tabel 3.56 De tevredenheid van de cliënt over de continuïteit van de hulpverlening gezinsverzorging. Gemiddelde somscores en resultaten van variantie-analyse (aantal cliënten tussen haakjes)

	Cliënt GV	Cliënt WW/GV	gem.
Gteam-93	4,6 (67)	5,2 (63)	4,9
Gteam-96	5,1 (76)	4,3 (60)	4,7
Tteam-93	4,7 (162)	5,3 (78)	4,9
Tteam-96	4,3 (77)	4,9 (82)	4,6
Cliënt-93	4,7 (229)	5,2 (141)	
Cliënt-96	4,7 (153)	4,6 (142)	

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: geen significante effecten

Analyse 93/96: Gteam x cliënt: F = 7,0 df 1 p<.01
 cliënt GV x instelling F = 4,7 df 1 p<.05

Over het algemeen worden door de cliënten geen grote verschillen tussen de twee teamsoorten aangegeven: cliënten zijn gematigd tevreden over de continuïteit in de hulpverlening van een geïntegreerd team en van een traditioneel team (zie tabel 3.56). Alleen cliënten gezinsverzorging zijn positiever over de continuïteit van de hulpverlening uit traditionele dan uit geïntegreerde teams. In vergelijking tot 1993 zijn de gezamenlijke cliënten in het algemeen tevredener geworden, deze toename van tevredenheid is bij beide soorten instellingen aanwezig, al worden in de analyses waarin per soort instelling een vergelijking wordt gemaakt tussen de tevredenheid van gezamenlijke cliënten in 1993 en in 1996, geen significante verschillen gevonden.

Cliënten die alleen gezinsverzorging ontvangen zijn ten opzichte van drie jaar geleden minder tevreden geworden over de continuïteit wanneer ze hulp ontvangen uit een geïntegreerd team. Gezamenlijke cliënten die zorg krijgen van een traditioneel team zijn daarentegen nog ongeveer even tevreden over de continuïteit van de zorgverlening.

Tabel 3.57 De tevredenheid van de cliënt over de continuïteit van de hulpverlening wijkverpleging. Gemiddelde somscores en resultaten van variantie-analyse (aantal cliënten tussen haakjes)

	Cliënt WV	Cliënt WW/GV	gem.
Gteam-93	6,0 (33)	5,1 (62)	5,4
Gteam-96	5,6 (37)	5,2 (60)	5,4
Tteam-93	5,1 (36)	4,7 (76)	4,8
Tteam-96	5,4 (23)	5,5 (81)	5,5
Cliënt-93	5,6 (69)	4,9 (138)	
Cliënt-96	5,5 (60)	5,4 (141)	

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: geen significante effecten

Analyse 93/96: geen significante effecten

Alle cliënten zijn zowel in 1993 als in 1996 ongeveer even tevreden over de continuïteit van de zorgverlening van de wijkverpleging. Deze tevredenheid is ten opzichte van drie jaar geleden niet veranderd.

Tevredenheid over de kwaliteit van de hulpverlening

Vervolgens werd aan de cliënten een viertal vragen voorgelegd met betrekking tot de tevredenheid over de kwaliteit van de hulpverlening. Deze vragen luiden als volgt: "Houden de hulpverleners zich aan de gemaakte afspraken?", "Wat is uw oordeel over het werk van de hulpverlener(s)?", "Kunt u goed met de betreffende hulpverleners opschieten?" en "Komen de hulpverleners meestal op de afgesproken tijd?". De antwoorden op deze vragen zijn gemeten op een vijf- of zes-puntsschaal die varieert van 'zeer positief' (1) tot 'zeer negatief' (5/6). Ook hier geldt dat hoe hoger het gemiddelde, hoe lager de waardering.

Deze vragen zijn tot de volgende schalen samengevoegd: 'de tevredenheid van de cliënt over de hulpverlening van de gezinsverzorging' (Cronbach's alpha 1993 en 1996 respectievelijk .66 en .65) en 'de tevredenheid van de cliënt over de hulpverlening van de wijkverpleging' (Cronbach's alpha respectievelijk .55 en .61).

Tabel 3.58 Tevredenheid van de cliënt over de kwaliteit van de hulpverlening van de gezinsverzorging. Gemiddelde somscores en resultaten van variantie-analyse (aantal cliënten tussen haakjes)

	Cliënt GV	Cliënt WV/GV	gem.
Gteam-93	6,6 (67)	7,3 (62)	7,0
Gteam-96	7,0 (77)	7,3 (61)	7,1
Tteam-93	6,6 (162)	6,6 (77)	6,6
Tteam-96	6,9 (77)	7,1 (81)	7,0
Cliënt-93	6,6 (229)	6,9 (139)	
Cliënt-96	6,9 (154)	7,2 (142)	

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: geen significante effecten

Analyse 93/96: geen significante effecten

De cliënten zijn in het algemeen positief over de kwaliteit van de hulpverlening van de gezinsverzorging. Er worden in 1996 geen verschillen gevonden tussen instellingen of type cliënt. In de vergelijking met 1993 worden eveneens geen significante verschillen gevonden. Wel is er een trend geconstateerd dat cliënten die alleen gezinsverzorging ontvangen, iets minder tevreden zijn geworden over de kwaliteit van de hulpverlening. Deze trend is bij beide soorten instellingen zichtbaar.

Tabel 3.59 Tevredenheid van de cliënt over de kwaliteit van de hulpverlening van de wijkverpleging. Gemiddelde somscores en resultaten van variantie-analyse (aantal cliënten tussen haakjes)

	Cliënt WV	Cliënt WV/GV	gem.
Gteam-93	7,2 (33)	6,3 (62)	6,6
Gteam-96	7,0 (36)	7,3 (60)	7,2
Tteam-93	6,4 (36)	6,6 (76)	6,5
Tteam-96	7,5 (23)	7,5 (79)	7,5
Cliënt-93	6,8 (69)	6,5 (138)	
Cliënt-96	7,2 (59)	7,4 (139)	

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: geen significante effecten

Analyse 93/96: hoofdeffect Tteam: $F = 8,7$ df 1 $p < .01$
 hoofdeffect cliënt WV/GV: $F = 9,1$ df 1 $p < .01$

In tabel 3.59 wordt de mate van tevredenheid van cliënten over de kwaliteit van de hulpverlening van de wijkverpleging weergegeven. Ook hier worden in 1996 geen verschillen gevonden tussen instellingen of cliënten. De vergelijking met 1993 laat een meer divers beeld zien. De cliënten die van beide werksoorten zorg ontvangen zijn minder tevreden over de kwaliteit van de zorgverlening dan drie jaar geleden. Dit geldt zowel wanneer ze zorg ontvangen van geïntegreerde als van traditionele teams. Cliënten die alleen wijkverpleging ontvangen zijn alleen iets minder tevreden geworden wanneer hun hulpverleners deel uitmaken van traditionele teams (trend: $p = .08$).

3.8.3 Samenvatting

Het draagvlak voor het werken in *geïntegreerde teams* is het grootst onder verzorgenden C en D en het kleinst onder wijkverpleegkundigen. Wijkverpleegkundigen die daadwerkelijk deel uitmaken van een geïntegreerd team staan wel beduidend positiever tegenover geïntegreerde teams dan hun collega's in traditionele teams. Bij de laatste groep hulpverleners is het draagvlak ook minder groot geworden in vergelijking tot drie jaar geleden. Het draagvlak onder verzorgingshulpen B en thuishulpen A is daarentegen beduidend afgenomen wanneer ze werkzaam zijn in volledig geïntegreerd instellingen.

Door iets meer dan de helft van de hulpverleners worden soms tot vaak *taken onder hun niveau* verricht. In alle instellingen geven vooral wijkverpleegkundigen aan regelmatig werkzaamheden te verrichten die eigenlijk onder hun niveau liggen. In traditionele teams werken verzorgenden C en D vaker onder niveau dan verzorgingshulpen B en thuishulpen A, in geïntegreerde teams ligt dit precies omgekeerd. De afgelopen drie jaar is er wat dit betreft vooral veel veranderd in instellingen waar met geïntegreerde teams wordt gewerkt. Wijkverpleegkundigen en verzorgenden C en D lijken hier iets minder vaak taken onder niveau te verrichten, wijkzikenverzorgenden en verzorgingshulpen B/thuishulpen A werken hier nu vaker onder niveau dan drie jaar geleden. Het percentage hulpverleners dat aangeeft soms tot vaak *taken boven niveau* te verrichten, ligt veel lager; rond de 12%. Wijkverpleegkundigen van geïntegreerde teams verrichten nu minder vaak werkzaamheden waarvoor ze (volgens eigen mening) eigen-

lijk niet deskundig genoeg zijn, dan in 1993, hetzelfde geldt in iets mindere mate voor verzorgingshulpen B en thuishulpen A bij volledig traditioneel werkende instellingen.

In 1993 gaven de hulpverleners die deelnamen aan integratie-experimenten, aan dat de *taakverdeling* tijdens die experimenten was verbeterd. Deze verbetering heeft zich in de afgelopen drie jaar nog doorgezet, zij het (met name volgens de wijkverpleegkundigen) wat minder sterk als in de beginfase van de experimenten.

Ook de hulpverleners van traditionele instellingen rapporteren echter over de afgelopen drie jaar een, even grote, toename van de kwaliteit van de taakverdeling.

Over het algemeen lijkt in de afgelopen drie jaar bij alle instellingen een vrij grote *verschuiving van taken* te hebben plaatsgevonden. Deze verschuiving is het grootst voor wijkverpleegkundigen in het algemeen en voor wijkverpleegkundigen in traditionele instellingen in het bijzonder. Ten opzichte van de verschuivingen die werden gerapporteerd over de periode waarin de experimenten plaatsvonden, is de taakverschuiving van verzorgingshulpen B en thuishulpen A toegenomen behalve bij traditioneel werkende instellingen. Hier is de verschuiving van taken bij verzorgenden C en D toegenomen.

Binnen de geïntegreerde teams gaan wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden steeds meer medische en/of verpleegtechnische en steeds minder verzorgende werkzaamheden verrichten. Voor verzorgenden C en D neemt de verschuiving naar meer verpleegtechnische en meer administratieve werkzaamheden toe, voor verzorgingshulpen B en thuishulpen A de verschuiving naar meer huishoudelijke en minder verzorgende taken. Bij instellingen waar alleen met een geïntegreerde intake wordt gewerkt rapporteren alleen de wijkzakenverzorgenden een toenemende verschuiving van verpleegtechnische werkzaamheden. In traditionele instellingen wordt door verzorgenden C en D in 1996 vaker dan in 1993 een verschuiving naar meer verzorgende en minder huishoudelijke taken en naar meer cliëntbegeleiding gerapporteerd.

Wijkverpleegkundigen van geïntegreerde instellingen zijn minder positief over de *afbakening van hun taken* dan de overige hulpverleners. Ook zijn deze hulpverleners, met name in volledig geïntegreerde instellingen, het vaakst van mening dat de taakverdeling binnen het team onduidelijk is. Wijkzakenverzorgenden die deel uitmaken van een geïntegreerd team zijn nu vaker dan drie jaar geleden van mening dat de eigen taken goed zijn afgebakend. De duidelijkheid waarmee de taken binnen het team zijn afgebakend, lijkt in de afgelopen jaren overal te zijn toegenomen, het meest nog voor wijkzakenverzorgenden van geïntegreerde teams. Drie jaar geleden ervoeren deze hulpverleners veel meer onduidelijkheid dan hun collega's in traditionele teams, nu zijn deze verschillen opgeheven.

Verzorgingshulpen B en thuishulpen A komen blijkbaar vaker dan andere hulpverleners onduidelijkheden tegen wat betreft 'wie doet wat'. Onduidelijkheden rond het toewijzingsprincipe van cliënten aan hulpverleners worden met name door wijkverpleegkundigen vaak genoemd. De onduidelijkheden rond wie verantwoordelijk is voor de zorgverlening lijken binnen de traditionele teams toe te nemen.

Veel hulpverleners geven aan behoefte te hebben aan meer *overleg*; wijkverpleegkundigen meer dan andere hulpverleners en gemiddeld bij gedeeltelijk geïntegreerde instellingen meer dan bij de andere instellingen. Vergeleken met drie jaar geleden is de behoefte aan meer overleg overal toegenomen. Verzorgenden C en D hebben in traditionele teams meer behoefte aan contact met wijkverpleegkundigen dan in geïntegreerde teams. Wijkzakenverzorgenden hebben in geïntegreerde teams meer behoefte

aan overleg met collega's dan in traditionele teams. Ditzelfde geldt voor wijkverpleegkundigen die bovendien wanneer ze deel uitmaken van geïntegreerde teams ook graag vaker overleg met wijkziekenverzorgenden zouden willen hebben.

De hulpverleners van traditionele instellingen zijn, met uitzondering van verzorgenden C en D, positiever over de frequentie en samenstelling van de overlegsituaties dan de hulpverleners van geïntegreerde instellingen. In de geïntegreerde teams zijn met name wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden veel minder tevreden dan de overige hulpverleners, meestal omdat men vindt dat er onvoldoende overleg is.

Gemiddeld genomen wordt er door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden de meeste uren per maand aan overleg besteedt: in traditionele instellingen meer dan in de geïntegreerde instellingen. Bij geheel of gedeeltelijk geïntegreerd werkende instellingen lijkt voor alle hulpverleners, met uitzondering van verzorgenden C en D, het aantal uren dat per maand aan overleg wordt besteed in de afgelopen drie jaar te zijn afgenomen. Bij traditionele instellingen valt daarentegen bij alle hulpverleners een, meer of minder grote, stijging te bespeuren.

Verzorgenden C en D krijgen iets meer *feedback* wanneer ze deel uitmaken van geïntegreerde teams dan in traditionele teams. Voor wijkziekenverzorgenden die deel uitmaken van geïntegreerde teams is de feedback die ze ontvangen de afgelopen drie jaar verminderd.

De *autonomie* van de verschillende hulpverleners is niet groter of kleiner in geïntegreerde dan in traditionele teams. Wel is de autonomie van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die deel uitmaken van geïntegreerde teams in de afgelopen drie jaar afgenomen.

Ook wat betreft de *tijdsdruk* die hulpverleners ervaren, zijn er geen verschillen tussen instellingen. Met uitzondering van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in geïntegreerde teams en verzorgingshulpen B/thuishulpen A in traditionele instellingen, geven echter alle hulpverleners aan dat de tijdsdruk ten opzichte van drie jaar geleden beduidend is toegenomen.

Hulpverleners van geïntegreerde instellingen vinden vaker dat het werktempo de laatste drie jaar is toegenomen dan hulpverleners van traditionele instellingen. De hoeveelheid werk die wordt verricht, lijkt het meest te zijn toegenomen bij instellingen waar alleen met een geïntegreerde intake wordt gewerkt. Dit laatste hangt samen met een toename van het aantal cliënten waaraan de hulpverleners per week zorg verlenen.

Over het algemeen geven hulpverleners van traditionele instellingen vaker dan hulpverleners van geïntegreerde instellingen aan dat hun werk *complex, interessanter en afwisselender* is geworden. Met name de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen in gedeeltelijk geïntegreerde instellingen lijken in de afgelopen drie jaar minder complex, minder interessant en minder afwisselend te zijn geworden.

Hulpverleners van traditionele instellingen zijn meer tevreden over de *kwaliteit van de zorgverlening* dan hulpverleners van geïntegreerde instellingen. Over het algemeen zijn alle functieniveaus minder tevreden geworden dan drie jaar geleden; deze afname van tevredenheid is het grootste bij geïntegreerde instellingen.

Bij traditionele instellingen zijn de hulpverleners het meest tevreden over de *teamleiding*, bij volledig geïntegreerde instellingen het minst. Dit verschil komt bij wijkverpleegkundigen het sterkst naar voren. Deze hulpverleners zijn, evenals verzorgenden C en

D, in geïntegreerde teams ook minder tevreden dan drie jaar geleden.

De hulpverleners zijn in het algemeen tevreden over hun *contacten met collega's*, alleen verzorgenden C en D van gedeeltelijk geïntegreerde instellingen zijn iets minder tevreden. De tevredenheid is bij deze hulpverleners ook afgenomen ten opzichte van 1993. Verzorgenden C en D van traditionele instellingen zijn daarentegen meer tevreden geworden.

Ook over de *duidelijkheid in het dagelijks werk* is men niet ontevreden. Verzorgingshulpen B en thuishulpen A zijn bij gedeeltelijk geïntegreerde instellingen iets minder tevreden over dit aspect dan hun collega's bij de andere instellingen. Met name wijkverpleegkundigen van traditionele instellingen zijn in de afgelopen drie jaar minder tevreden geworden over de mate waarin hen duidelijkheid wordt geboden in hun werk.

Cliënten van de wijkverpleging lijken iets vaker te maken te hebben met *wisselingen van hulpverleners* dan cliënten van de gezinsverzorging. Cliënten die alleen gezinsverzorging ontvangen hebben minder te maken met wisselingen wanneer ze zorg ontvangen van traditionele teams dan wanneer hun hulpverleners deel uitmaken van geïntegreerde teams. Bij cliënten met een gecombineerde hulpvraag ligt dit precies andersom. Deze verschillen zijn het gevolg van verschuivingen ten opzichte van drie jaar geleden: bij cliënten gezinsverzorging komen in traditionele teams nu minder wisselingen voor dan in 1993, bij gezamenlijke cliënten komen daarentegen minder wisselingen voor bij instellingen met geïntegreerde teams.

Ook de gezamenlijke cliënten die hulp ontvangen van de wijkverpleging hebben bij geïntegreerde teams minder vaak te maken met wisselingen van hulpverleners dan dezelfde cliënten bij traditionele teams. Evenals bij de hulpverlening van de gezinsverzorging hebben gezamenlijke cliënten die wijkverpleging ontvangen uit geïntegreerde teams nu minder te maken met wisselingen dan drie jaar geleden. Bij traditionele teams is het aantal wisselingen bij deze cliënten daarentegen toegenomen.

Cliënten die alleen gezinsverzorging ontvangen zijn minder positief over de *continuïteit van de zorgverlening* die door geïntegreerde teams wordt verstrekt dan drie jaar geleden. Door deze verschuiving geeft deze groep cliënten in 1996 een positiever oordeel over dit onderwerp wanneer ze zorg ontvangen van traditionele teams dan wanneer de zorg verstrekt wordt door hulpverleners van geïntegreerde teams. Cliënten met een gecombineerde hulpvraag zijn daarentegen in het algemeen en per type instelling positiever geworden over de continuïteit van de zorgverlening.

Het oordeel van cliënten over de continuïteit van zorg die door de wijkverpleging wordt verleend, valt in het algemeen iets minder positief uit dan het oordeel over de continuïteit bij de gezinsverzorging. Maar ook hier zijn alle cliënten, zowel in 1993 als in 1996, nog steeds (even) positief in hun waardering.

Over de *kwaliteit van de zorg* die door de gezinsverzorging wordt verleend zijn alle cliënten het zowel in 1993 als drie jaar later eens: die is goed tot heel goed. Alleen cliënten met een enkelvoudige hulpvraag lijken bij beide typen instellingen wat minder positief te zijn dan drie jaar geleden.

Ook over de kwaliteit van de wijkverpleging zijn de cliënten gemiddeld tevreden. Wel wordt door cliënten met een gecombineerde hulpvraag de kwaliteit van de hulpverlening als minder goed beoordeeld dan drie jaar geleden. Dit verschil is bij beide typen instellingen zichtbaar. Bij traditionele instellingen zijn ook de cliënten met een enkelvoudige hulpvraag iets minder tevreden geworden.

3.9 Zorgcoördinatie en samenwerking

In deze paragraaf wordt nagegaan hoe hulpverleners en cliënten denken over de coördinatie van de zorg en de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging. Eerst worden weer de meningen en ervaringen van hulpverleners behandeld, daarna die van cliënten.

3.9.1 Mening en ervaringen van hulpverleners

Allereerst is aan de hulpverleners een stelling voorgelegd die betrekking heeft op de achtergrond en deskundigheid van de zorgcoördinator. Deze stelling luidde:

Coördinatie van zorg rond een patiënt die zowel verplegende als verzorgende hulp krijgt, kan het beste gebeuren door degene die het meest bij de patiënt betrokken is.

Dat kan een gezinsverzorgster zijn, maar ook een wijkverpleegkundige.

De hulpverleners konden weer op een vijf-puntsschaal hun mening weergeven (5 = 'zeer mee eens', 1 = 'zeer mee oneens').

Tabel 3.60 Zorgcoördinatie moet worden gedaan door de meest betrokken hulpverlener. Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	2,6 (54)	3,0 (43)	4,1 (81)	4,3 (59)	3,6
GI.GT-96	3,1 (52)	3,6 (48)	4,0 (52)	3,9 (24)	3,5
GI.TT-93	3,6 (20)	3,2 (18)	4,1 (50)	4,0 (41)	3,9
GI.TT-96	3,1 (32)	3,1 (48)	4,0 (46)	4,1 (34)	3,6
TI.TT-93	2,8 (38)	3,5 (25)	4,1 (95)	4,1 (50)	3,8
TI.TT-96	2,6 (51)	3,0 (37)	4,1 (35)	4,2 (35)	3,4
Hulpverl.93	2,8 (112)	3,2 (86)	4,1 (226)	4,1 (150)	
Hulpverl.96	2,9 (135)	3,3 (133)	4,0 (133)	4,1 (93)	
Analyse 1993:	hoofdeffect functie:	F = 44,5	df 3	p<.01	
	instelling x functie:	F = 3,4	df 6	p<.01	
Analyse 1996:	hoofdeffect functie	F = 33,0	df 3	p<.01	
Analyse 93/96:	GI.GT x functie:	F = 4,3	df 3	p<.01	
	hoofdeffect GI.TT:	F = 9,5	df 1	p<.01	
	WV x instelling:	F = 3,8	df 2	p<.05	
	WZV x instelling:	F = 3,6	df 2	p<.05	

Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn het minder met deze stelling eens dan verzorgenden C en D en verzorgingshulpen B/thuishulpen A (zie tabel 3.60). Dit verschil tussen functies komt het sterkst naar voren bij traditionele instellingen en is het kleinst bij volledig geïntegreerde instellingen. Verschillen tussen instellingen worden alleen bij wijkziekenverzorgenden zichtbaar: deze zijn het meer met de stelling eens als ze deel uitmaken van geïntegreerde teams. Over de jaren heen zijn met name de meningen van de hulpverleners die deel uitmaken van geïntegreerde teams veranderd. Verzorgingshulpen B en huishulpen A zijn het nu minder met de stelling eens, wijkver-

pleegkundigen en wijkziekenverzorgenden iets meer dan drie jaar geleden (trend: resp. $p = .088$ en $.071$). Dit laatste in tegenstelling tot wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden van traditionele teams, die nu in iets mindere mate dan drie jaar geleden vinden dat de zorgcoördinatie door de meest betrokken hulpverlener moet worden gedaan.

Vervolgens is door middel van een tweetal vragen onderzocht hoe goed de zorgcoördinatie in de verschillende instellingen is geregeld. Allereerst is door middel van de bekende vijf-puntsschaal gevraagd hoe tevreden of ontevreden men is over de wijze waarop de zorgcoördinatie plaats vindt. Hulpverleners konden bij deze vraag tevens aangeven 'geen mening' over dit onderwerp te hebben. Deze groep is uit de analyse gelaten. Dit had een grote daling van het aantal hulpverleners tot gevolg: met name bij verzorgenden C en D en verzorgingshulpen B/thuishulpen A, in 1993 meer dan in 1996 en bij instellingen waar gewerkt wordt met traditionele teams meer dan bij instellingen met geïntegreerde teams.

Tabel 3.61 Tevredenheid over de wijze waarop de zorgcoördinatie plaatsvindt. Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	2,4 (51)	2,4 (41)	2,2 (64)	2,0 (31)	2,3
GI.GT-96	2,6 (48)	2,3 (46)	2,3 (44)	2,3 (13)	2,4
GI.TT-93	2,6 (20)	2,5 (15)	2,4 (25)	2,2 (11)	2,4
GI.TT-96	3,0 (31)	2,5 (44)	2,7 (33)	2,4 (19)	2,6
TI.TT-93	2,2 (36)	2,3 (18)	2,4 (35)	2,3 (18)	2,3
TI.TT-96	2,3 (48)	2,1 (31)	2,5 (20)	2,1 (13)	2,3
Hulpverl.93	2,4 (107)	2,4 (74)	2,3 (124)	2,2 (60)	
Hulpverl.96	2,6 (127)	2,3 (121)	2,5 (97)	2,3 (45)	

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: hoofdeffect instelling $F = 6,6$ df 2 $p < .01$
 hoofdeffect functie $F = 5,4$ df 3 $p < .01$

Analyse 93/96: hoofdeffect WV: $F = 7,4$ df 1 $p < .01$

Over het algemeen zijn wijkverpleegkundigen en verzorgenden C en D minder positief over de zorgcoördinatie dan de andere hulpverleners (zie tabel 3.61). Hulpverleners van gedeeltelijk geïntegreerde instellingen zijn minder tevreden dan hulpverleners van andere instellingen. Dit verschil tussen instellingen is het meest zichtbaar bij wijkverpleegkundigen en in iets mindere mate bij verzorgenden C en D (trend: $p = .081$). In vergelijking tot 1993 zijn alleen wijkverpleegkundigen significant negatiever in hun oordeel geworden, verder werden wel een aantal trends in deze richting gevonden maar geen significante verschillen.

In tabel 3.62 wordt een overzicht gegeven van het percentage hulpverleners dat aangeeft geen mening te hebben over de wijze waarop de zorgcoördinatie plaatsvindt.

Tabel 3.62 Percentage hulpverleners dat aangeeft geen mening te hebben over de wijze waarop de zorgcoördinatie plaatsvindt

instelling	functie									
	WV		WZV		C/D		A/B		gem.	
	1993 (115)	1996 (137)	1993 (86)	1996 (135)	1993 (228)	1996 (133)	1993 (153)	1996 (97)	1993	1996
GI.GT	7	8	5	8	20	15	49	48	22	16
GI.TT	0	9	17	10	49	30	73	44	44	23
TI.TT	5	6	28	14	64	41	65	66	50	30
Gem.	5	7	14	10	46	27	61	54		

Zoals uit de tabel blijkt worden de hoogste percentages hulpverleners die aangeven geen mening te hebben over dit onderwerp gevonden bij traditioneel werkende instellingen. Gemiddeld hebben wijkverpleegkundigen en wijkzorgenverzorgenden vaker een mening over de wijze waarop de zorgcoördinatie plaatsvindt dan de twee laagste functieniveaus.

Ten opzichte van drie jaar geleden hebben met name wijkzorgenverzorgenden van traditionele instellingen, verzorgenden C en D die deel uitmaken van traditionele teams en verzorgingshulpen B/thuishulpen A van instellingen waar alleen met een geïntegreerde intake wordt gewerkt, nu vaker een mening over dit onderwerp.

De tweede vraag die aan de hulpverleners is voorgelegd met betrekking tot de kwaliteit van de zorgcoördinatie luidde als volgt:

Hoe vaak komt het voor dat er volgens u langst elkaar heen gewerkt wordt door de wijkverpleging en de gezinsverzorging?

Men kon op een vijf-puntsschaal aangeven hoe vaak dit het geval is (1 = '1x per week of vaker'; 2 = '1x per twee weken tot 1x per maand'; 3 = '1x per maand tot 1x per half jaar'; 4 = 'minder dan 1x per half jaar'; 5 = 'nooit'; een lagere score houdt dus een hogere frequentie in).

Zowel tussen instellingen als tussen functies worden verschillen gevonden (zie tabel 3.63). Hulpverleners van gedeeltelijk geïntegreerde instellingen zijn vaker van mening dat er langs elkaar heengewerkt wordt, dit geldt met name voor de drie hoogste functieniveaus. Deze zijn ook in het algemeen minder positief over de soepelheid waarmee de samenwerking verloopt dan verzorgingshulpen B en thuis hulpen A. De hulpverleners van volledig geïntegreerde instellingen zijn minder positief geworden in hun oordeel: vooral wijkverpleegkundigen en verzorgingshulpen B/thuishulpen A hebben hier het idee dat er vaker langs elkaar heen gewerkt wordt dan drie jaar geleden. Ditzelfde geldt voor gedeeltelijk geïntegreerde instellingen maar hier zijn het vooral de wijkverpleegkundigen die een beduidend negatiever oordeel geven.

Tabel 3.63 Hoe vaak werken wijkverpleging en gezinsverzorging langs elkaar heen? Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	3,1 (51)	2,8 (41)	3,2 (76)	4,0 (54)	3,3
GI.GT-96	2,7 (49)	2,8 (46)	3,2 (47)	3,4 (22)	3,0
GI.TT-93	2,9 (20)	2,9 (17)	3,3 (42)	3,6 (33)	3,3
GI.TT-96	1,8 (33)	2,3 (47)	2,6 (45)	3,0 (31)	2,4
TI.TT-93	2,6 (38)	2,6 (25)	3,2 (77)	3,5 (45)	3,1
TI.TT-96	2,5 (52)	2,7 (33)	2,9 (23)	3,7 (32)	2,9
Hulpverl.93	2,9 (109)	2,7 (83)	3,2 (195)	3,7 (132)	
Hulpverl.96	2,4 (134)	2,6 (126)	2,9 (125)	3,4 (85)	

Analyse 1993: hoofdeffect functie: $F = 14,9$ df 3 $p < .01$

Analyse 1996: hoofdeffect instelling $F = 13,4$ df 2 $p < .01$
 hoofdeffect functie $F = 14,3$ df 3 $p < .01$

Analyse 93/96: hoofdeffect GI.GT: $F = 9,4$ df 1 $p < .01$
 hoofdeffect GI.TT: $F = 9,5$ df 1 $p < .01$
 hoofdeffect WV: $F = 20,7$ df 1 $p < .01$
 WV x instelling: $F = 3,4$ df 2 $p < .01$

Aan de hulpverleners is ook gevraagd wat er volgens hen verbeterd zou kunnen worden aan de zorgcoördinatie.

In tabel 3.64 zijn de twee items die het vaakst genoemd werden weergegeven.

Tabel 3.64 Wat kan verbeterd worden aan de zorgcoördinatie. Percentages per instelling en functie

instelling	functie							
	communicatie					taakomschrijving		
	WV	WZV	C/D	A/B	gem.	WV	WZV	gem.
GI.GT-93	29,1	26,7	13,3	13,8	19,4	25,5	17,8	11,3
GI.GT-96	3,8	12,0	32,7	12,9	15,6	5,7	2,0	3,7
GI.TT-93	19,0	35,0	29,4	25,0	27,2	23,8	15,0	8,8
GI.TT-96	41,2	30,6	29,8	14,7	29,1	8,8	2,0	3,6
TI.TT-93	42,1	32,0	21,2	19,3	25,6	28,9	20,0	10,0
TI.TT-96	11,3	10,8	19,4	5,0	11,4	5,7	5,4	3,6
hulpv.93	31,6	30,0	20,2	18,7		26,3	17,8	
hulpv.96	15,7	18,4	27,9	10,5		6,4	2,9	

Met name de communicatie kan volgens alle hulpverleners wel wat verbetering gebruiken. De communicatie rond zorgcoördinatie lijkt over het algemeen minder problemen op te leveren dan drie jaar geleden. Dit geldt niet voor verzorgenden C en D van

volledig geïntegreerde instellingen en wijkverpleegkundigen van gedeeltelijk geïntegreerde instellingen: deze hulpverleners noemen communicatie nu veel vaker dan in 1993 als verbeterpunt. Ook de taakomschrijving werd veel genoemd maar dan met name door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in 1993. Hierover lijkt in de afgelopen jaren meer duidelijkheid te zijn ontstaan.

Aan de hulpverleners die in 1993 deelnamen aan één van de experimenten is gevraagd of de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging binnen dat experiment nu beter of slechter was geworden. In 1996 is aan alle hulpverleners een oordeel gevraagd over de mate waarin de kwaliteit van de samenwerking in de afgelopen drie jaar is veranderd. De mening kon weer op een vijf-puntsschaal worden aangegeven (1 = 'veel beter'; 5 = 'veel slechter'). In tabel 3.65 worden de resultaten van 1996 weergegeven.

Tabel 3.65 In welke richting is de kwaliteit van de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging veranderd? Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-96	2,1 (52)	1,9 (50)	1,8 (50)	2,6 (30)	2,2
GI.TT-96	2,2 (33)	2,2 (47)	2,2 (44)	2,2 (32)	2,2
TI.TT-96	2,3 (52)	2,5 (35)	2,5 (36)	2,4 (39)	2,4
gemiddelde	2,2	2,2	2,1	2,4	

Analyse 1996: hoofdeffect instelling: $F = 7,3$ $df 2$ $p < .01$
 instelling x functie: $F = 3,6$ $df 6$ $p < .01$

Hulpverleners van beide geïntegreerde instellingen vinden dat de kwaliteit van de samenwerking meer is toegenomen in de afgelopen drie jaar dan hulpverleners van traditionele instellingen. Per functie bezien is dit verschil tussen instellingen met name bij wijkziekenverzorgenden en verzorgenden C en D zichtbaar.

In vergelijking tot de resultaten uit het onderzoek van 1993 is bij gedeeltelijk geïntegreerde instellingen weinig verandering opgetreden (zie tabel 3.66). Hulpverleners rapporteren een even grote verbetering van de samenwerking in de afgelopen drie jaar als tijdens de experimenten. Bij volledig geïntegreerde instellingen is het oordeel van de hulpverleners minder positief geworden. Vooral wijkverpleegkundigen en verzorgingshulpen B/thuishulpen A zijn van mening dat de kwaliteit van de samenwerking in de afgelopen drie jaar minder is toegenomen dan tijdens de experimenten het geval was. In het algemeen wordt echter door alle hulpverleners nog steeds een verbetering van de samenwerking gesignaleerd.

Tabel 3.66 In welke richting is de kwaliteit van de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging veranderd? Gemiddelden en resultaten van variantie-analyse (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling	functie				gem.
	WV	WZV	C/D	A/B	
GI.GT-93	1,8 (35)	2,0 (26)	1,7 (55)	2,0 (38)	1,9
GI.GT-96	2,1 (52)	1,9 (50)	1,8 (50)	2,6 (30)	2,2
GI.TT-93	2,2 (16)	2,1 (8)	2,1 (19)	2,2 (10)	2,2
GI.TT-96	2,2 (33)	2,2 (47)	2,2 (44)	2,2 (32)	2,2
Hulpverl.93	1,9 (51)	2,0 (34)	1,8 (74)	2,1 (48)	
Hulpverl.96	2,1 (85)	2,1 (97)	2,0 (94)	2,4 (62)	

Analyse 1993: hoofdeffect instelling: $F = 5,2$ df 1 $p < .05$

Analyse 93/96: hoofdeffect GI.GT: $F = 12,7$ df 1 $p < .01$
 GI.TT x functie: $F = 2,9$ df 3 $p < .05$

Uit de interviews met intakers en teamcoördinatoren kwam regelmatig naar voren dat cultuurverschillen een belemmerende factor zijn bij de integratie van en de samenwerking tussen het kruiswerk en de gezinsverzorging. Daarom is in 1996 aan de hulpverleners gevraagd in hoeverre ze binnen hun team iets merken van cultuurverschillen tussen de wijkverpleging en gezinsverzorging. Deze vraag was in principe alleen bedoeld voor hulpverleners die deel uitmaken van geïntegreerde teams maar werd ook door voldoende andere hulpverleners beantwoord om een analyse tussen instellingen mogelijk te maken. De resultaten van deze analyse zijn weergegeven in tabel 3.67.

Tabel 3.67 Percentage hulpverleners dat binnen het team te maken heeft met cultuurverschillen tussen wijkverpleging en gezinsverzorging (aantal hulpverleners tussen haakjes)

instelling N=	functie				gem.
	WV (78)	WZV (89)	C/D (95)	A/B (55)	
GI.GT	87,5	75,6	53,5	12,5	66,4
GI.TT	13,3	10,3	25,8	10,0	15,8
TI.TT	13,3	0,0	19,0	0,0	8,6
gemiddelde	59,0	41,6	36,8	7,3	

Analyse 1996: instelling: $Chi^2 = 97,3$ df 2 $p < .01$
 functie: $Chi^2 = 36,9$ df 3 $p < .01$

Zoals te verwachten valt vanwege de nauwere samenwerking binnen geïntegreerde teams, geeft een groter percentage hulpverleners hier aan te maken te hebben met cultuurverschillen dan bij traditionele teams. Van de verzorgingshulpen B en thuishulpen A geeft slechts een klein percentage aan in aanraking te komen met cultuurverschillen. Ook dit resultaat valt te verwachten omdat veel van deze hulpverleners ook bij

volledig geïntegreerde instellingen in aparte huishoudelijke teams werken. Wel opvallend is dat wijkverpleegkundigen cultuurverschillen blijkbaar vaker opmerken dan wijkzickenverzorgenden en verzorgenden C en D.

De hulpverleners konden vervolgens aangeven om welke cultuurverschillen het ging of in welke situaties deze zichtbaar worden. De volgende verschillen worden van meest tot minst vaak genoemd:

- verschillen in professionaliteit (43%)
- verschil in zorgvisie (40%)
- verschillen in het nemen en dragen van verantwoordelijkheid (37%)
- verschillen in de mate van zelfstandigheid tijdens het werk (30%)
- verschillen in manier van werken (30%)
- statusverschillen (14%)
- groepsvorming tijdens besprekingen (8%)
- groepsvorming tijdens pauzes (6%)

De verschillen tussen de functies wat betreft het aantal hulpverleners dat een bepaald cultuurverschil noemt, komen overeen met de lijn in tabel 3.67: alle cultuurverschillen worden het vaakst door wijkverpleegkundigen genoemd, gevolgd door wijkzickenverzorgenden en verzorgenden C en D, en het minst vaak door verzorgingshulpverleners B en thuishulpverleners A.

3.9.2 Mening en ervaringen van cliënten

De coördinatie van zorg is met name van belang voor cliënten die zowel hulp ontvangen van de wijkverpleging als van de gezinsverzorging. Daarom worden in deze paragraaf alleen de meningen van deze cliënten weergegeven. Hier zijn een aantal vragen voorgelegd die op dit aspect van de zorgverlening betrekking hebben:

- een algemeen oordeel over de samenwerking;
- het voorkomen van tegengestelde instructies door wijkverpleging en gezinsverzorging;
- of en de mate waarin langs elkaar heen wordt gewerkt;
- hoe vaak men uitleg moet geven over hetgeen er moet gebeuren.

Deze vier items blijken met elkaar samen te hangen en tezamen een oordeel over de kwaliteit van de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging te vormen. De betrouwbaarheid van deze schaal is nog net acceptabel (Cronbach's alpha 1993 en 1996 respectievelijk: .59 en .59). De resultaten zullen dan ook met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

Uit de analyse van 1996 (zie tabel 3.68) blijkt dat de waardering van de cliënten over de samenwerking van hulpverleners uit een geïntegreerd team niet verschilt met die over de samenwerking van hulpverleners uit een traditioneel team. Ten opzichte van drie jaar geleden zijn de cliënten iets positiever geworden over de samenwerking binnen geïntegreerde teams waardoor hun oordeel nu meer overeenkomt met het oordeel van cliënten in zowel 1993 als 1996 over de samenwerking van traditionele teams.

Tabel 3.68 De tevredenheid van de cliënt over de kwaliteit van de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging. Gemiddelde somscores en resultaten van variantie-analyse (aantal cliënten tussen haakjes)

	Clïent WW/GV
Gteam-93	15,9 (55)
Gteam-96	16,8 (55)
Tteam-93	16,5 (65)
Tteam-96	16,4 (75)
gem. 93	16,2 (120)
gem. 96	16,6 (130)

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: geen significante effecten

Analyse 93/96: cliënt x instelling $F = 4,8$ $df1$ $p < .05$

Zorgschrift

Ook is aan de gezamenlijke cliënten de vraag voorgelegd of er bij hen een zorgschrift of een logboek thuis ligt, waarin hulpverleners kunnen bijhouden welke werkzaamheden zijn gedaan en welke er nog verricht moeten worden.

Tabel 3.69 Aanwezigheid van een zorgschrift bij cliënten met wijkverpleging en gezinsverzorging (percentages naar teamsoort; absolute aantallen tussen haakjes)

	ja	nee
Gteam-93	41,9 (26)	58,1 (36)
Gteam-96	61,7 (37)	38,3 (23)
Tteam-93	25,3 (19)	74,7 (56)
Tteam-96	61,7 (50)	38,3 (31)
gem. 93	32,8 (45)	67,2 (92)
gem. 96	61,7 (87)	38,3 (54)

Analyse 1993: instelling: $Chi2 = 4,2$ df 1 $p < .05$

Analyse 1996: geen significante effecten

Analyse 93/96: Gteam: $Chi2 = 4,8$ df 1 $p < .05$

Tteam: $Chi2 = 20,9$ df 1 $p < .01$

cliënt: $Chi2 = 23,2$ df 1 $p < .01$

In vergelijking tot drie jaar geleden blijkt overal het gebruik van een zorgschrift te zijn toegenomen: bij traditionele teams nog sterker dan bij geïntegreerde teams. Hierdoor ligt in 1996 bij cliënten die zorg ontvangen van een geïntegreerd team even vaak een zorgschrift thuis als bij cliënten die zorg ontvangen van een traditioneel team.

Het zorgschrift vervult met name een functie voor de hulpverleners. Toch is dit zorgschrift ook toegankelijk voor de cliënten zelf. De cliënten is dan ook gevraagd of ze daar zelf wel eens in kijken. De antwoorden zijn samengevoegd tot twee categorieën: soms tot vaak en (bijna) nooit (=minder dan 1x per maand). Gemiddeld kijkt 61% van de cliënten soms tot vaak in het zorgschrift (zie tabel 3.70). In 1996 zijn er geen

verschillen tussen cliënten van geïntegreerde en van traditionele teams. Over het algemeen is het aantal cliënten dat belangstelling toont voor het eigen zorgschrift in vergelijking met drie jaar geleden beduidend toegenomen. Deze toename is met name sterk bij cliënten die zorg ontvangen van geïntegreerde teams.

Tabel 3.70 Kijkt de cliënt zelf ook in het zorgschrift? Percentages per teamsoort (absolute aantallen tussen haakjes)

	soms tot vaak	(bijna) nooit
Gteam-93	30,8 (8)	69,2 (18)
Gteam-96	67,6 (25)	32,4 (12)
Tteam-93	47,4 (9)	52,6 (10)
Tteam-96	56,0 (28)	44,0 (22)
gem. 93	37,8 (17)	62,2 (28)
gem. 96	60,9 (53)	39,1 (34)

Analyse 1993: geen significante effecten

Analyse 1996: geen significante effecten

Analyse 93/96: Gteam: Chi2 = 8,3 df 1 p <.01
cliënt: Chi2 = 6,4 df 1 p <.05

Contactpersoon voor cliënten

Zeker bij cliënten die zowel wijkverpleging als gezinsverzorging krijgen, zijn er verschillende personen bij de hulpverlening betrokken. Verondersteld kan worden dat hulpverleners uit geïntegreerde teams onderling gemakkelijker afspraken over de coördinatie kunnen maken dan hulpverleners uit de traditionele instellingen. Om dit na te gaan, is de gezamenlijke cliënten gevraagd of het voor hen duidelijk is wie zij voor eventuele gewenste veranderingen moeten aanspreken.

Over het algemeen lijkt het voor de meeste cliënten duidelijk te zijn wie ze moeten aanspreken (zie tabel 3.71). Uit de analyse van 1996 zijn geen resultaten gevonden die kunnen aangeven dat het voor cliënten die zorg ontvangen van geïntegreerde teams duidelijker is welke persoon zij voor eventuele veranderingen moeten aanspreken dan voor cliënten van traditionele teams. Ten opzichte van drie jaar geleden is het voor cliënten van traditionele teams nu vaker duidelijk welke hulpverlener ze moeten aanspreken als ze bepaalde veranderingen wensen. Door deze verschuiving zijn de verschillen tussen de teamsoorten die in 1993 nog bestonden, drie jaar later opgeheven.

Tabel 3.71 Is het duidelijk voor de gezamenlijke cliënt aan wie gewenste veranderingen in de zorgverlening moeten worden doorgegeven? Percentages per teamsoort (absolute aantallen tussen haakjes)

	onduidelijk	duidelijk
Gteam-93	10,9 (7)	89,1 (57)
Gteam-96	6,8 (4)	93,2 (55)
Tteam-93	26,9 (21)	73,1 (57)
Tteam-96	9,0 (7)	91,0 (71)
Cliënt-93	19,7 (28)	80,3 (114)
Cliënt-96	8,0 (11)	92,0 (126)

Analyse 1993: instelling: Chi2 = 5,7 df 1 p <.05

Analyse 1996: geen significante effecten

Analyse 93/96: Tteam: Chi2 = 8,5 df 1 p <.01
cliënt: Chi2 = 7,9 df 1 p <.01

3.9.3 Samenvatting

Verzorgenden C en D en verzorgingshulpen B/thuishulpen A zijn van mening dat de zorgcoördinatie het best gedaan kan worden door de hulpverlener die het meest bij de cliënt betrokken is. Wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden zijn het hier minder mee eens, met name wanneer ze bij traditionele instellingen werken. Wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden die deel uitmaken van geïntegreerde teams zijn het nu iets meer met deze stelling eens dan drie jaar geleden. Bij verzorgingshulpen B en thuisulpen A van deze instellingen is daarentegen het omgekeerde het geval.

Hulpverleners van gedeeltelijk geïntegreerde instellingen zijn minder tevreden over de zorgcoördinatie dan hulpverleners van de andere twee typen instellingen, dit geldt het sterkst voor wijkverpleegkundigen en verzorgenden C en D. Wijkverpleegkundigen van geïntegreerde instellingen zijn nu minder tevreden over de zorgcoördinatie dan drie jaar geleden. Bij de overige functieniveaus zijn vooral verschuivingen opgetreden wat betreft het aantal hulpverleners dat over dit onderwerp een mening heeft: in gedeeltelijk geïntegreerde instellingen hebben de twee laagste functieniveaus nu veel vaker een mening dan drie jaar geleden, in traditionele instellingen wijkzickenverzorgenden en verzorgenden C en D.

De frequentie waarmee door wijkverpleging en gezinsverzorging langs elkaar heen wordt gewerkt, wordt met name door de drie hoogste functieniveaus van gedeeltelijk geïntegreerde instellingen hoger ingeschat dan door de overige hulpverleners. Vooral wijkverpleegkundigen en verzorgingshulpen B/thuishulpen A die deel uitmaken van geïntegreerde teams zijn van mening dat er nu vaker langs elkaar heen gewerkt wordt dan drie jaar geleden.

De zorgcoördinatie kan met name op het gebied van de communicatie verbeterd worden al is hier in de afgelopen jaren volgens de meeste hulpverleners al wel verbetering opgetreden. Ook over de taakomschrijving lijkt in de afgelopen jaren meer duidelijkheid te zijn ontstaan.

Hulpverleners van beide typen geïntegreerde instellingen vinden dat de kwaliteit van de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging in de afgelopen drie jaar meer is toegenomen dan hulpverleners van traditionele instellingen. Bij volledig geïntegreerde instellingen zijn wijkverpleegkundigen en verzorgingshulpen B/thuishulpen A van mening dat de kwaliteit van de samenwerking tijdens de experimenten met integratie meer is toegenomen dan in daarop volgende periode.

Hulpverleners van geïntegreerde teams geven vaker aan cultuurverschillen tegen te komen dan hulpverleners van traditionele teams. De mate waarin de verschillende cultuurverschillen worden opgemerkt verschilt per functie: alle cultuurverschillen worden het vaakst genoemd door wijkverpleegkundigen, gevolgd door wijkzickenverzorgenden en verzorgenden C en D, en het worden het minst vaak genoemd door verzorgingshulpen B/thuishulpen A.

Cliënten die hulp ontvangen van beide werksoorten beoordelen in 1996 de kwaliteit van de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging in geïntegreerde teams even positief als die van traditionele teams. Ten opzichte van drie jaar geleden lijken de cliënten die hulp ontvangen van geïntegreerde teams iets positiever geworden, cliënten wiens hulpverleners afkomstig zijn uit traditionele teams zijn niet van mening veranderd.

Zowel door geïntegreerde als door traditionele teams wordt nu vaker dan drie jaar geleden gebruik gemaakt van een zorgschrift dat bij de cliënt thuis ligt. Deze toename is groter bij traditionele teams waardoor in 1996 door beide teamsoorten even vaak van zo'n schrift gebruik wordt gemaakt.

Ook kijken de cliënten zelf vaker in het zorgschrift dan drie jaar geleden, met name wanneer ze zorg ontvangen van geïntegreerde teams.

Bij cliënten die zorg ontvangen van traditionele teams is de duidelijkheid over aan wie men veranderingen in de zorgverlening kenbaar moet maken, ten opzichte van drie jaar geleden toegenomen. Hierdoor zijn de verschillen die toentertijd tussen beide teamsoorten bestonden in 1996 opgeheven.

4 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

De belangrijkste conclusie van het heroverwegingsrapport 'Van Samenwerken naar Samengaan' (Ministerie van WVC, 1990) was dat de beoogde verbetering van efficiëntie en kwaliteit van de hulpverlening het best kan worden gerealiseerd door integratie van kruiswerk en gezinsverzorging. Op basis hiervan heeft het toenmalige ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur in 1992/1993 dertien integratie-projecten gesubsidieerd. In vijf van de dertien regio's vonden experimenten plaats met een geïntegreerde intake en geïntegreerde teams, in vier regio's werd alleen met een geïntegreerde intake geëxperimenteerd. De integratie-projecten zijn door twee onafhankelijke instellingen geëvalueerd. Het bedrijfskundig adviesbureau Hoeksma, Homans en Menting verrichtte een breedte-evaluatie: deze richtte zich op de uitgangspunten, de opzet en het verloop van de integratie-projecten in organisatorisch opzicht. Tevens werd nagegaan in hoeverre de geraamde financiële-integratiewinst werd gerealiseerd (Homans & Glaser, 1993). Het NIVEL verrichtte een diepte-evaluatie waarin drie aspecten van het primaire proces centraal stonden: de intake, het zorgaanbod en de zorgcoördinatie (Verheij, Caris-Verhallen & Kerkstra, 1993). Deze aspecten werden geëvalueerd aan de hand van meningen en ervaringen van intakers, teamcoördinatoren, hulpverleners en cliënten.

In beide deelonderzoeken werden destijds weinig effecten gevonden met betrekking tot een verbetering van de doelmatigheid van de betrokken thuiszorgorganisaties ten gevolge van de integratie. De conclusie was dat het tijdstip van evalueren nog te vroeg was en dat integratieprocessen langer nodig hebben willen (positieve) effecten zichtbaar worden. Dit is de reden dat zowel de breedte- als de diepte-evaluatie in 1995/1996 nogmaals werden verricht door respectievelijk het Nzi en het NIVEL.

In 1996 zijn bij beide onderzoeken twaalf van de oorspronkelijk dertien organisaties betrokken (één organisatie heeft zich teruggetrokken). Voor de breedte-evaluatie zijn daarnaast nog een aantal niet-gefuseerde thuiszorgorganisaties benaderd. Dit om na te kunnen gaan in hoeverre een verbetering van efficiëntie en kwaliteit ook door samenwerking bereikt kan worden zonder dat de instellingen van kruiswerk en gezinsverzorging zijn *gefuseerd*. In de diepte-evaluatie staat daarentegen (het effect van) de *integratie* van het primaire proces centraal. Hiervoor is binnen de twaalf oorspronkelijke regio's een vergelijking gemaakt tussen instellingen waar (een gedeelte van) het primaire proces is geïntegreerd en instellingen die traditioneel werken. In 1996 wordt in negen regio's met een geïntegreerde intake gewerkt, zes regio's hebben bovendien het zorgaanbod geïntegreerd en in de overige drie regio's wordt nog met een voor de wijkverpleging en gezinsverzorging aparte intake en met aparte teams gewerkt.

Evenals in 1993 is nagegaan hoe het primaire proces is georganiseerd en wat de meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten zijn wat betreft de intake, het zorgaanbod en de zorgcoördinatie. Tevens is in 1995/1996 gekeken naar veranderingen die in de afgelopen drie jaar zijn opgetreden en welke factoren hier een belemmerende en/of bevorderende invloed op uitgeoefend hebben.

In de afgelopen periode zijn namelijk binnen de gezondheidszorg, naast de integratie, veel *ontwikkelingen* gaande. Van een aantal valt te verwachten dat ze, los van of in samenhang met de integratie, invloed hebben uitgeoefend op het functioneren van

thuiszorgzorgorganisaties en daarmee op de kwaliteit en efficiëntie van het zorgverleningsproces. Deze ontwikkelingen zijn onder te verdelen in vier categorieën. De eerste categorie ontwikkelingen hebben te maken met een toenemende *marktwerking en concurrentie* binnen de thuiszorg. Hieronder vallen een verschuiving van input- naar output financiering, de concurrentie met particuliere organisaties voor een bepaald deel van de voorheen vaste jaarbudgetten en maatregelen waardoor de cliënt meer inspraak en keuzemogelijkheden krijgt (o.a. door het Persoonsgebonden Budget). Daarnaast zijn er ontwikkelingen die de verhouding tussen *vraag en aanbod* beïnvloeden zoals bezuinigingen, de Bonus/Malus regelingen in de WAO, eigen risico van de werkgever bij ziekte van de werknemer, door de overheid toegekende volumegroei, arbeidsmarkt, ziekteverzuim en een toenemende vraag naar diensten van de thuiszorg door demografische factoren en het stimuleren van substitutie van intra- naar extramurale zorg. De derde categorie ontwikkelingen hebben te maken met de *kwaliteit* van de zorgverlening. Cliënten en verzekeraars krijgen meer invloed en gaan meer en meer eisen stellen aan de kwaliteit van de thuiszorg. Thuiszorgorganisaties gaan zelf ook kritischer kijken naar kwaliteit onder invloed van de marktwerking. Landelijk is er veel aandacht voor 'zorg op maat', het aanbieden van een zorgcontinuüm en kwaliteitssystemen in zorginstellingen (o.a. zichtbaar in de Wet Kwaliteit Zorginstellingen, het rapport 'Gedeelde Zorg: Betere Zorg', het rapport van de commissie Modernisering Ouderenzorg). Tenslotte is er een categorie '*randvoorwaarden*': bepaalde verschillen tussen het kruiswerk en de gezinsverzorging kunnen een belemmerende invloed hebben op het integratieproces en dienen te worden geharmoniseerd. De verschillen in arbeidsvoorwaarden zijn inmiddels gelijkgetrokken in de nieuwe CAO Thuiszorg. Het harmoniseren van de eigen bijdrage voor gezinsverzorging en kruiswerk is tot op heden nog niet ten uitvoer gebracht, dit zal naar verwachting begin 1997 gebeuren. Door deze externe ontwikkelingen te betrekken in de vergelijking die wordt gemaakt tussen wel- en niet-geïntegreerde instellingen, kan worden nagegaan in hoeverre een eventuele verbetering van efficiëntie en kwaliteit aan de integratie kan worden toegeschreven en in hoeverre dit op rekening van andere ontwikkelingen geschreven dient te worden.

In de hierna volgende paragrafen worden de resultaten met betrekking tot intake, zorgaanbod en zorgcoördinatie samengevat. Eerst wordt de feitelijke situatie op dit moment geschetst en in hoeverre deze in de afgelopen drie jaar is veranderd. Deze gegevens zijn gebaseerd op jaarverslagen van de betrokken instellingen en interviews met intakers en teamcoördinatoren. Daarna worden de belangrijkste (veranderingen in) meningen en ervaringen van hulpverleners en cliënten weergegeven. Deze gegevens zijn het resultaat van een telefonische en schriftelijke enquête onder respectievelijk cliënten en hulpverleners. Vervolgens wordt ingegaan op de invloed van externe ontwikkelingen. Dit is gebaseerd op algemene literatuur, jaarverslagen van de Landelijke Vereniging Thuiszorg, jaarverslagen van de betrokken instellingen en interviews met intakers en teamcoördinatoren. Tenslotte wordt bij elk onderdeel van het primair proces nagegaan of in de afgelopen drie jaar de kwaliteit en efficiëntie zijn verbeterd en in hoeverre deze verbeteringen zijn toe te schrijven aan de invloed van externe ontwikkelingen en/of aan de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een algemene conclusie waarin wordt nagegaan in hoeverre de doelstellingen van de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging inmiddels zijn bereikt. Met ander woorden: in hoeverre is er na drie jaar ervaring met integratie, sprake van 'integratiewinst'.

4.1 Aanmelding en intake

Feitelijke situatie

In bijna alle bij het onderzoek betrokken thuiszorgorganisaties verloopt de aanmelding nu centraal. Daarnaast is een duidelijke ontwikkeling zichtbaar naar uitbreiding van de bereikbaarheid en meer samenwerking met andere instellingen op het terrein van verpleging en verzorging zoals bij de zorgloketten.

Bij bijna alle instellingen die werken met een geïntegreerde intake is de intake inmiddels losgekoppeld van de zorgverlening. In de traditioneel werkende instellingen is de intake van de gezinsverzorging wel en van de wijkverpleging meestal niet losgekoppeld.

Bij instellingen met een traditionele intake heeft de indicatiestelling meestal de status van een advies, bij instellingen met een geïntegreerde intake is de indicatiestelling daarentegen vaak taakstellend.

Een aantal organisaties heeft in het begin geëxperimenteerd met de zogenaamde 'allround-vorm' van de geïntegreerde intake waarbij alle intakers in principe alle soorten intakes verrichten. Deze vorm werd al snel losgelaten omdat het voor intakers afkomstig uit de gezinsverzorging, ook na bijscholing en ervaring, niet haalbaar bleek intakes te doen bij complexe verpleegkundige hulpvragen. In het algemeen doen deze intakers nu de intakes die betrekking hebben op huishoudelijke en soms ook op verzorgende hulp. Intakers met een verpleegkundige achtergrond verrichten de overige intakes. Wel is er bij een aantal instellingen een tendens zichtbaar dat vacatures worden opgevuld door functionarissen met een wijkverpleegkundige achtergrond waardoor het weer mogelijk wordt volgens het allround-principe te werken.

Overal hebben de thuiszorgorganisaties in de afgelopen drie jaar veel energie gestoken in het ontwikkelen van goede, al dan niet geïntegreerde, intake-instrumenten. Nog steeds lijkt het ideale intake-instrument niet gevonden; inmiddels heeft men al met diverse instrumenten ervaring opgedaan maar het proces van aanpassen en verfijnen lijkt nog geen einde te hebben gevonden. Dit wordt mede veroorzaakt doordat op dit gebied (te) weinig overleg, samenwerking en uitwisseling bestaat tussen de thuiszorgorganisaties.

De mening van hulpverleners

Over het algemeen is het *draagvlak* onder de hulpverleners voor de *geïntegreerde, losgekoppelde intake* niet echt groot te noemen. Wel zijn met name wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden wat minder negatief gestemd in regio's waar daadwerkelijk met een geïntegreerde intake wordt gewerkt maar echte 'voorstanders' zijn ze nog steeds niet. Ook is na drie jaar 'gewenning' het draagvlak niet echt groter geworden.

In 1993 gaven bijna alle hulpverleners aan dat de *kwaliteit van de intake* tijdens de experimenten met een geïntegreerde intake was verbeterd. Na de experimenten lijkt deze kwaliteit niet verder te zijn toegenomen. Hulpverleners van traditionele instellingen rapporteren daarentegen wel een verbetering van de kwaliteit van de intake ten opzichte van drie jaar geleden. Of deze verbetering even groot is dan die het gevolg is van de integratie van de intake, kan op grond van de beschikbare gegevens niet worden vastgesteld.

De tevredenheid over de geïntegreerde intake als basis voor het opstellen van een zorg-verpleegplan en als uitgangspunt voor een verantwoorde zorgverlening wijkt weinig af van de tevredenheid over de traditionele intake.

De mening van cliënten

Voor de cliënt lijkt het weinig uit te maken of de aanmelding centraal is of apart: in vergelijking tot drie jaar geleden zijn er nu meer centrale aanmeldpunten maar de cliënt is nog steeds even tevreden over de aanmeldprocedure. Ook blijken cliënten weinig verschillen te ondervinden tussen de kwaliteit van een geïntegreerde en van een niet-geïntegreerde intake. Op één onderdeel van de intake-procedure worden wel verschillen zichtbaar, echter niet tussen wel of geen geïntegreerde intakeprocedure, maar in vergelijking tot drie jaar geleden. De cliënten worden nu tijdens de intake meer betrokken bij afspraken die gemaakt worden over het soort, de hoeveelheid en het tijdstip van de zorgverlening.

Beïnvloedende factoren

Rond de veranderingen in de *aanmeldprocedure* zijn met name de invloed van de volgende externe factoren zichtbaar:

- de algemene aandacht voor het aanbieden van een zorgcontinuüm;
- vergroting van de klantvriendelijkheid;
- meer aandacht voor de efficiëntie onder druk van de marktwerking en de veranderingen in de verhouding tussen vraag en aanbod.

Bij de *intake-procedure* is daarnaast de invloed te bespeuren van:

- de waarde die verzekeraars hechten aan een objectieve indicatiestelling;
- het overgaan van een aanbod-gerichte naar een vraag-gerichte indicatiestelling;
- de cliënt steeds meer als consument gaan behandelen.

Efficiëntie en kwaliteit

De *aanmeldprocedure* lijkt in de afgelopen drie jaar te hebben gewonnen wat betreft efficiëntie en kwaliteit: een centrale aanmelding voor zowel wijkverpleging en gezinsverzorging is efficiënter en klantvriendelijker en ook uitbreiding van de bereikbaarheid lijkt ten goede te komen aan de cliënt. Deze ontwikkeling is zowel bij geïntegreerde als bij niet-geïntegreerde instellingen zichtbaar zodat hier eerder sprake is van winst die tot stand is gekomen door andere factoren dan de integratie. Het feit dat deze winst niet terugkomt in het oordeel van de cliënten zou met twee dingen te maken kunnen hebben. Ten eerste is een centrale aanmelding met name van belang voor cliënten bij wie de behoefte aan verpleging/verzorging en huishoudelijke hulp tegelijkertijd ontstaat. Deze groep blijkt echter slechts ongeveer 15% uit te maken van het totaal aantal cliënten dat zich bij de thuiszorg meldt, waardoor een eventueel positief effect slechts in een gering aantal gevallen merkbaar zal zijn. Een andere verklaring heeft te maken met het gegeven dat cliënten in het algemeen al heel tevreden waren waardoor een verdere toename ten gevolge van een verbeterde aanmeldprocedure nauwelijks meer te verwachten is.

De *intake* is nu vaker losgekoppeld van de zorgverlening en heeft vaker een taakstellend karakter dan drie jaar geleden. Dit verhoogt de objectiviteit en daarmee de kwaliteit van de intake. Deze ontwikkeling heeft met name onder invloed van externe factoren plaatsgevonden maar lijkt iets sterker te zijn bij geïntegreerde instellingen waardoor hier sprake kan zijn van een kleine integratie-winst. Hierbij dient wel de kanttekening gemaakt te worden dat de verhoging van de objectiviteit door de taakstellende indicatiestelling onder druk komt te staan door de veranderende verhouding tussen vraag en aanbod. De wachtlijsten nemen toe en de zogenaamde 'harde optie' krijgt de status van een principe-afspraken en wordt soms zelfs weer afgeschaft.

Volgens de hulpverleners is de kwaliteit van de geïntegreerde intake in de beginfase van de integratie toegenomen en daarna vrij stabiel gebleven. Deze integratie-winst lijkt in de daarop volgende jaren te zijn 'ingehaald' door instellingen die met een traditionele intake werken. Dit ondersteunt de eerder genoemde veronderstelling dat met name externe factoren van invloed zijn geweest.

Ook hier komt de 'kwaliteitswinst' niet terug in het oordeel van de cliënt: deze is niet meer tevreden over de (kwaliteit van de) geïntegreerde intake dan over die van de traditionele intake en is in de afgelopen drie jaar ook niet meer of minder tevreden geworden. Hier zijn waarschijnlijk dezelfde verklaringen als bij de aanmelding van toepassing. De enige verandering die ten opzichte van drie jaar geleden is opgetreden, is dat de cliënt zowel bij een geïntegreerde als bij een niet-geïntegreerde intake meer betrokken wordt bij afspraken die over de benodigde hulp gemaakt worden. Hier is duidelijk de invloed van de 'tijdgeest' zichtbaar waarin de cliënt steeds meer als consument wordt behandeld en meer inspraak, inzicht- en controlemogelijkheden wordt geboden.

4.2 Zorgaanbod

Feitelijke situatie

Door de helft van de twaalf bij het onderzoek betrokken instellingen wordt met geïntegreerde teams gewerkt. De samenstelling van deze teams is in de loop der tijd wel veranderd: bijna overal zijn huishulpen A en soms ook verzorgingshulpen B al vrij snel uit de geïntegreerde teams gehaald en vormen deze hulpverleners (al dan niet samen met verzorgenden C en D) aparte teams voor huishoudelijke en, in meerdere of mindere mate, verzorgende hulp. De reden hiervoor was dat de twee laagste functieniveaus door een langere zorgduur vaak langer 'bezet' waren waardoor de doorstroom van cliënten en de flexibiliteit van het team verminderde. Ook bleken de grote niveauverschillen tussen met name wijkverpleegkundigen en voormalig helpenden, de communicatie en samenwerking te bemoeilijken. Zowel de samenstelling van de teams als de wijze waarop cliënten aan de verschillende teams worden toegewezen, lijken in de afgelopen drie jaar middels uitproberen op zo'n manier te hebben vorm gekregen dat het in de praktijk haalbaar en werkbaar is, zo efficiënt mogelijk zonder de kwaliteit van de zorgverlening (zoals de continuïteit in hulpverleners) uit het oog te verliezen.

Bij instellingen met een geïntegreerd zorgaanbod zijn de teams over het algemeen groter dan bij traditionele instellingen. Ten opzichte van drie jaar geleden zijn de teams overigens overal groter geworden. Tevens is overal via natuurlijk verloop een verschuiving opgetreden in de verhouding tussen hulpverleners van een hoger en van een lager functieniveau doordat vacatures worden ingevuld door hulpverleners van een lager functieniveau.

In het begin van de integratie werden teambesprekingen vaak door alle hulpverleners bijgewoond. Dit bleek weinig efficiënt omdat niet alle onderdelen van de planning of de cliëntbespreking even relevant zijn voor alle hulpverleners. Al vrij snel is de frequentie van deze gezamenlijke overlegsituaties sterk teruggebracht en vindt een groot deel van het overleg weer in kleiner verband plaats: opgesplitst in functiegroepen of gegroepeerd rond een gezamenlijke cliënt. Zowel bij traditionele als bij geïntegreerde instellingen lijkt het aantal besprekingen waarin niet-clientgebonden onderwerpen aan de orde komen, zoals zorginhoudelijke thema's en organisatorische en beleidszaken, af te

nemen.

De mening van hulpverleners

Het *draagvlak* onder de hulpverleners voor het werken in geïntegreerde teams is redelijk en het grootst wanneer men ook daadwerkelijk deel uitmaakt van een geïntegreerd team. Wel zijn verzorgingshulpen B en thuishulpen A van geïntegreerde teams beduidend minder positief gestemd dan drie jaar geleden. Verzorgenden C en D zijn evenals in 1993 nog de grootste voorstanders te noemen van geïntegreerde teams.

Eén van de redenen om over te gaan op geïntegreerde teams, is om *substitutie* te vergemakkelijken. Als deze ook daadwerkelijk is opgetreden zou er een verschuiving in de werkzaamheden van de verschillende hulpverleners zichtbaar moeten zijn en zou minder vaak onder niveau gewerkt moeten worden.

Binnen de geïntegreerde teams blijkt inderdaad een verschuiving in overeenstemming met de doelstellingen van de integratie te zijn opgetreden. Wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden verrichten steeds meer medische en/of verpleegtechnische taken, verzorgenden C en D rapporteren een verschuiving naar meer verpleegtechnische werkzaamheden, voor verzorgingshulpen B en thuishulpen A is de verschuiving naar meer huishoudelijke en minder verzorgende werkzaamheden toegenomen ten opzichte van drie jaar geleden. Ook bij instellingen waar met traditionele teams wordt gewerkt zijn verschuivingen opgetreden, maar in veel mindere mate.

Ondanks alle verschuivingen in werkzaamheden geeft nog steeds iets meer dan de helft van de hulpverleners aan soms tot vaak *taken onder hun niveau* te verrichten. Vooral bij wijkverpleegkundigen, zowel van geïntegreerde als van traditionele teams, liggen deze percentages hoog: tussen de 80 en 90%. Wel geven wijkverpleegkundigen die deel uitmaken van geïntegreerde teams nu aan dat ze minder vaak taken onder hun niveau verrichten dan drie jaar geleden. Ditzelfde geldt voor verzorgenden C en D. Daar tegenover staat dat wijkzickenverzorgenden en verzorgingshulpen B/thuishulpen A in geïntegreerde teams nu vaker dan drie jaar geleden aangeven taken onder hun niveau te verrichten.

Vergeleken met drie jaar geleden is de behoefte van hulpverleners aan *overleg* overal toegenomen. Het terugdringen van de overhead-kosten door overlegsituaties te beperken komt dus duidelijk niet overeen met de behoefte van de hulpverleners aan overleg. Verzorgenden C en D die deel uitmaken van traditionele teams zijn minder tevreden over de frequentie en samenstelling van overlegsituaties en hebben meer behoefte aan overleg met wijkverpleegkundigen dan hun collega's in geïntegreerde teams. Wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden hebben in geïntegreerde teams meer behoefte aan overleg met elkaar en met collega's dan in traditionele teams en zijn ook minder tevreden over de overlegsituaties zelf.

Verzorgenden C en D ontvangen meer *feedback* wanneer ze deel uitmaken van geïntegreerde teams dan in traditionele teams. Voor wijkzickenverzorgenden geldt daarentegen het omgekeerde.

De mate waarin hulpverleners zelfstandig werken, verschilt niet tussen geïntegreerde en traditionele teams. Wel geven zowel wijkverpleegkundigen als wijkzickenverzorgenden in geïntegreerde teams aan dat hun *autonomie* is afgenomen in de afgelopen drie jaar. Verzorgingshulpen B en thuishulpen A ontvangen bij alle instellingen de minste feedback en hebben de grootste autonomie. Deze hulpverleners horen vaak wel in

naam bij een team maar werken in de praktijk toch vaak 'alleen'. Ze hebben vaak minder cliënten doordat hun cliënten meestal meer uren zorg nodig hebben waardoor ze hun teamleden minder zien bij cliëntbesprekingen en ook minder vaak tussendoor tegenkomen in de wandelgangen van de thuiszorgorganisatie.

De *tijdsdruk* die hulpverleners van geïntegreerde teams ervaren, verschilt niet van de tijdsdruk waaronder hulpverleners van traditionele instellingen werken. Bijna alle hulpverleners zijn van mening dat de tijdsdruk de afgelopen drie jaar is toegenomen. Hier is duidelijk de invloed van de 'tijdgeest' zichtbaar waarin grote nadruk wordt gelegd op (het verhogen van) produktiviteit.

Met name wijkverpleegkundigen in instellingen waar alleen met een geïntegreerde intake wordt gewerkt, vinden dat hun werkzaamheden in de afgelopen drie jaar minder *complex*, minder *interessant* en minder *afwisselend* zijn geworden. Dit kan verklaard worden uit het feit dat deze hulpverleners geen intakes meer doen en nog niet profiteren van de verschuiving naar meer coördinerende en begeleidende werkzaamheden die heeft plaatsgevonden voor wijkverpleegkundigen van instellingen waar ook met geïntegreerde teams wordt gewerkt.

Hulpverleners van traditionele instellingen zijn meer tevreden over de *kwaliteit van de zorgverlening* dan hulpverleners van geïntegreerde instellingen. Over het algemeen zijn alle hulpverleners ten opzichte van drie jaar geleden minder tevreden over de kwaliteit van de zorgverlening geworden. Deze afname is echter groter bij geheel en gedeeltelijk geïntegreerde instellingen.

De hulpverleners van geïntegreerde teams zijn het minst tevreden over de *teamleiding*, echter nog steeds niet ontevreden. Dit verschil tussen instellingen komt bij wijkverpleegkundigen het sterkst naar voren. Deze hulpverleners zijn, evenals verzorgenden C en D in geïntegreerde teams, ook ten opzichte van drie jaar geleden minder tevreden geworden. De daling van de tevredenheid van de wijkverpleegkundigen heeft wellicht te maken met het feit dat veel geïntegreerde teams worden geleid door een voormalig leidinggevende van de gezinsverzorging. Uit de interviews bleek dat niet alle wijkverpleegkundigen hier even tevreden over zijn omdat ze van mening zijn dat deze teamleiders onvoldoende inhoudelijke kennis hebben van de verpleegkundige zorgverlening.

In 1993 werden verschillen gevonden wat betreft de tevredenheid over *contacten met collega's* tussen instellingen (de tevredenheid was groter in de experimentele gebieden) en tussen functies (hulpverleners van de gezinsverzorging waren minder tevreden dan hulpverleners van de wijkverpleging). Drie jaar later zijn deze verschillen opgeheven waaruit valt te concluderen dat op de lange termijn het werken in geïntegreerde teams blijkbare niet leidt tot een grotere tevredenheid over contacten met collega's dan het werken in traditionele teams.

De mening van cliënten

De cliënten hebben een oordeel gegeven over de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening. In tegenstelling tot drie jaar geleden werden nu wel enkele verschillen tussen geïntegreerde en traditionele teams gevonden en ook enkele veranderingen in mening ten opzichte van drie jaar geleden. Deze resulteren echter niet in de conclusie dat het werken met geïntegreerde teams voor de cliënten merkbaar is in een betere kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening.

Beïnvloedende factoren

Allereerst zijn er een aantal factoren die invloed hebben uitgeoefend op de keuze om het zorgaanbod te integreren of op de manier waarop/snelheid waarmee dit is gebeurd. Een positieve invloed is afkomstig van:

- meer aandacht voor de efficiëntie onder druk van de marktwerking en de veranderingen in de verhouding tussen vraag en aanbod (door integratie van het zorgaanbod wordt meer substitutie verwacht);
- aandacht voor zorg op maat, het aanbieden van een totaalpakket aan zorg, aandacht voor de continuïteit van de zorgverlening;
- toename van het aantal complexe hulpvragen.

Belemmerend hebben gewerkt:

- verschil in eigen bijdrage-regeling van kruiswerk en gezinsverzorging (belemmert substitutie);
- grote hoeveelheid veranderingen in de afgelopen jaren op het gebied van wet- en regelgeving en (voorgenomen) beleid met betrekking tot de thuiszorg;
- cultuurverschillen tussen wijkverpleging en gezinsverzorging (tijd, gewenning en een actief cultuur-beleid verminderen het negatieve effect van cultuurverschillen).

Daarnaast zijn er factoren die rechtstreeks invloed hebben uitgeoefend op de vormgeving van het zorgaanbod en zowel bij instellingen met een geïntegreerd als bij instellingen met een niet-geïntegreerde zorgaanbod tot identieke veranderingen hebben geleid. De belangrijkste hebben alle te maken met de marktwerking en de veranderde verhouding tussen vraag en aanbod. Hierdoor is de prijsbewustheid bijvoorbeeld toegenomen, is er meer aandacht voor produktiviteit, probeert men de overhead-kosten terug te dringen, wordt kritischer gekeken naar het benodigde deskundigheidsniveau van de hulpverlener en wordt steeds vaker gebruik gemaakt van flexibele arbeidscontracten.

Efficiëntie en kwaliteit

Onder invloed van externe factoren lijkt de efficiëntie van het zorgaanbod overal toegenomen. Overheadkosten worden verminderd door het aantal overlegsituaties te verminderen. Tevens wordt de efficiëntie verhoogd door meer controle op en een verhoging van de produktiviteit en door een verschuiving in de verhouding tussen hulpverleners van een hoger en van een lager functieniveau.

Het integreren van het zorgaanbod lijkt tot extra efficiëntie-winst te leiden. Binnen geïntegreerde teams vindt meer substitutie plaats dan binnen traditionele teams, mede doordat de onderlinge communicatie, samenwerking en overdracht van cliënten is verbeterd. Volgens de teamleiders zou nog meer substitutie mogelijk zijn maar er is tijd nodig voor het aanpassen van het personeelsbestand aan de daadwerkelijke zorgvraag. Tijd speelt ook een belangrijke rol in het opheffen van de belemmerende invloed van cultuurverschillen tussen wijkverpleging en gezinsverzorging.

Eerder werd beschreven dat alle hulpverleners van mening zijn dat in het algemeen de kwaliteit van de zorgverlening in de afgelopen drie jaar is afgenomen. Dit komt overeen met het beeld dat uit de jaarverslagen en de interviews naar voren komt: door de verhoogde aandacht voor het verbeteren van de efficiëntie komt het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening enigszins in het geding.

Bij geheel of gedeeltelijk geïntegreerde instellingen is de afname van de tevredenheid van de hulpverleners over de kwaliteit van de zorgverlening bovendien groter dan bij traditionele instellingen. Dit is een opmerkelijk resultaat aangezien één van de doelstel-

lingen van de integratie is de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. Mogelijk kan deze 'extra' afname van de kwaliteit van de zorgverlening op rekening worden geschreven van de (vaak meerdere) reorganisaties die gepaard gaan met de integratie van het primaire proces. Deze vragen veel extra energie van de hulpverleners omdat ze zich (steeds weer) moeten aanpassen aan de veranderde situatie. Een aantal teamleiders gaven ook al aan dat 'de rek' er bij de hulpverleners uit is en dat meer tijd en aandacht besteed moet worden aan de begeleiding en motivering van de hulpverleners. Ook dit lijkt een situatie die 'zorg' nodig heeft.

Een geïntegreerd zorgaanbod blijkt ook de kwaliteit van de zorgverlening en de (tevredenheid over de) arbeidssituatie van de *individuele hulpverleners* te beïnvloeden. Hier zijn de resultaten echter minder rechtlijnig: soms is sprake van winst, soms van verlies. Voor *verzorgenden C en D* heeft het werken in geïntegreerde teams voornamelijk voordelen. Ze verrichten meer verzorgende en minder huishoudelijke werkzaamheden; de eerste worden zowel aantrekkelijker gevonden als ook in het algemeen hoger gewaardeerd. Inhoudelijk worden deze hulpverleners nu meestal begeleid door wijkverpleegkundigen hetgeen een positieve invloed kan hebben op de kwaliteit van hun zorgverlening. Tevens voorziet het meer in hun behoefte aan overleg met wijkverpleegkundigen. Ook het feit dat verzorgenden C en D meer feedback ontvangen wanneer ze deel uitmaken van een geïntegreerd team, kan een gevolg zijn van het feit dat ze begeleid worden door wijkverpleegkundigen in plaats van (zoals in traditionele teams het geval is) door een leidinggevende van de gezinsverzorging die meer 'op afstand' begeleidt. Het draagvlak voor een geïntegreerd zorgaanbod is dan ook het grootst bij verzorgenden C en D.

Voor *verzorgingshulpen B en thuishulpen A* is daarentegen het werken bij een instelling met traditionele teams prettiger. Bij instellingen met een geïntegreerd zorgaanbod maken zij vaak deel uit van de aparte huishoudelijke/verzorgende teams. Het accent ligt hier relatief gezien toch meer op huishoudelijke werkzaamheden: minder afwisseling en minder status dus voor deze hulpverleners. De onvrede hierover wordt zichtbaar in hun mening dat veel vaker taken onder niveau verricht worden dan drie jaar geleden. Ook is het draagvlak voor geïntegreerde teams onder deze hulpverleners afgenomen. Dit is een belangrijk aandachtspunt voor de toekomst omdat een afname van de arbeidssatisfactie negatieve gevolgen kan hebben voor de kwaliteit van de zorgverlening.

Ook *wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden* zijn op een aantal punten meer tevreden wanneer ze deel uitmaken van traditionele dan van geïntegreerde teams. De situatie binnen de geïntegreerde teams komt blijkbaar onvoldoende tegemoet aan hun behoefte aan overleg met collega's en met elkaar. In het verleden waren deze hulpverleners gewend aan een nauwe samenwerking met elkaar. Binnen de geïntegreerde teams is hun aantal relatief gezien niet erg groot. Bovendien staan wijkverpleegkundigen door de verschuiving die in hun taken is opgetreden vaak een beetje 'buiten' het team. Hierdoor zijn de mogelijkheden voor intercollegiale toetsing en feedback afgenomen hetgeen op de lange termijn de kwaliteit van de zorgverlening negatief kan beïnvloeden. Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden geven ook aan dat binnen de geïntegreerde teams hun autonomie in de afgelopen drie jaar is afgenomen. Ook hier is de verklaring waarschijnlijk in het verleden te vinden. Hulpverleners van de wijkverpleging zijn gewend aan een grote mate van vrijheid in hun werk. De geïntegreerde teams worden daarentegen, vaak door een leidinggevende van de gezinsverzorging, vrij strak aangestuurd. De hulpverleners van de gezinsverzorging zijn dit gewend maar voor de hulpverleners van de wijkverpleging betekent het vrijheid inleve-

ren.

Zoals eerder vermeld zijn de cliënten niet meer of minder tevreden over de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening van geïntegreerde dan van traditionele teams. Mogelijk houden de door de hulpverleners gerapporteerde winst- en verliespunten van geïntegreerde teams elkaar in evenwicht waardoor het totaaloordeel dat cliënten geven niet verschilt tussen instellingen en ook niet is veranderd ten opzichte van drie jaar geleden.

In het algemeen komt rond de organisatie van het zorgaanbod het spanningsveld tussen efficiëntie en kwaliteit duidelijk naar voren: de nadruk op het eerste lijkt wat ten koste te gaan van de kwaliteit van de zorgverlening. Teamleiders zijn bijvoorbeeld van mening dat een toename van het aantal flexibele contracten ten koste gaat van de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening. Ook de grotere teams en de vermindering van het aantal overleg-situaties zouden (op den duur) negatieve gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit doordat er steeds minder ruimte is voor bijscholing, zorginhoudelijke ondersteuning en persoonlijke begeleiding van de hulpverleners. In overeenstemming met het voorgaande geven alle hulpverleners aan dat de tijdsdruk waaronder ze werken is toegenomen, dat ze meer behoefte aan overleg hebben en dat volgens hen de kwaliteit van de zorgverlening in de afgelopen drie jaar is afgenomen. Cliënten lijken van deze ontwikkelingen (nog?) niets te merken.

4.3 Zorgcoördinatie

Feitelijke situatie

In 1993 was de coördinatie van zorg nog erg in ontwikkeling. Sindsdien heeft het begrip steeds meer invulling gekregen en neemt de zorgcoördinatie een eigen plaats in binnen het hulpverleningsproces. Voorheen werd bijvoorbeeld voornamelijk bij cliënten met een gecombineerde hulpvraag een zorgcoördinator aangesteld, nu wordt meestal aan elke cliënt een hulpverlener toegewezen die de zorg rond deze cliënt coördineert. Deze ontwikkeling is zowel bij geïntegreerde als bij niet-geïntegreerde instellingen zichtbaar. Over het algemeen zijn de teamcoördinatoren tevreden over de manier waarop de zorgcoördinatie verloopt, op enkele losse eindjes na zoals een betere afstemming tussen zorg- en teamcoördinatie.

De mening van hulpverleners

Over het algemeen zijn de hulpverleners gematigd tevreden over de coördinatie van zorg. Hulpverleners van gedeeltelijk geïntegreerde instellingen zijn minder tevreden over de wijze waarop de zorgcoördinatie plaatsvindt dan de hulpverleners van de andere twee typen instellingen. Dit kan een afspiegeling zijn van het feit dat Rotterdam oververtegenwoordigd is in deze groep instellingen: uit de interviews bleek dat hier het begrip zorgcoördinatie nog steeds erg ter discussie staat en nog verder vormgegeven moet worden. Verder lijkt het bewustzijn op het gebied van de zorgcoördinatie zich uit te breiden van geïntegreerde naar traditionele instellingen en van de hoogste naar de laagste functieniveau's: in 1993 bleken gezinsverzorgenden en helpenden die deel uitmaakten van geïntegreerde teams veel vaker een mening te hebben over dit onderwerp dan hun collega's in traditionele teams. In 1996 blijken deze hulpverleners ook in gedeeltelijke geïntegreerde instellingen veel vaker een mening te hebben dan drie jaar geleden en in traditionele instellingen geldt dit voor wijkziekenverzorgenden en verzor-

genden C en D.

De drie hoogste functieniveau's ervaren vaker dat wijkverpleging en gezinsverzorging *langs elkaar heenwerken* dan verzorgingshulpen B en thuishulpen A. Dit is op zich geen vreemd resultaat: het percentage gezamenlijke cliënten is bij de laatste groep hulpverleners veel lager dan bij de overige hulpverleners. In overeenstemming met de tevredenheid over de zorgcoördinatie, zijn de hulpverleners van mening dat bij gedeeltelijk geïntegreerde instellingen vaker langs elkaar heen wordt gewerkt dan bij de andere twee soorten instellingen. Ook dit verschil tussen instellingen kan te maken hebben met een oververtegenwoordiging van de thuiszorgorganisatie Rotterdam.

De hulpverleners van beide typen geïntegreerde instellingen rapporteren een grotere toename in de *kwaliteit van de samenwerking* in de afgelopen drie jaar dan hulpverleners van traditionele instellingen.

De mening van cliënten

Ten opzichte van drie jaar geleden zijn cliënten die van beide werksoorten zorg ontvangen, iets positiever geworden over de samenwerking binnen geïntegreerde teams. Dit resulteert echter niet in een positiever oordeel over de kwaliteit van de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging binnen geïntegreerde teams dan binnen traditionele teams. Wel zijn de verschillen die drie jaar geleden tussen geïntegreerde en traditionele teams bestonden wat betreft het gebruik van een zorgschrift bij gezamenlijke cliënten thuis en de mate waarin het voor deze cliënten duidelijk is aan wie gewenste veranderingen moeten worden doorgegeven, in 1996 opgeheven. Instellingen met traditionele teams hebben hier blijkbaar een soort 'inhaalslag' gemaakt.

Beïnvloedende factoren

De factor die met name invloed heeft uitgeoefend op de ontwikkeling van de zorgcoördinatie is de nadruk die algemeen steeds meer wordt gelegd op het zorgcontinuüm. Daarnaast is ook de invloed van het verhogen van de klantvriendelijkheid van de zorg zichtbaar: één persoon als aanspreekpunt voor de cliënt.

Efficiëntie en kwaliteit

Het positieve effect dat een goede coördinatie van de zorg zou kunnen uitoefenen op de kwaliteit en efficiëntie van de zorgverlening, kan voornamelijk toegeschreven worden aan de genoemde externe ontwikkelingen. Alleen de kwaliteit van de samenwerking lijkt extra te profiteren van de integratie. Door de nauwe samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging binnen de geïntegreerde teams blijken cultuurverschillen na verloop van tijd af te nemen en neemt het vertrouwen in elkaars deskundigheid toe, hetgeen de kwaliteit van de samenwerking ten goede komt.

Ook hier komt het oordeel van de hulpverleners echter niet terug in het oordeel van de cliënten.

4.4 Integratiewinst?

Concluderend kan worden gesteld dat de efficiëntie van het primaire proces in de afgelopen jaren is toegenomen. Voor het grootste deel lijkt dit onder invloed van externe ontwikkelingen te hebben plaatsgevonden, daarnaast is echter ook sprake van 'integratie-winst'. Dit stukje integratie-winst is voornamelijk zichtbaar bij het zorgaanbod

en in veel mindere mate bij de intake en de zorgcoördinatie.

Wat betreft de kwaliteit van het primaire proces is de conclusie minder eenduidig. De kwaliteit van aanmelding en intake en zorgcoördinatie lijken met name onder invloed van externe ontwikkelingen te zijn verbeterd. Bij het zorgaanbod wordt in het algemeen een lichte daling van de kwaliteit van de zorgverlening gerapporteerd die nog iets sterker naar voren komt bij instellingen waar met geïntegreerde teams wordt gewerkt. Hier lijkt dus sprake te zijn van enig 'integratie-verlies'. Ook de waarborging van de kwaliteit van de zorgverlening en de arbeidssatisfactie van sommige hulpverleners is binnen de geïntegreerde teams wat minder dan binnen de traditionele teams. Hiertegenover staat echter dat voor andere hulpverleners juist het tegenovergestelde geldt. De invloed van de integratie op de kwaliteit van de zorgverlening is niet erg groot te noemen: winst en verlies lijken elkaar hier in evenwicht te houden.

Door intakers, teamcoördinatoren en hulpverleners werden vrij veel veranderingen ten opzichte van drie jaar geleden gerapporteerd. Ook werden regelmatig verschillen in meningen gevonden tussen wel en niet-geïntegreerde instellingen. Opvallend is dat deze verschillen en veranderingen nauwelijks terugkomen in het oordeel van de cliënten. Naast de verklaringen die hiervoor in het voorgaande zijn aangedragen, is het ook mogelijk dat hier sprake is van een 'selectie-effect'. Bij het cliënt-onderzoek was de respons zowel in 1993 als in 1996 vrij laag (18%). Het is voor te stellen dat met name de cliënten die tevreden zijn over de thuiszorg aan het onderzoek hebben meegewerkt. Bijvoorbeeld doordat de hulpverleners alleen deze cliënten hebben benaderd. Hiertegenover staat dat de bij het onderzoek betrokken cliënten op een aantal belangrijke variabelen (verdeling van leeftijd en geslacht) vrij goed overeen komen met de totale populatie cliënten van de thuiszorg (Jaarboek Thuiszorg, 1994). Ook blijken de cliënten over de continuïteit van de zorgverlening wél een minder positief oordeel te geven. Dit alles wijst in de richting dat de verschillen in meningen tussen cliënten enerzijds en hulpverleners, intakers en teamcoördinatoren anderzijds wellicht veroorzaakt worden doordat men verschillende eisen stelt aan de kwaliteit van de zorgverlening. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat cliënten meer basale criteria hanteren waarin de bejegening (als volwaardig persoon en met respect behandeld worden) centraal staat (Tjadens, 1993). Gemeten naar de criteria die door cliënten worden gehanteerd is er blijkbaar geen verschil tussen de kwaliteit van de zorg die verleend wordt door geïntegreerde en niet-geïntegreerde instellingen.

Verder komt het spanningsveld tussen efficiëntie en kwaliteit op meerdere plaatsen naar voren. De efficiëntie van de zorgverlening kan niet voortdurend toenemen zonder dat dit op een bepaald moment ten koste gaat van de kwaliteit van de zorgverlening. Omgekeerd vraagt een verbetering van de kwaliteit vaak om een financiële investering. Wellicht is dit de reden dat de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging, waarin een verhoging van beide als doel werd gesteld, minder winst heeft opgeleverd dan in eerste instantie werd beoogd en verwacht.

5 AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk worden op basis van de onderzoeken die door het Nzi en het NIVEL zijn verricht naar het effect van fusie en integratie op de efficiëntie en kwaliteit van de thuiszorg een aantal aanbevelingen gedaan. Deze worden hieronder puntsgewijs weergegeven, afgesloten wordt met een tweetal algemene aanbevelingen die voor alle thuiszorgorganisaties van toepassing zijn.

Aanbevelingen

- De kwaliteit van het besluitvormingsproces om te komen tot een eventuele fusie is essentieel. Twee belangrijke winstpunten van fusie zijn het vergroten van de herkenbaarheid voor de cliënt en het verstevigen van de strategische positie. Op het gebied van kwaliteit en efficiëntie zijn echter ook met lichtere samenwerkingsvormen goede resultaten te bereiken. Daarom is het belangrijk zorgvuldig af te wegen voor welke samenwerkingsvorm wordt gekozen.
- Voor de kans van slagen van zowel fusies als samenwerkingsprojecten is het essentieel dat het topmanagement achter het gekozen samenwerkingsverband staat waardoor ook de motivatie van de rest van de organisatie beter verloopt.
- Fusies verlopen sneller indien de benoeming van de toekomstige directie en bestuur vrij snel helder is. Het is van belang dat het topmanagement een duidelijke, gedeeldevisie en een voldoende ingevuld toekomstbeeld heeft. Ook het tempo van en de wijze waarop het plaatsingsbeleid voor het personeel plaatsvindt, is een belangrijke factor. Zorgvuldigheid en objectiviteit bevorderen het proces.
- De administraties vormen tijdens het fusieproces de ruggengraat van de organisatie. Alvorens te fuseren en op werkvloerniveau te integreren, dienen de administraties (zoals indicatie- en registratiesystemen) goed op elkaar afgestemd te zijn. Een geïntegreerde administratie geniet de voorkeur: het is wenselijk dat dit vanuit het COTG tot de mogelijkheden gaat behoren.
- Indien voor fusie wordt gekozen dient de mate van integratie van het primaire proces kritisch te worden afgewogen met betrekking tot de gevolgen voor efficiëntie en kwaliteit van de zorgverlening.
- Het is aan te bevelen tijdens het fusie/integratieproces expliciet aandacht te besteden aan de cultuurverschillen tussen medewerkers uit het kruiswerk en de gezinsverzorging.
- De verschillen tussen de eigen bijdrage-regelingen van kruiswerk en gezinsverzorging belemmeren de substitutie binnen de geïntegreerde teams. Het is wenselijk dat deze verschillen zo spoedig mogelijk geharmoniseerd worden.
- Aanbevolen wordt om binnen de geïntegreerde teams voldoende aandacht te schenken aan het waarborgen van de kwaliteit van de zorgverlening van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Bijvoorbeeld door meer mogelijkheden voor intercollegiale toetsing en feedback te scheppen. Ook dient aandacht besteed te worden aan

de verarming van de werkzaamheden van verzorgingshulpen B en thuishulpen A, indien voor aparte huishoudelijke teams wordt gekozen.

- Voor alle thuiszorgorganisaties geldt dat het spanningsveld tussen efficiëntie en kwaliteit zorgvuldig bewaakt dient te worden. De verhoogde nadruk op produktiviteit kan negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorgverlening. Ook de arbeidssatisfactie van de hulpverleners is een punt dat om aandacht vraagt.
- Tenslotte wordt de thuiszorgorganisaties aanbevolen onderling meer informatie uit te wisselen over (problemen en oplossingen bij) het zo efficiënt mogelijk inrichten van het primaire proces en de kwaliteitsbewaking van de zorgverlening.

LITERATUUR

- BAARS, J.A., SPAAN, J.M. Jaarboek thuiszorg 1994. Bunnik, Utrecht: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Nzi, 1994
- BOUMANS, N. Het werk van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen: een onderzoek naar werkaspecten en hun invloed op verpleegkundigen. Maastricht: Datawise, 1992
- COMMISSIE MODERNISERING CURATIEVE ZORG. Gedeelde zorg: betere zorg. Zoetermeer: Commissie modernisering curatieve zorg, 1994
- COMMISSIE MODERNISERING OUDERENZORG. Ouderenzorg met toekomst. Rijswijk: Commissie modernisering Ouderenzorg, 1994
- HOMANS, C.F., GLASER, J.P. Evaluatie integratie kruiswerk en gezinsverzorging. Enschede: Hoeksma, Homans en Menting, 1993
- JANSEN, P.G.M., KERKSTRA, A. Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg: de functies van wijkverpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende nader omschreven. Utrecht: Nivel, 1993
- JANSEN, F.M.B.H., PALEN, J.J.N. VAN DER, LEISTRA, M.S.H.M. Een hulpmiddel bij informatisering binnen de thuiszorg. Gezondheidszorg en Management; 1993, no. 12, p. 33-36
- LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG. Jaarverslag 1992. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, juni 1993
- LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG. Jaarverslag 1993. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, juni 1994
- LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG. Jaarverslag 1994. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, september 1995
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Gezond en wel: kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998. Beleidsnota van de minister en staatssecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. 21 maart 1995
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Stand van zaken beleidsvoornemens thuiszorg. Brief van de minister en staatssecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Bijlagen Handelingen Tweede Kamer, vergadering jaar 1995-1996; 23 235; nr 11; 15 april 1996
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Thuiszorg 1997. Brief van de minister en staatssecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. 28 mei 1996
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Heroverwegingsonderzoek 'Van samenwerken naar Samengaan': gezinsverzorging en kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg. Rapport van de heroverwegingswerkgroep doelmatigheidsonderzoek organisatiestructuur gezinsverzorging en kruiswerk. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, februari 1990a
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Definitief kabinetsstandpunt met betrekking tot het Heroverwegingsrapport 'Van samenwerken naar Samengaan': gezinsverzorging en kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, februari 1990b
- NEUTEBOOM, H. Kostprijsmodel voor thuiszorg. Gezondheidszorg en management; 1993, no. 5. p. 30-33

- TJADENS, F. Langdurige klanten benoemen criteria voor kwaliteit van thuiszorg: een patiënt is geen lijdend voorwerp. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*; 21, 1993, no. 9. p. 12-14
- VERHEIJ, R.A., CARIS-VERHALLEN, W.M.C.M., KERKSTRA, A. Integratie kruiswerk en gezinsverzorging: ervaringen van hulpverleners en cliënten. Utrecht: Nivel, 1993
- ZEMMELINK, H.W., EIJK, W.J., LAMMEREN, G.J. VAN, KÖNNEN, E.E. Het verloop en de effecten van de fusieprocessen tussen kruiswerk en gezinsverzorging. Utrecht: Nzi, 1996
- ZIEKENFONDSRAAD. Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorgvernieuwing, verpleging en verzorging 1995, waarin opgenomen verpleeghuisvervangende zorg, het persoonsgebonden budget en coördinatie vrijwillige thuiszorg. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 23 maart 1995

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten

Auteurs: C. van Campen, A. Kerkstra

Utrecht: NIVEL 1995, 70 pag., fl. 24,00

In deze literatuurstudie wordt onderzocht wat met het begrip 'kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten' bedoeld wordt, hoe het gerelateerd is aan het begrip 'kwaliteit van zorg', welke meetinstrumenten voorhanden zijn om de kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten te meten en welke meetinstrumenten hiervoor het meest geschikt lijken. In het eerste hoofdstuk wordt een begripsverheldering gegeven van het diffuse begrip 'kwaliteit van leven' in relatie tot het begrip 'kwaliteit van zorg'. In hoofdstuk twee wordt een overzicht gegeven van de bestaande instrumenten voor het meten van kwaliteit van leven. Deze instrumenten worden geïnventariseerd en beoordeeld aan de hand van inhoudelijke, psychometrische en praktische criteria. Op basis hiervan worden meetinstrumenten geselecteerd die het meest geschikt lijken voor de somatische verpleeghuispopulatie. In het derde hoofdstuk worden de geselecteerde meetinstrumenten aan een inhoudsanalyse onderworpen.

Begeleidingsmethodieken voor psychogeriatrische verpleeghuisbewoners: een overzicht

Auteurs: I.P.M. Kruijver, A.Kerkstra

Utrecht: NIVEL, 1996, 96 pag., fl. 18,50

In dit rapport wordt een overzicht gegeven van de beschikbare begeleidingsmethodieken bij de zorg voor psychogeriatrische verpleeghuisbewoners. Met dit overzicht kunnen de betrokken zorgverleners op makkelijke en toegankelijke wijze kennis nemen van de verschillende begeleidingsmethodieken en hun toepassingsmogelijkheden, en dit gebruiken voor verdere professionalisering van hun beroepsuitoefening.

In het eerste en theoretisch deel van het rapport worden de acht meest bekende begeleidingsmethodieken uit de literatuur allereerst afzonderlijk en volgens een vast stramien beschreven; vervolgens worden de methodieken vergelijkenderwijs beschreven.

In het tweede en empirisch deel van het rapport wordt, met het oog op verdere kennis over het toepassen van de begeleidingsmethodieken, de in het veld aanwezige kennis omtrent het hanteren van de begeleidingsmethodieken in de psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen van Nederland in kaart gebracht.

