

## **Bibliografie**

### **Thuiszorgprojecten en -experimenten**

samenstelling: C. van Campen

februari 1990

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

De bibliografie Thuiszorgprojecten en -experimenten maakt deel uit van de serie NIVEL-bibliografieën van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het NIVEL

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)  
Drieharingstraat 6  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht  
Tel. 030-319946

Openingstijden bibliotheek: maandag t/m vrijdag 9.00 tot 17.00 uur.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Campen, C. van

Thuiszorgprojecten en -experimenten / samenst.: C. van Campen. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). - (Bibliografie / Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, Afdeling Bibliotheek en Documentatie : nr. 27)

Met index, lit. opg.

ISBN 90-6905-114-1

SISO 613.8 UDC [649.8+364.444](01)

Trefw.: thuiszorg ; bibliografieën.

# Inhoud

Inleiding	v
Verantwoording	xi
Aanwijzigingen voor gebruik	xiii
1. Algemeen	1
2. Experiment Ziekenfondsraad	13
3. Substitutie	25
4. Terminale thuisverpleging	29
5. Samenwerking	35
6. Technologie	43
Zakenregister	47
Namenregister	49
Bibliotheken	51
NIVEL bibliografieën	53



# Inleiding

Thuiszorg is een diffuus begrip, dat sinds enkele jaren opgang maakt in de gezondheidszorg. Om enige orde aan te brengen in de spraakverwarring rond het begrip thuiszorg hebben enkele auteurs de voorgeschiedenis en bestaande definities van het begrip geanalyseerd.

In het Nederlandse overheidsbeleid laat Goudriaan de geschiedenis van het begrip thuiszorg beginnen bij het in 1970 verschenen 'Advies inzake de gewenste ontwikkeling van de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg in Nederland', dat een eerste poging is het echelonneringsbegrip praktisch in te vullen.<sup>1</sup> In de 'Structuurnota Gezondheidszorg' uit 1974 worden de afzonderlijke voorzieningen geordend in echelons.<sup>2</sup> Het eerste echelon diende alle niet-gespecialiseerde voorzieningen te omvatten. Men streefde naar een versterking van de eerste lijn: het zou de toegangspoort worden naar de specialistische tweede lijn. Het streven naar echelonnering is lang dominant geweest en begon pas te verminderen in 1983 met het uitbrengen van de nota 'Volksgezondheid bij beperkte middelen'. De indeling in echelons werd vervangen door een zorgmodel, bestaande uit zelf- en mantelzorg, thuiszorg, gespecialiseerde zorg en residentiële zorg. Thuiszorg zou de eerstelijnszorg moeten vervangen.

Men reageerde met deze verandering op een aantal problemen in de gezondheidszorg. De echelonstructuur bleek onvoldoende zorg te bieden aan oudere en chronische patiënten. Het systeem was meer op genezing van kortdurende ziekten gericht dan op de zorg voor langdurige aandoeningen. In de gezondheidszorg was voor chronisch zieken geen vaste plaats. Bij de patiënten thuis was er vaak evenmin plaats. Doordat meer mensen de voorkeur zijn gaan geven aan zelfstandig wonen en traditionele mantelzorg door familieleden en kennissen sterk verminderd is, konden patiënten vaak ook niet thuis verblijven. Het aantal oudere chronische patiënten is bovendien sterk gestegen. Meer mensen worden ouder, mede door de verbeterde gezond-

<sup>1</sup> Goudriaan, G. Thuiszorg tussen de lijnen. Den Haag: HRWB, 1987. Goudriaan, G. Thuiszorg op zijn plaats. Gezondheid en Politiek, dec, 1988, p.170-173.

<sup>2</sup> De gezondheidszorg werd onder meer verdeeld in eerstelijns en tweedelijns voorzieningen. Dit is een getrapt systeem, waarbij voorzieningen uit de tweede lijn, zoals ziekenhuizen en psychiatrische inrichtingen, slechts bereikbaar zijn door een verwijzing van een eerstelijns voorziening (bijv. de huisarts).

heidszorg, waardoor de kans op chronische kwalen ook groter wordt. Om aan deze problemen tegemoet te komen werd gekozen voor een andere strategie.

Goudriaan schrijft over deze koerswijziging: "Was tot 1983 het dominante uitgangspunt 'de eerste lijn als trechter naar de tweede lijn', daarna verschoof het beleid in de richting van 'eerste lijn als substituut van klinische voorzieningen'." Uitgangspunt van het zorgmodel was de zelfstandigheidsbevordering van de individuele patiënt. Dit sloot aan bij het 'zorg-op-maat concept', dat bij het aanbieden van zorg meer rekening houdt met de achtergronden en kenmerken van de patiënt.

In 1987 kwam de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker) met het voorstel om de verticale samenhang en samenwerking in het gezondheidszorgsysteem van (horizontale) echelons te verbeteren. Zij stelde een functiegerichte ordening voor. Functiegericht wil globaal zeggen dat men eerst naar de vraag of zorgbehoefte kijkt en vervolgens nagaat welke hulpverleners zorg (in samenwerking) kunnen bieden. Volgens Heydelberg is er (nog) geen consensus over de precieze definitie van het functiebegrip.<sup>3</sup>

## Definities thuiszorg

De spraakverwarring rond thuiszorg blijkt onder andere uit de vele definities die men gebruikt. Wennink & Kooiker noemen elf definities van thuiszorg.<sup>4</sup> Zij maken een onderscheid tussen definities die de nadruk leggen op de zorg in de thuissituatie en definities die geen onderscheid maken tussen thuis of van huis uit bereikbaar. Een voorbeeld van de eerste categorie: "Thuiszorg is het geheel van verpleging, verzorging en behandeling van de patiënt in de thuissituatie, dat verricht wordt met behulp van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en professionele zorg vanuit de eerste lijn, daarbij ondersteund door de tweede lijn en dat er op is gericht de patiënt in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie" (Advies Thuisverpleging, NRV, 1985). Een voorbeeld uit de tweede categorie: "Uitgaande van de zorg en de behoefte aan zorg van de patiënt en zijn naaste omgeving, een zodanig op die behoefte toegesneden bij de patiënt thuis (c.q. van huis uit te bereiken) gerealiseerde bundeling van functies, die de patiënt en

<sup>3</sup> Heydelberg, E. Thuiszorg in functies. Den Haag: HRWB, 1988.

<sup>4</sup> Wennink, H.J., Kooiker, S.E. Een scenario voor de eerstelijns: methodologische overwegingen, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, Gezondheid & Samenleving, 1990 (in druk).

gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening samen kiezen, dat de grootste kans aanwezig is, dat de hulp en effectief zal zijn, en efficiënt en satisfactie geeft aan de patiënt/cliënt." (Van Londen 1987). De definitie van Van Londen neemt ook het werk van huisartsen, specialisten, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten in hun praktijkruimten in de thuiszorg op. Een tweede verschil is dat Van Londen meer nadruk legt op de vraag naar thuiszorg. Na de bepaling van de behoefte aan thuiszorg kan later ingevuld worden wie de zorg verstrekt. Voor een uitgebreid literatuuroverzicht van onderzoek naar de vraagzijde verwijs ik naar het NIVEL-rapport 'De zorgbehoefte ontleed' uit 1989.<sup>5</sup> In deze bibliografie zullen voornamelijk de veranderingen in het aanbod van zorg beschreven worden.

## Projecten en experimenten

Het denken in functies (i.p.v. strikte disciplinegebonden taakafbakeningen) heeft samenwerkingsprojecten en -experimenten mogelijk gemaakt. Voorbeelden zijn nazorgprojecten, waarbij de opnameduur verkort wordt, de zorg voor ouderen, gehandicapten, psycho-geriatrische en psychiatrische patiënten. Daarnaast zijn er commerciële initiatieven in de thuiszorg en thuisverpleging. Al deze initiatieven hebben met elkaar gemeen dat zij hun basis hebben in de thuiszorg. Vanuit de thuissituatie van de patiënt worden functies als verzorging, verpleging, revalidatie en therapie betrokken uit de hogere echelons. De overheid zal in de toekomst projecten en experimenten blijven stimuleren ter verbetering van het thuiszorgaanbod.<sup>6</sup> Concreet zal het Ministerie van WVC een aantal initiatieven financieren binnen het 'Programma zorgvernieuwing thuiszorg'. Door middel van evaluatieonderzoek zal worden nagegaan in welke mate en onder welke voorwaarden een verbetering en verbreding van de thuiszorg mogelijk is.

<sup>5</sup> Moons, M., Kerkstra, A., Picauly, C. De zorgbehoefte ontleed. Utrecht: NIVEL, 1989.

<sup>6</sup> Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid voor de jaren 1990-1995.

## Hoofdstukindeling

De projecten en experimenten kunnen al naar gelang de functieomschrijving van thuiszorg verschillende doelen hebben: onder andere substitutie van intramurale zorg door thuiszorg, terminale thuisverpleging en samenwerking. De literatuur is zoveel mogelijk geordend naar doel of functie van thuiszorgexperimenten en projecten. Omdat de doelen en functies van projecten en experimenten echter niet scherp af te bakenen zijn en vaak overlap vertonen, is bij de hoofdstukindeling gelet op het hoofddoel van het project of experiment. Hoofdstukken zijn gewijd aan substitutie van intramurale zorg door thuiszorg, terminale thuisverpleging en samenwerking in de thuiszorg. Daarnaast is de omvangrijke literatuur over het (substitutie)experiment van de Ziekenfondsraad in drie regio's in een apart hoofdstuk ondergebracht. De indeling wordt geopend door een algemeen hoofdstuk met aandacht voor overheidsbeleid en afgesloten door een hoofdstuk over technologie in de thuiszorg. Hier volgt een korte inleiding op enkele hoofdstukken.

1. *Substitutie*. De nadruk op zelfstandigheid en het streven naar substitutie van tweede door eerstelijnszorg heeft geleid tot thuiszorg voor patiënten die (vroegtijdig) ontslagen zijn uit intramurale instellingen en voor patiënten met een opname-indicatie voor ziekenhuis of verpleeghuis. Volgens het rapport 'Van ziekenhuiszorg naar thuiszorg' van de Nationale Ziekenhuisraad uit 1986 komen drie categorieën patiënten in aanmerking voor thuiszorg: 1) patiënten waarvan de opnameduur kan worden verkort, 2) (oudere) patiënten die persoonlijke verzorging nodig hebben, en 3) chronische patiënten die thuis behandeld kunnen worden.

2. *Experiment van de Ziekenfondsraad*. Verreweg het grootste onderzoek naar substitutiemogelijkheden is het experiment van de ZFR. Het experiment van de ziekenfondsraad is een uitvloeisel van het 'Advies inzake thuisverpleging' van de Ziekenfondsraad.<sup>7</sup> De raad stelde een experiment voor om inzicht te krijgen in de mogelijke uitbreiding van thuisverpleging. In de regio's Groningen, Amsterdam en Omstreken en West-Brabant/Zeeuwsch Vlaanderen werden proeven genomen met het thuis verplegen van patiënten met een opname-indicatie voor een ziekenhuis of verpleeghuis. Na de proeffase is men nu begonnen met de hoofdfase van het experiment.

3. *Terminale thuisverpleging* van mensen, die binnen afzienbare tijd komen te overlijden, wordt verleend wanneer de mantelzorg niet

<sup>7</sup> Ziekenfondsraad. Advies inzake thuisverpleging. Amstelveen: ZFR, 1984.



voldoende meer is en de patiënten in aanmerking komen voor opname in een intramurale instelling. In verreweg de meeste gevallen gaat het om kankerpatiënten. Daarnaast is er een toenemend aantal mensen dat er voor kiest thuis te sterven. Thuiszorg aan AIDS-patiënten is betrekkelijk nieuw. In Amsterdam is men een innovatieproject begonnen. Het plan hiervoor wordt beschreven in het boek 'AIDS-zorg buiten het ziekenhuis'.<sup>8</sup> Naast de eerstelijnszorg zijn er nog vele vrijwilligersorganisaties werkzaam in de terminale thuiszorg. De vrijwilligersorganisaties die zich bezig houden met terminale zorg hebben zich verenigd in de Stichting Landelijke Samenwerking Terminale Zorg. Een van de organisaties, de Nederlandse Hospice Beweging (NHB), heeft het initiatief genomen tot de 'Bijna-Thuis-Huizen', waar terminale patiënten worden verzorgd als de zorg thuis niet meer mogelijk is.

4. *Samenwerking*. De functionele benadering gaat uit van de vraag naar zorg. Het aanbod van zorg wordt door de betrokken aanbieders vastgesteld. Daardoor is intensieve samenwerking vereist tussen de eerstelijnsdisciplines, intramurale instellingen en vrijwilligerswerk. Het aanbod van de eerste lijn wordt geleverd door huisarts, gezinsverzorging, wijkverpleging, maatschappelijk werk. De huisarts zorgt voor behandeling, preventie en voor contact met de specialistische hulp en de intramurale zorg. De gezinszorg/bejaardenzorg neemt de taken over die de patiënt of zijn omgeving niet kan verrichten. Dit zijn meestal huishoudelijke taken. Het takenpakket van de wijkverpleging bestaat uit: verpleging, verzorging, preventie, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, het geven van advies en het ondersteunen en stimuleren van zelfzorg. Praktisch loopt het werk uiteen van lichamelijke verzorging tot het helpen bij een therapie. Het algemeen maatschappelijk werk biedt psychosociale en materiële hulp. Informele hulp kan geboden worden door familie, burens en bekenden (mantelzorg, omgevingshulp) of door vrijwilligersorganisaties (georganiseerde mantelzorg) zoals het 'Rode Kruis' en 'Tafeltje Dekje'. Deze organisaties willen het gat vullen tussen burens/familiehulp en professionele hulp.<sup>9</sup>

Tot slot kort enkele recente ontwikkelingen ten aanzien van de *financiering* van thuiszorg. De algemene thuiszorg wordt gefinancierd uit dezelfde middelen als de reguliere zorg van de eerste lijn. De inten-

<sup>8</sup> Moggré, I. AIDS-zorg buiten het ziekenhuis: raamplan. Amsterdam: Innovatieproject, 1987.

<sup>9</sup> Duijn, J. Thuiszorg: een inventarisatie. Rijswijk: Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, 1989.

sieve/aanvullende thuiszorg<sup>10</sup> heeft nog geen vaste financiers. Sommige particuliere verzekeraars hebben de intensieve thuiszorg opgenomen in hun pakket, andere weer niet. Enkele ziekenfondsen vergoeden thuiszorg uit aanvullingsfondsen. Ondanks initiatieven van de Nationale kruisvereniging in 1987 en 1988 om in heel Nederland financiële dekking te realiseren, kennen de particuliere verzekeraars en ziekenfondsen geen eensgezind beleid bij de financiering van aanvullende thuiszorg.<sup>11</sup> Het kruiswerk heeft er toen voor gekozen om de aanvullende thuiszorg onder te brengen in stichtingen, de zogenaamde STAT's, om de financiën van aanvullende thuiszorg rond te krijgen.

<sup>10</sup> Intensieve/aanvullende thuiszorg houdt alle gespecialiseerde zorg in die naast de reguliere eerstelijnszorg geboden wordt.

<sup>11</sup> Duijn, J., a.w.

## Verantwoording

Deze bibliografie beschrijft de literatuur over thuiszorgprojecten en -experimenten van de laatste vijf jaar. Gezocht is in de bibliotheken van het NIVEL, het NZI, het Ministerie van WVC en de Rijksuniversiteit Utrecht. Bijna alle opgenomen titels zijn aanwezig in de NIVEL-bibliotheek. Voor enkele titels dient men zich te wenden tot de bibliotheken van het NZI en het Ministerie van WVC. Van de omvangrijke literatuur over thuiszorg (alleen in NIVEL-bibliotheek al bijna 800 titels) is een selectie van 65 titels over projecten en experimenten geselecteerd. De volgende criteria zijn daarbij aangehouden. De literatuur gaat over Nederlandse projecten en is na 1984 gepubliceerd. De nadruk ligt op het aanbod van de vier eerstelijns disciplines in projectvorm. Literatuur over thuiszorgprojecten in de geestelijk gezondheidszorg en onderzoek naar de behoefte aan thuiszorg is daarom buiten beschouwing gelaten.<sup>12</sup> Onderzoeksliteratuur is alleen opgenomen wanneer zij projecten of experimenten evalueert. De bibliografie geeft een overzicht van de literatuur en beoogt geen inventarisatie te geven van thuiszorgexperimenten in Nederland. Er wordt momenteel een registratie zorgvernieuwingsprojecten opgezet door het NIVEL i.s.m. NcGv en het NZI. Verder verwijs ik de lezer naar de titels van verwante bibliografieën in de NIVEL reeks achter in deze bibliografie.

In een aantal gevallen zijn bestaande referaten overgenomen. De afkortingen geven aan of het referaat afkomstig is van de auteur(s) (aut.ref.) of van de documentatieafdelingen van het ministerie van WVC (ref. wvc) en de Nationale Ziekenhuisraad (ref. nzz).

<sup>12</sup> Voor informatie over thuiszorgprojecten in de GGZ verwijs ik U naar het Nederlands Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid te Utrecht; en voor een overzicht van onderzoek naar de zorgbehoefte naar het rapport van Moons, Kerkstra & Picauly, De zorgbehoefte ontleed, NIVEL, 1989.



## Aanwijzingen voor gebruik

Binnen de hoofdstukken zijn de titels chronologisch op jaar gerangschikt. Elke titel bevat een aanwijzing in welke bibliotheek de publicatie aanwezig is. De adressen van de bibliotheken staan achterin deze bibliografie vermeld. Behalve op hoofdstuktitel en chronologie kan men via de achterin opgenomen registers titels zoeken op auteursnaam en onderwerp. De registernummers verwijzen i.t.t. voorgaande NIVEL-bibliografieën naar de paginanummers.



# 1. Algemeen

DUIJN, J.

Thuiszorg: een inventarisatie

Rijswijk: Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, 1989, 75 p.  
niveau (R 4251)

Deze inventarisatie is verdeeld in twee stukken. In de hoofdstukken 1 t/m 8 wordt een beschrijving gegeven van aspecten van de thuiszorg. Daarna volgt in hoofdstuk 9 een uitgebreid overzicht van initiatieven en experimenten in de thuiszorg. In hoofdstuk 1 worden een definitie van thuiszorg gegeven. Tevens worden een paar theoretische standpunten besproken die belangrijk zijn bij het beschouwen van thuiszorg en het vergelijken met andere mogelijke vormen van zorg. In hoofdstuk 2 komen de volgende hulpvragers aan bod die op dit moment voor thuiszorg in aanmerking (zouden kunnen) komen: terminale patiënten-/oncologische patiënten, patiënten die zijn ontslagen uit intramurale instellingen en AIDS-patiënten. In hoofdstuk 3 worden de diverse hulpverlenende instanties (eerste lijn, spontane mantelzorg, vrijwilligersorganisaties, tweede lijn) beschreven en wordt ingegaan op de rol die zij (willen) spelen in de verlening van thuiszorg. In hoofdstuk 4 wordt aandacht besteed aan de verschillen tussen commerciële en niet-commerciële thuiszorg. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de kosten van thuiszorg en op de vraag wie voor de financiering zorg draagt. In hoofdstuk 6 komen financiële, organisatorische en praktische knelpunten aan de orde. In hoofdstuk zeven wordt aandacht besteed aan de kritiek op de medicalisering van de levensruimte. Hoofdstuk 8 bevat een beschrijving van de bevindingen uit de experimenten van de Ziekenfondsraad in Amsterdam, Groningen en West-Brabant/Zeeuwsch-Vlaanderen.

In het tweede deel worden onder meer de volgende kenmerken van projecten en experimenten omschreven: plaats, doelgroep, looptijd, financiering, soort zorg, indicatiestelling, hulpverlening en coördinatie.

## NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID

Advies Thuisverpleging

Zoetermeer: NVR, 1985, 51 p.

nivel (R 2578)

De raad werd gevraagd een advies uit te brengen over de regeling en kostenvergoeding van thuisverpleging, en de mogelijkheden van substitutie van intramurale door extramurale zorg. De Raad besteedt eerst aandacht aan definiëring van de gehanteerde begrippen. De doelgroep van patiënten wordt omschreven als dié patiënten met een indicatie voor intramurale verzorging, die bewust afzien van opname en kiezen voor verblijf thuis. Aangezien de zorg voor deze patiënten multidisciplinair is, stelt de raad voor om van thuiszorg te spreken. Onder thuiszorg wordt verstaan: het geheel van verzorging, verpleging en behandeling van de patiënten in de thuissituatie, dat verricht wordt met behulp van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en aanvullende professionele zorg vanuit de eerste lijn, die daarbij ondersteund wordt door de tweede lijn en dat erop gericht is de patiënt in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie.

De Raad acht behalve voorlichting ook materiële en facilitaire stimulering van de mantelzorg en zelfzorg belangrijk. De Raad vraagt om advies van de SER voor de aanvullende financiering. Of de kosten van thuiszorg lager zullen zijn betwijfelt de Raad. Op korte termijn verwacht men een kostenstijging, op langere termijn zullen de besparingen groter zijn dan in geval van intramurale zorg.

De Raad beveelt aan in een aantal verzorgingsgebieden van ziekenfondsen experimenten toe te staan, die inzicht kunnen geven in aard en omvang van de thuiszorg, de kosten en besparingen.

## MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR

Zorg voor later, zorg voor nu.

Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en

Cultuur, 1987. 27 p.

nivel (R 3172)

Deze brochure vat de studies en plannen van het ministerie met betrekking tot 'zorg' samen. In korte hoofdstukken komen de volgende onderwerpen aan de orde: de vergrijzing van Nederland, de groeiende zorgvraag, zorgvoorzieningen, de ontwikkeling 1981-1985, de demografisch bepaalde ontwikkeling 1985-2000, de verschuivingen in het zorgaanbod, substitutie, samen-



werking, en de betaalbaarheid van zorg. In tabellen worden demografische ontwikkelingen in zorgaanbod en collectieve uitgaven gepresenteerd.

LONDEN, J. VAN

Thuiszorg: huiswerk voor allen - voor het jaar 2000.

Utrecht: RUU, 1987. 29 p.

nivel (R 3290)

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van buitengewoon hoogleraar in de Medische faculteit op 29 september 1987. De auteur beschrijft in zijn inleiding veel gebruikte begrippen in de thuiszorg en deelt ze in naar plaats van zorg, soort van interventie, doelgroepen, zorgverstrekking, en wijze van bekostigen.

In het vervolg van de oratie benadert hij de thuiszorg vanuit drie perspectieven: 1) het cultureelmaatschappelijke, waarin aandacht voor de structuur en organisatie van de (thuis)gezondheidszorg; 2) het wetenschappelijke, waarin de medisch-sociale, medisch-gedragswetenschappelijk onderzoek wordt beschouwd; en 3) het preventieve, waarin aandacht voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

SCHRIJVERS, A.J.P.

Van alle markten thuis: thuiszorg beproefd.

Utrecht: RUU, 1987, 27 p.

nivel (R 3291)

Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van buitengewoon hoogleraar in de Medische Faculteit op 29 september 1987. De auteur werkt Van Londens definitie van thuiszorg (zie boven) uit ten behoeve van experimenten. Hij doet dit aan de hand van vijf kenmerken van thuiszorgexperimenten, te weten: plaats, soort interventie, doelgroep, formele versus informele zorgverstrekker en wijze van bekostiging. In het tweede deel wordt ingegaan op de behoefte aan zorg, de effectiviteit van de zorg. Verschillende onderzoeken worden beschouwd. In de bespreking van bestuurlijke en financiële aspecten van thuiszorgexperimenten wordt de Nederlandse situatie met buitenlandse situaties vergeleken. Tot slot worden enkele gedachten gewijd aan de beleidsconsequenties van experimenten.

CENTRALE RAAD VOOR DE GEZINSVERZORGING  
Ontwikkelingen binnen de ongesubsidieerde thuiszorg.  
Driebergen: Centrale Raad voor de Gezinsverzorging, 1987, 11 p.  
niveau (R 3487)

In deze notitie worden huidige ontwikkelingen in de ongesubsidieerde thuiszorg besproken. De initiatieven tot ongesubsidieerde thuiszorg nemen toe. De rol van de ziektekostenverzekeraars als mogelijke financiers van deze zorg wordt besproken. Verder wordt ingegaan op de flexibiliteit en snelheid, financiën en samenwerking van de aanvullende thuiszorg. Tot slot stelt de Centrale Raad dat alleen cliënten, waarbij het substitutie-effect direct te meten is, in aanmerking komen voor nevenfinanciering. In de bijlage wordt een overzicht gegeven van de initiatieven op het terrein van de ongesubsidieerde thuiszorg.

MOOR, J.

Aanvullende thuiszorg: op weg naar volwassenheid.  
Medisch Contact; 42, 1987, no. 51/52, p. 1617-1618.  
niveau

In Zuid-Holland is door de Stichting Aanvullende Thuiszorg (met behulp van de ziektekostenverzekeraars, een ziekenfonds en de provinciale kruisvereniging) uitgezocht wat de consequenties zijn indien aanvullende thuiszorg in het verzekerde pakket zou worden opgenomen. Een experiment werd opgesteld waarbij een oproepkrachtenpool van verpleegkundigen werd gevormd, die bereid waren tegen betaling op uurbasis hulp te verlenen aan patiënten thuis. Na een jaar wordt geconcludeerd dat het experiment effectief blijkt te werken en dat veel mensen die tot voor kort opgenomen moesten worden met deze hulp thuis kunnen blijven.

HESTERMAN, J.

Uitvoerders thuiszorg willen wel, managers bevreesd voor positie: koplopers achterblijvers in de eerste lijn.  
Welzijnsweekblad; 12, 1987, no. 49, p. 8-11.  
niveau

Op vele plaatsen in het land is men overgegaan tot samenwerking tussen gezinszorg, wijkverpleging, huisartsen en maatschappelijk werk: in Almere, in de experimenten in Groningen, Amsterdam en West-Brabant/Zeeuwsch-Vlaanderen, en in Den Haag en

Rotterdam gaat men overleg voeren. Er zijn verschillende studiedagen en symposia gewijd aan samenwerking in de thuiszorg. In dit artikel geeft de auteur een inventarisatie. Aandacht onder meer voor particuliere thuishulp, thuiszorgexperimenten, en maatschappelijk werk.

GOUDRIAAN, G.

Thuiszorg tussen de lijnen.

Den Haag: HRWB, 1988, 72 p.

nivel (R 3621)

Dit rapport bestaat uit vijf hoofdstukken. Hoofdstuk 1 geeft een uiteenzetting over de achtergronden van de echelonnering. Vanaf 1974 is dit het ordeningsprincipe bij uitstek geweest. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op belangrijke beleidsnota's: Structuurnota Gezondheidszorg (1974), de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg (1980), de Nota Volksgezondheidsbeleid bij Beperkte Middelen (1983) en de Nota Eerstelijnszorg (1983). Centrale richtgevende begrippen zijn: eerste echelon, eerste lijnsgezondheidszorg, eerstelijnszorg, en thuiszorg. Het echelonneringsprincipe blijkt in deze periode richtinggevend te zijn geweest voor de opbouw van een samenhangende structuur. De introductie van het begrip thuiszorg blijkt door zijn verruimende werking tevens een breuk in deze ontwikkeling in te houden. Terwijl het echelonneringsprincipe nog richtinggevend blijft voor de feitelijke ordening, wordt het concept thuiszorg richtinggevend voor het beleid, vooral voor het substitutiebeleid.

Thuiszorg is geen eenduidig begrip. De verschillende regeringsnota's hanteren ook verschillende vooronderstellingen en motieven om thuiszorg tot ontwikkeling te brengen: de zelfstandigheid van de hulpvrager, de substitutie van dure naar goedkopere voorzieningen, de eigen verantwoordelijkheid van de burger, het beheersen van de kosten bij toenemende vergrijzing. In hoofdstuk 3 worden deze vooronderstellingen en motieven geanalyseerd en gewogen.

Naast de vooronderstellingen en motieven speelt de realiteit van vraag en aanbod een rol. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de vraag welke overwegingen de oriëntatie op thuiszorg rechtvaardigen. Twee aspecten zijn daarbij van belang. Ten eerste de mensen om wie het gaat: de ontwikkelingen aan de vraagzijde. Ten tweede de positie die de eerste lijn inneemt, mede in relatie tot andere aanbieders op de markt van thuiszorg: de ontwikkelingen aan de aanbodzijde.

In de slotbeschouwing zijn de hoofdlijnen van het or-

deningsbeleid van de afgelopen 25 jaar bij elkaar gebracht om deze op hun waarde te kunnen schatten voor de nieuwe richting die in het zorgbeleid te verwachten zijn. (aut. ref.)

HEYDELBERG, E.

Thuiszorg in functies: een onderzoek naar motieven en praktische mogelijkheden.

Den Haag: HRWB, 1988, 55p.

nivel (R 4138)

Dit rapport bestaat uit vijf hoofdstukken. In hoofdstuk 1 wordt ingegaan op de achtergronden van de vraag naar een meer functiegerichte herordening van het gezondheidszorgsysteem. Daarbij wordt enerzijds uitgegaan van de voorstellen voor een functionele pakketomschrijving zoals die door de Commissie Dekker gedaan zijn. Anderzijds komt een aantal zorginhoudelijke motieven en ontwikkelingen ter sprake.

In hoofdstuk 2 wordt het functiebegrip in de Nederlandse gezondheidszorg besproken, en wordt de functionele pakketbeschrijving van de commissie-Dekker van een aantal kritische kanttekeningen voorzien. In hoofdstuk 3 worden de hoofdlijnen en varianten van een mogelijke functionele indeling van het gezondheidszorgsysteem voorgelegd en toegelicht.

In hoofdstuk 4 wordt een overzicht gegeven van functiegerichte samenwerkingsverbanden op het gebied van de thuiszorg tussen instellingen en disciplines uit verschillende echelons. Daarbij wordt een aantal ervaringen en beleidskaders besproken die zich wellicht lenen voor sturing en verder ontwikkeling van dergelijke functionele netwerken. De relatie tussen overheid en particulier initiatief komt daarbij expliciet aan de orde.

In de slotbeschouwing in hoofdstuk 5 worden de hoofdlijnen van de discussie over een functiegerichte ordening voor de thuiszorg kort samengevat en wordt een aantal voorlopige conclusies voor de voortgang van het debat geformuleerd.

Ministerie van WVC

Meer maatwerk in de ouderenzorg.

Rijswijk: WVC, 1988. 30 p.

nivel (R 3518)

Deze brochure geeft een beknopte beschrijving van zes demonstratieprojecten. Op zes verschillende plaatsen zal men gedurende drie jaar de zorg voor ouderen meer gaan richten op de

behoeften en wensen van de ouderen zelf. Dat zal moeten leiden tot betere onderlinge afstemming van de diensten van bejaardenoorden, verpleeghuizen, wijkverpleging en gezinsverzorging. De zorg zal in toenemende mate verschuiven van instellingen naar thuis.

Verder is een beschrijving opgenomen van het beleid van de overheid: de toenemende vergrijzing, de wens van ouderen langer zelfstandig te blijven wonen, knelpunten in de zorg, de knellende regelgeving en de financiering van zorg passeren kort de revue. (aut. ref.)

DUIJN, J.

Grote diversiteiten in thuiszorgprojecten.

Tijdschrift SDO; 2, 1988, no.11, p. 8-10.

nivel

Volgens de auteur draagt de ontwikkeling van intensieve thuiszorg alle kenmerken van een jonge activiteit. Hij bespeurt nog weinig eenheid in opzet, uitvoering en voorwaarden binnen de verschillende projecten. Veel verschillende voorzieningen houden zich bovendien bezig met de uitvoering van een project of een experiment op dit gebied. Het kruiswerk, de gezinsverzorging, de huisartsen, ziekenhuizen; maar ook een aantal ondernemende particulieren hebben het capaciteitstekort in de eerstelijnszorg aangegrepen om thuiszorg als dienst ter hand te nemen.

MILTENBURG, T., SCHRIJVERS, G.

Proef met thuisverpleging ook interessant voor nieuwe financiële regels. Inzet; 12, 1988, no. 10, p. 34-37.

nivel

In het eerste deel van dit artikel wordt ingegaan op de financiële regeling van de Ziekenfondsraad dat per zorgdag f200 aan kosten van aanvullende zorg ten laste van de AWBZ besteed mag worden. De auteurs bespreken de praktische consequenties van deze regeling. Aan de orde komen onder andere de huisartstarieven, de patiëntgebonden kosten en de eigen bijdrage. In het tweede deel bespreken de auteurs de vernieuwingen die de experimentele thuisverpleging biedt. Achtereenvolgens worden besproken: het financieringsinstrument van een gemiddeld budget per zorgdag, het onderscheid in de financiering uit reguliere middelen en de AWBZ, de invloed van onderhandelingen op landelijk en regionaal nivo op de kosten, de tariefafspraken als

onderdeel van een contract, en de gezinsverzorgingsorganisaties als nieuwe partner van het ziekenfonds en de Ziekenfondsraad.

HESTERMAN, J.

Thuiszorg-experiment: helft van subsidie komt bij cliënt terecht.

Welzijnsweekblad; 13, 1988, no. 46, p. 9-11.

niveau

Volgens de auteur komt maar de helft van de drie miljoen subsidie voor het experiment met individuele zorgsubsidies in Rotterdam bij de cliënten terecht. De rest van het geld, dat afkomstig is van WVC en de gemeentelijke overheid, wordt uitgegeven aan casemanagement, projectmanagement, kantoor- en huisvestingskosten. Voor wetenschappelijk onderzoek is nog eens 9 ton uitgetrokken. Volgens de auteur zijn de instellingen voor thuiszorg niet zo gelukkig met het experiment. Het mag dan wel de bedoeling zijn over drie jaar de hulp aan hoogbejaarde Rotterdammers zo te organiseren dat het project overbodig wordt, de argwaan overheerst. De ouderen blijken maar moeilijk te bewegen tot deelname. (aut. ref.)

DUIKER, A., DIJK, J.P. VAN

Omvang van en voorwaarden voor intensieve thuiszorg.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, Gezondheid & Samenleving; 66, 1988, no. 11, p. 19.

niveau

Samenvatting van lezing op de Gezondheidszorg Onderzoek Dag 1988. De auteurs hebben een onderzoek gedaan naar de voorwaarden waaronder en de wijze waarop de ziektekostenverzekeraars voor hen onverplichte uitgaven financieren. Verschillende fondsen blijken verschillende criteria te hanteren. De houding van particuliere ziektekostenverzekeraars hangt af of de behandeling onder de AWBZ valt.

STEENVOORDEN, M.

Flankerend ouderenbeleid: ontwikkelingen en vernieuwingen.

Den Haag: Studie- en informatiecentrum NFB, 1988.

niveau (R 3652)

In deze studie wordt een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het flankerend beleid (= het handhaven van de zelfstan-

digheid van ouderen in de samenleving), in die zin dat naast de zorgkant ook andere aspecten van flankerend beleid zoals emancipatie en preventie aandacht krijgen. Een aantal projecten wordt beschreven die op een experimentele wijze vorm proberen te geven aan het flankerend beleid.

Voorts biedt de studie een inventarisatie van het in 1986 gevoerde beleid. Het budget bestemd voor experimenten is, in tegenstelling tot 1985, in 1986 wel voor een groot deel besteed. Ongeveer de helft is uitgegeven aan experimenten 'samenwerking verpleeghuis-verzorgingstehuis'. De auteur spreekt van een verbreding van het begrip flankerend beleid.

In provincies en grote steden ging ruim 60% van de bestedingen naar zorgvoorzieningen. Veel subsidie-gelden gingen naar professionele instellingen zoals verzorgingstehuizen en gecoördineerd ouderenwerk. Het aandeel van de uitgaven aan de voorziening 'alarmering' was drastisch gedaald.

Over drie jaar (1984-1986) flankerend beleid wordt geconcludeerd: dat van het totale budget 85% besteed is; dat het op elkaar afstemmen en samenwerken van voorzieningen voor ouderen een van de belangrijkste doelstellingen was; en dat het gevoerde beleid nauwelijks te evalueren is.

#### NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID

Discussienota substitutie in de gezondheidszorg.

Zoetermeer: NRV, 1989, 55 p.

nivel (R 4041)

Omdat substitutieprocessen volgens de auteurs in het algemeen moeizaam verlopen is een aantal praktijkvoorbeelden onderzocht op factoren die substitutie belemmeren. De Commissie Dekker heeft de problemen vooral geweten aan de stroeve organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg en aan gebrek aan prikkels tot vernieuwing. De praktijkproblemen wijzen uit dat de problemen niet alleen van instrumentele aard zijn. Belangen en sociaal-psychologische factoren spelen een belangrijke rol. Daarnaast blijkt uit verschillende voorbeelden dat het overlegklimaat tussen instellingen en verzekeraars een factor is. Ook wanneer de structuur van de gezondheidszorg - conform 'Verandering Verzekerd'<sup>13</sup> - minder belemmeringen voor de substitutie zal opwerpen, zal aan deze aspecten de nodige aandacht besteed moeten worden geschonken.

<sup>13</sup> Het regeringsstandpunt n.a.v. de voorstellen van de Commissie Dekker.

## NATIONALE KRUISVERENIGING

Onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten kruiswerk:  
inventarisatie 1989.

Bunnik: NK, 1989. vi, 161 p. nr. NK 54.20.09  
niveau (R 2791(89))

Dit is de derde editie van de inventarisatie van onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten binnen het kruiswerk. Hierin zijn alle projecten opgenomen, die in februari 1989 lopend of in voorbereiding waren, evenals projecten die in 1988 afgerond werden. In het eerste hoofdstuk worden 16 zorgprojecten geïnventariseerd: o.a. terminale zorg, intensieve thuiszorg, samenwerking eerstelijns disciplines, ouderenzorg. Het doel, de methode, de opdrachtgever, de uitvoering, de locatie, en de termijn worden kort beschreven. In de volgende hoofdstukken komen achtereenvolgens organisatie, opleiding, personeel en arbeidsvoorwaarden, financiën, accommodaties, juridische zaken, voorlichting, automatisering, en marktonderzoek aan bod.

## NATIONALE KRUISVERENIGING

Kruiswerk, thuis in gezondheid: meerjarenraming tot 1995, verantwoording vanaf 1983.

Bunnik: NK, 1989, 75 p.  
niveau (R 3978a)

In hoofdstuk vier van dit rapport worden de ontwikkelingen binnen het kruiswerk ten aanzien van aanvullende thuiszorg besproken. Aanvullende thuiszorg zal in de toekomst een van de speerpunten van het NK beleid worden. Beschreven worden de opzet en organisatie van de aanvullende thuiszorg. Verder wordt aandacht gegeven aan de mogelijkheden en plannen om de kwaliteit van dienstverlening te bevorderen en om meer marktgericht en klantvriendelijker te gaan werken. De inhoudelijke ontwikkelingen op de gebieden van zorg voor zieken en gehandicapten, preventieve ouderenzorg, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding komen aan bod.



NOUHUYS, D.E. VAN, BOOGERT, A. VAN DE (red./sam.)  
Experimenteren met thuiszorg  
Leersum: Stichting Gezondheidszorg '82, 1989, 112 p.  
niveau (R 4313)

Dit boek bevat de inleidingen die gehouden zijn op het congres 'Experimenteren met Thuiszorg', georganiseerd door de Stichting Gezondheidszorg '82, op 6 oktober 1988 te Apeldoorn. In de eerste bijdrage gaat Van Londen na wat de gevolgen van de voorstellen van de Commissie Dekker zijn voor de thuiszorg en welke mogelijkheden Verandering Verzekerd ter zake biedt. Hij spitst zijn lezing toe op de omgeving voor de volksgezondheid, het zorgconcept en de participanten bij de thuiszorg. Van Veen, directeur Ziekenfonds Amsterdam en omstreken, vraagt zich af wat het belang van intensieve thuiszorg is voor de financiers. Hij bespreekt knelpunten in de coördinatie, financiën en centrale regionale regie. Richelle, Directeur-Generaal Welzijn van het Ministerie van WVC, gaat na welke belasting de informele thuiszorg vormt voor het thuismilieu. Reincke en Schreers-Peters van het Nederlands Bureau Bevordering Thuiszorg pleiten voor thuiszorg als de beste zorg. De volgende lezingen gaan specifiek in op de projecten in Almere, Amsterdam, Groningen, West-Brabant en Zeeuwsch-Vlaanderen, Nieuwegein, Zuid-Holland. Twee lezingen behandelen de thuiszorgexperimenten met psychiatrische patiënten en geestelijk gehandicapten. De laatste lezing is gewijd aan substitutie in de ouderenzorg en demonstratieprojecten.



## 2. Experiment Ziekenfondsraad

MENSINK, J. TUNISSEN, C.

Experiment thuisverpleging in Groningen: eerste interimrapportage over de proefperiode van begin september tot eind december 1987.

Nijmegen: ITS, 1988, 77 p.

nivel (R 3780)

Het experiment bood patiënten die over intramurale opname-indicatie beschikken, de mogelijkheid om te kiezen voor thuisverpleging in plaats van opname. Het experiment werd uitgevoerd in de regio's van drie ziekenfondsen: Amsterdam en omstreken, Groningen, en West-Brabant en Zeeuwsch-Vlaanderen.

Deze interimrapportage bevat een beschrijving van de voorbereidende activiteiten en de organisatiestructuur in de regio Groningen, opvattingen en verwachtingen over het experiment van direct betrokkenen, procesverloop en eerste resultaten in de proefperiode. De volgende knelpunten kwamen voor en tijdens het eerste deel van de proefperiode naar voren: de grens van f200 per dag per patiënt; de eigen-bijdrage-regeling voor de gezinszorg; de grens tussen reguliere en extra hulp; wie de hulp moet coördineren; bepalen van de omvang van de vereiste zorg; de grote behoefte aan slaap/waak hulp; en de bijdrage van de mantelzorg. De gemiddelde leeftijd van de 68 ernstig zieke patiënten bedroeg 70 jaar. Doel was thuis sterven voor hen mogelijk te maken. Bij vergelijking van de reguliere hulp met de extra gefinancierde hulp bleek dat ongeveer drie kwart van de totale hulp uit experimentele middelen wordt vergoed, vooral veroorzaakt door de grote behoefte aan hulp 's nachts. Ruim de helft van het aantal bezoeken vindt plaats vanuit het kruiswerk. De wijkverpleegkundige en wijkziekenverzorgende leggen vooral kortdurende bezoeken af en de ziekenverzorgende vooral langere. De gezinszorg legt ruim een vijfde van de bezoeken af. De huisarts draagt voor 11% bij aan het totale aantal bezoeken. De meeste verrichte handelingen waren decubitusverzorging en -preventie (decubitus = doorliggen) en lichamelijke verzorging.

Projectplan startperiode experiment thuisverpleging in de regio Amsterdam

Amsterdam: Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken, 1987, 31 p.  
niveau (R 3284)

Het experiment beoogt aanvullende (intensieve) thuiszorg te geven als daarmee een opname in een ziekenhuis of verpleeghuis kan worden voorkomen, uitgesteld of bekort. Gekozen is voor een aanpak waarbij proefondervindelijk afspraken worden gemaakt tussen de verschillende zorginstanties. De hulpverlening wordt zo georganiseerd dat aanvragen om inzet van extra hulp, snel en flexibel gehonoreerd kunnen worden. Daartoe worden toelatingseisen voor patiënten geformuleerd. En worden er afspraken gemaakt over de aanmelding van patiënten, de intake en het toetsen van de aanvragen. Het experiment wordt ontwikkeld in een nauwe samenwerking tussen de Ziekenfondsraad, het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken, het Innovatieproject en het zorgveld. Het experiment werd financieel mogelijk gemaakt door subsidies van de AWBZ. De grens van de kosten per patiënt per dag worden op f200 gesteld. Er wordt voorlichting gegeven met als doel: de mensen op de hoogte te brengen van de opbouw en gang van zaken in het experiment, mensen te motiveren medewerking aan het experiment te verlenen, en mensen te instrueren hoe te handelen in het experiment. Aan het experiment is een beschrijvend en inventariserend onderzoek gekoppeld dat uitgevoerd wordt door het ITS (Nijmegen).

GAYMANS, J.B.

Intensieve thuisverpleging

Medisch Contact: 44, 1988, 27 jan., p. 130-132.

niveau

Beschrijving van het door de Ziekenfondsraad gefinancierde project 'Intensieve thuiszorgverpleging' in West-Brabant en een aanvullend onderzoek naar de ervaringen van huisartsen met deze experimentele thuiszorg.

(ref. wvc)

RAMAKERS, C., BRUNING, H.

Thuiszorgprojecten in Rotterdam, Spaarneland en Zoetermeer: eerste interimrapportage in het kader van de proeffase van het onderzoek 'Experimenten Thuisverpleging'.

Nijmegen: ITS, 1988, 54 p.

nivel (R 3780)

Deze interimrapportage gaat over de terminale thuiszorg van de stichting 'Voorbij de laatste stad' in Rotterdam, de projecten 'Extra Thuiszorg' en 'Terminale Nachtverpleging' van de Stichting Gezondheidszorg Spaarneland en het thuiszorgproject van de Stichting Aanvullende Thuiszorg in Zoetermeer.

Een korte schets wordt gegeven van de doelstelling en opzet van de projecten. De per regio gepresenteerde gegevens omvatten: de kenmerken van de patiënten die aanvullende thuiszorg hebben gehad; de behoefte aan zorg; de zorgverlener; en de tijdstippen en intensiviteit van zorg. Vervolgens wordt een vergelijking gemaakt met de experimentele ziekenfondsregio's (Amsterdam en omstreken, Groningen en West-Brabant/Zeeuwsch-Vlaanderen). De resultaten van deze vergelijking zijn tevens opgenomen in hoofdstuk 8 van de rapportage 'Experimenten Thuisverpleging' van Knapen, M. e.a. (1988).

#### REGIONAAL ZIEKENFONDS GRONINGEN

Intensieve thuiszorg: plan van aanpak.

Groningen: RZG, 1987. 12 p.

nivel (R 3688)

Het Projekt Intensieve Thuiszorg heeft tot doel opname in intramurale instellingen te voorkomen of uit te stellen. Daarnaast wordt beoogd opname te bekorten door vervroegd ontslag. Uitgangspunt is een goede aansluiting tussen de reguliere en de aanvullende zorg.

De doelgroep bestaat uit mensen met een opname indicatie. Met hulpverleners zullen afspraken gemaakt worden waar reguliere hulp ophoudt en aanvullend zorg begint. De aanvullende thuiszorg zal zoveel mogelijk aansluiten bij de huidige gang van zaken en zo weinig mogelijk bureaucratische barrières opwerpen. Het Buro Experiment Thuiszorg zal uitsluitend als facilitair orgaan (administratie, voorlichting) functioneren.

De voorwaarden waaraan een patiënt moet voldoen voor dat hij kan participeren in het project worden besproken. Verder wordt aandacht besteed aan de taken van het RZG en de regionale bestuursstructuur van het experiment. Een evaluerend onderzoek

zal door het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS) worden uitgevoerd.

RANSEN, H., RAALTE, B. VAN

Plan van aanpak thuisverplegingsexperiment.

Amsterdam: Innovatieproject Amsterdamse Gezondheidszorg, 1987, 22

p.

nivel (R 3231)

Het experiment heeft als doel intensieve en aanvullende thuiszorg te geven als daarmee opname in een intramurale instelling voorkomen kan worden. Het ziekenfonds biedt daarvoor ABWZ-middelen.

De plannen voor de mogelijke aard van de extra hulp en de organisatie van de extra hulp worden uiteengezet. In overleg tussen de Ziekenfondsraad, de lokale fondsen, het Innovatieproject en het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS) zullen afspraken gemaakt worden over te hanteren indicaties en procedures. Belang wordt gehecht aan snelle en flexibele procedures. Verder zullen afspraken gemaakt moeten worden over: de verhouding landelijke lokale sturing, de uitvoering van lokale sturing, het contact met het veld, en de organisatie van extra hulp. Tevens zal een evaluatieonderzoek worden uitgevoerd.

KNAPEN, M., MENSINK, J., RAMAKERS, C.

Experimenten thuisverpleging: eindrapportage over de proefperiode van september 1987 tot mei 1988.

Nijmegen: ITS, 1988.

nivel

Dit is een eindrapportage van het begeleidend evaluatie-onderzoek van het veldexperiment met thuiszorg dat door de Ziekenfondsraad in 1986 is ondernomen in de regio's Amsterdam en Diemen, West-Brabant en Zeeuwsch Vlaanderen, en de provincie Groningen. Het gehele experiment duurt drie jaar, de periode van september 1987 tot mei 1988 is benut als proeffase om ervaring op te doen met de gekozen organisatievormen, procedures en randvoorwaarden.

Het onderzoek gaat uit van de volgende drie vragen: 1) wat is de achtergrond alsmede de aard en omvang van de vraag naar thuisverpleging, zoals deze zich bij de coördinatiebureau's aandient; 2) welke problemen doen zich voor bij pogingen om

volledig te voorzien in de behoeften aan zorg bij voorgenoemde vraag; en 3) hoe valt de uitvoering van thuisverpleging te beoordelen bij voorgenoemde patiënten, gelet op aspecten als randvoorwaarden, (extra) kosten, kwaliteit en substitutie?

1. *De vraag.* De meest voorkomende reden om een patiënt aan te melden, is dat deze medisch gezien is uitbehandeld en thuis wil sterven. Vaak is de situatie zodanig dat de mantelzorg het niet meer aan kan, bij voorbeeld omdat de partner zelf hulpbehoevend is. Daarnaast speelt het voorkomen van een opname een zeer belangrijke rol, al dan niet in combinatie met het ontlasten van de mantelzorg. Er hebben ongeveer evenveel mannen als vrouwen aan het project deelgenomen. De gemiddelde leeftijd ligt rond de 70 jaar en in alle drie de regio's is steeds ongeveer een kwart van patiënten hoogbejaard. Het merendeel van de patiënten heeft als hoofddiagnose een vorm van kanker. Hoewel in principe iedereen een patiënt kan aanmelden, spelen vooral huisarts en wijkverpleging hierin een belangrijke rol. De functie van coördinator van de zorg loopt grotendeels parallel met de functie van intaker. In alle drie de regio's is er in hoge mate behoefte aan algemene verzorging en verzorging van het huishouden. Ten aanzien van substitutie is gevonden dat in nagenoeg alle gevallen waar de patiënt thuis verbleef werd gemeld dat bij uitblijven van thuisverpleging vanuit het experiment opname zou moeten plaatsvinden in een ziekenhuis of verpleeghuis.

2. *Verleende zorg.* Van alle geregistreerde bezoeken is ongeveer een derde afgelegd door de wijkverpleegkundige; de huisarts neemt 7 tot 9 % voor zijn rekening; de mantelzorg, inclusief vrijwilligers rond de 30%. Binnen de categorie verpleegkundige verzorging zijn decubitusverzorging en het toedienen van medicijnen de belangrijkste activiteiten. Van de medische activiteiten is het bewaken van de lichamelijke toestand van de patiënt de belangrijkste. Van de huishoudelijke taken zijn opruimen/schoonmaken en het klaarmaken van het ontbijt of de lunch de belangrijkste. Huisartsen houden zich voornamelijk bezig met hun traditionele takenpakket. Gezinsverzorgenden zijn vooral actief op het gebied van huishoudelijke werkzaamheden, maar doen ook lichamelijke verzorging en verpleegtechnische activiteiten.

Over de gehele proefperiode genomen, is de gemiddelde duur van de thuisverpleging in Amsterdam 15 dagen, in Breda 32 dagen en in Groningen 22 dagen. Het overlijden van de patiënt is de meest voorkomende reden van beëindiging. Opname in een ziekenhuis, verpleeghuis of andere voorziening is bij 15% tot 21% de reden van beëindiging.

Wordt de verhouding tussen de 'regulier toegezegde' en 'extra

gemachtigde' uren bekeken, dan blijkt tussen de 66 en 71% van de in te zetten hulpverlening apart te zijn gemachtigd. In alle regio's wordt bij kortdurende thuisverpleging meer reguliere hulp ingezet dan bij langer durende gevallen. Terminale patiënten ontvangen de meeste uren zorg.

Als gekeken wordt naar de gemiddelde kosten per dag, dan liggen deze kosten in Amsterdam iets boven het voor de proefperiode overeengekomen nivo (*f* 230). In Groningen en Breda liggen de gemiddeld dagkosten en stuk lager (respectievelijk *f* 192 en *f* 136).

### **Publicaties van het ITS over thuisverpleging.**

Knapen, M, Mensink, J. en Ramakers, C.

Experimenten thuisverpleging. Eerste interim-rapportage over de proefperiode van begin september tot eind december 1987.

Nijmegen : ITS, 1988.

Knapen, M, Mensink, J. en Ramakers, C.

Experimenten thuisverpleging. Eindrapportage over de proefperiode van september 1987 tot mei 1988.

Nijmegen: ITS, 1988.

Mensink, J. en Tunissen, C.

Experimenten thuisverpleging in Groningen. Eerste interimrapportage over de proefperiode van begin september tot eind december 1987.

Nijmegen: ITS, 1988.

Tjadens, F. en Scheffer, W.

Experiment thuisverpleging in West-Brabant en Zeeuwsch-Vanderen. Eerste interim-rapportage over de proefperiode van begin september tot eind december 1987.

Nijmegen: ITS, 1988.

Miltenburg, T. en Ramakers.

Experiment thuisverpleging in Amsterdam. Eerste interim-rapportage over de proefperiode van begin september tot eind december 1987.

Nijmegen: ITS, 1988.

Ramakers, C. en Bruning, H.

Thuiszorgprojecten in Rotterdam, Spaarneland en Zoetermeer. Eerste interim-rapportage in het kader van de proeffase van het onderzoek Experimenten Thuisverpleging.

Nijmegen: ITS, 1988.



Bruning, H.

Samenwerkingsverband terminale thuiszorg Rotterdam. Eerste interim-rapportage in het kader van de proeffase van het onderzoek. Experimenten Thuisverpleging.

Nijmegen: ITS, 1989.

Ramakers, C., Hesens, E., Miltenburg, T.

Coördinatie van de intake. Verslag van de oriëntatiefase.

Nijmegen: ITS, 1989.

(uit: Miltenburg, T. Experimenten thuisverpleging. Een tussentijdse evaluatie. Nijmegen: ITS, 1989.)

MILTENBURG, T.

Experimenten thuisverpleging: een tussentijdse evaluatie.

Nijmegen: ITS, 1989, 55p.

nivel (R 3464)

In hoofdstuk 1 van dit rapport wordt ingegaan op de ontwikkeling van de vraag naar thuisverpleging en wordt gespecificeerd welke patiënten thuisverpleging ontvangen. Verder komt de werkwijze rond het opstellen en machtigen van zorgplannen en de te verlenen zorg aan bod. Daarna komen de oordelen van mantelzorg en hulpverleners over de geboden thuisverpleging aan de orde. In hoofdstuk 2 wordt aandacht besteed aan de kosten van thuisverpleging. Verder worden in dit hoofdstuk enkele opmerkingen over substitutie gemaakt. In hoofdstuk 3 wordt een tussenbalans opgemaakt waarbij de ontwikkelingen van thuisverpleging zoals die tot nu toe in de drie regio's vorm heeft gekregen, wordt beoordeeld. Hoofdstuk 4 van deze beleidsrapportage gaat in op de vraag of het mogelijk is om gedurende de looptijd van de experimenten thuisverpleging tot een gedeeltelijke implementatie van thuisverpleging in andere delen van Nederland te komen en op welke wijze dit zou kunnen gebeuren. In bijlage 1 wordt een indicatie gegeven van de kosten die verschillende vormen van landelijke implementatie van thuisverpleging met zich meebrengen.

(aut. ref.)

## EXPERIMENTEN

Experimenten intensieve thuiszorg van start gegaan.

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 15, 1987, no. 9, p. 55.  
niveau

Op 1 september is in Groningen een experiment gestart met intensieve thuiszorg. In Haren werd een symposium gehouden onder de titel 'Intensieve Thuiszorg in Groningen'. Doel van het symposium was duidelijk te maken wat het experiment precies inhoudt. Een kort verslag van het symposium.

## MGZ-Aktueel

Proeffase van experimenten thuisverpleging biedt veel inzicht in behoeften en knelpunten.

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 16, 1988, no. 7/8, p. 40-44.  
niveau

In juni 1987 besloot de Ziekenfondsraad de experimenten rond thuisverpleging te subsidiëren. De experimenten werden opgezet om meer inzicht te krijgen in de behoefte aan thuisverpleging en in de bestaande knelpunten bij het verlenen van thuisverpleging door de eerstelijns disciplines. De experimenten worden uitgevoerd in de werkgebieden van het Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken, het Regionaal Ziekenfonds Groningen en het Algemeen Ziekenfonds voor West-Brabant en Zeeuwsch-Vlaanderen. Het onderzoek dat aan de experimenten is gekoppeld, werd uitgevoerd door het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS) te Nijmegen. In de periode september tot eind december 1987 zijn in de drie experimentele thuisverplegingsregio's bij wijze van proef bijna 200 voornamelijk terminale patiënten in thuisverpleging geweest. Over deze gevallen is informatie vergaard over demografische samenstelling van de doelgroep, en gegevens over hulpbehoefte, hulp vooraf van de huisarts, aanmelding van patiënten bij het experiment worden vergeleken voor de drie regio's. Verder zijn gegevens verzameld over wie de thuisverpleging uitvoert, hoe de taken verdeeld zijn, welke kosten gemaakt worden. Daarbij werden aanvullende gegevens ter controle betrokken, afkomstig van vergelijkbare projecten elders in het land, van de Stichting Aanvullende Thuiszorg te Zoetermeer en van de Nationale Kruisvereniging.

KNAPEN, M.H.J.M.

Eerste resultaten van experimenten met thuisverpleging (1): coördinatiefunctie en rolverdeling.

Medisch Contact; 43, 1988, no. 37, p. 1083-1085.

nivel

De auteur doet op persoonlijke titel verslag van het ITS onderzoek. De interpretatie van de onderzoeksgegevens is niet gemakkelijk door onvolkomenheden in de registratie. Knelpunten in de organisatie van de thuiszorg liggen er vooral op het gebied van de intake, de organisatie, de coördinatie, de vergoeding en competentiekwesties tussen wijkverpleging en gezinsverzorging. In de experimenten met intensieve terminale thuiszorg bleek vooral behoefte aan nachthulp. Meer dan 90% van de mensen had behoefte aan algemene verzorging en 75% had behoefte aan medische hulp. Omdat 90% van de mensen al over mantelzorg beschikte gaat het hier dus om een aanvulling van de bestaande zorg. De resultaten geven verder aan dat de intensieve thuiszorg een taakverlichting voor de huisarts inhoudt.

STEUR, J.B. VAN DER

Thuisverpleging: taak en uitdaging voor de eerste lijn.

Medisch Contact; 43, 1988, no. 14, p. 423-425.

nivel

De auteur, secretaris van de Landelijke Stuurgroep Experiment Thuisverpleging, plaatst het experiment van de Ziekenfondsraad in zijn context. De uitgangspunten van het beleid worden geschetst en hoe deze vorm kregen in het experiment. De resultaten van het onderzoek van het ITS worden in dit perspectief bekeken, met aandacht voor toekomstig beleid. De auteur beweert dat het toevoegen van alleen meer geld niet tot het gewenste resultaat zal leiden. Hij bepleit een grotere samenhang in de organisatie van de thuiszorg.

LUTEIJN, R.

Thuisverpleging vaak goedkoper.

Het Beterschap; 14, 1988, no. 4, p. 19-20.

nivel

Een verslag van het innovatieproject in Amsterdam dat deel uitmaakt van het experiment van de Ziekenfondsraad. Aandacht voor de praktijk van het project en de politieke ontwikkelingen op het gebied van thuisverpleging.

KRUG, C.H.M.

Intensieve thuiszorg... iets om je druk over te maken?

Tijdschrift SDO; 2, 1988, no. 7, p. 15-18.

nivel

De ervaringen worden beschreven van de Amsterdamse Huisarts- en Vereniging met het experiment van Ziekenfondsraad in Amsterdam. De auteur gaat onder meer in op hoe de vereniging betrokken werd bij de voorbereiding van het experiment, welke aanloopprikelen er ontstonden, hoe het experiment in de praktijk werkte, wat de rol van de huisarts in het experiment was, en hoe de samenwerking verliep. De auteur concludeert dat om meer inzicht te krijgen in de intensieve thuiszorg er meer praktijkgegevens nodig zijn. De gegevens van het ITS voldoen niet.

### **Samenvattingen resultaten evaluatieonderzoek ITS**

In de volgende publicaties worden kort de belangrijkste resultaten van het evaluatieonderzoek van de proeffase van het experiment van de Ziekenfondsraad samengevat. In enkele publicaties wordt tevens vooruit gekeken naar de hoofdfase van het experiment.

COLLARIS, J.W.M., GRAAFF, C.N. DE

Thuisverpleging vooral voor kankerpatiënten.

Inzet; 12, 1988, no. 6/7, p. 30-31

nivel

MGZ-Aktueel

Proeffase van experimenten thuisverpleging biedt veel inzicht in behoeften en knelpunten.

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 16, 1988, no. 7/8, p. 40-44.

nivel

**Experimenten thuisverpleging** gaan nieuwe fase in: eerste interim-rapportage naar Ziekenfondsraad.

Blauwdruk; 6, 1988, no. 5, p. 15-16.

nivel

KIERS, J.  
Experiment thuisverpleging gaat door.  
Inzet, 1989, no. 1, p. 18-19  
niveau



### 3. Substitutie

KINKEL, M.E., ABMA, T., MOEN, J.

Thuisblijvers uit de zorg(en)?: een onderzoek naar het substitutie-effect van een experimentele hulpvorm aangeboden door de gezinsverzorging.

Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1987, 124 p.  
niveau (R 3218)

De gezinsverzorging het Groene Kruis is in september 1985 begonnen met een experimentele hulpvorm, genaamd Variabele Hulp. Doel van deze nieuwe hulpvorm is mensen zodanig hulp te verlenen dat enerzijds opname in ziekenhuis of verzorgingstehuis uit- of afgesteld wordt, en anderzijds ontslag uit het ziekenhuis vervroegd kan worden. Deze substitutie van zorg wordt op macro- (overheid), meso- (instellingen) en micronivo (individuele patiënt) besproken.

In een gevalstudie is de zorgbehoefte, de afstemming van het aanbod, en de substituerende werking van Variabele Hulp onderzocht. Vijfentwintig mensen, waarvan het grootste deel ouderen, zijn geïnterviewd. Deze gevallen worden afzonderlijk beschreven.

Geconcludeerd wordt dat slechts een deel van de zorgbehoefte leidt tot vraag naar professionele voorzieningen. De vraag naar Variabele Hulp wordt door beschikbaarheid van informele hulp en intensiteit van de behoefte bepaald. In de gevalstudies bleek dat Variabele Hulp zowel permanent als tijdelijk werd ingeschakeld. Er worden aanbevelingen gedaan wanneer en waar Variabele Hulp aangewend kan worden.

TIGGES, L.

De Nationale Kruisvereniging probeert thuiszorg in plaats van ziekenhuisopname te realiseren.

Trefpunt, 1988, maart, p. 28-29.

niveau

Verslag van de persconferentie op 5 februari 1988 van de Nationale Kruisvereniging. De vereniging ontvouwde haar plannen voor de verpleging thuis in plaats van opname in ziekenhuis of verpleeghuis. Er bleken problemen te zijn met de ziektekostenverzekeraars. Voor het publiek was het nog niet duidelijk wie precies van deze regeling gebruik kan maken en hoe lang intensieve thuisverpleging mag duren.

JANSEN, B.

De dubbele pet van de zorgbemiddelaar: het Project Individuele Zorgsubsidie in Rotterdam.

Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek; 6, 1988, no. 4, p. 180-185.  
niveau

WVC heeft geld beschikbaar gesteld voor zes demonstratieprojecten 'substitutie ouderen'. De vraagstelling is in welke mate en onder welke voorwaarden verschuiving van opname in verzorgingstehuis en verpleeghuis naar thuiszorg en informele zorg mogelijk is en welke aanpassingen in de regelgeving nodig zijn. Volgens de auteur is het Rotterdamse project 'Individuele Zorgsubsidie' is het meest vernieuwend van de zes uitverkoren projecten. Ter afstemming van de samenwerking introduceert het project twee zorgprincipes. Ten eerste worden er zorgbemiddelaars aangesteld, wier taak het is de reguliere zorg zo optimaal mogelijk in te zetten. En ten tweede wordt individuele zorgsubsidie geïntroduceerd, die ouderen in staat stelt hulp te krijgen, die nu via de reguliere kanalen niet mogelijk is. De auteur bespreekt de mogelijkheden en moeilijkheden die deze nieuwe zorgprincipes in de praktijk met zich meebrachten.

BEEREN, M.

Heuvelland-gemeenten starten 'substituerende thuiszorg'.

De Nederlandse Gemeente; 43, 1989, no. 3, p. 53-54.  
niveau

Verslag van een substitutieproject ondernomen door het samenwerkingsverband Heuvelland (Zuid-Limburg). Tijdens het drie jaar durende experiment wordt de zorg verplaatst van de tweede lijn naar de eerste lijn. Daarvoor zullen echter budgetten bestemd voor de tweede lijn ook door de eerste lijn gebruikt moeten kunnen worden. WVC moet hier snel over beslissen volgens Heuvelland. Het project werd gefinancierd door gemeenten, de ziekenfondsen, de provincie en het ministerie van WVC. Men verwacht nieuwe subsidies van WVC.



ROESSINK, J., GRAAF, T. DE

Ouderenproject in Hengelo: afstemming eerstelijns is eerste zorg.

Tijdschrift voor Ziekenverpleging; 43, 1989, nr. 11, p.345-347.

wvc

Beschreven wordt het demonstratieproject Laat Ouderen Thuis (LOT) van de Stichting Zorg voor Ouderen Thuis in Hengelo en Ministerie van WVC, waar geëxperimenteerd wordt met de verschuiving van intramurale zorg naar thuiszorg (substitutie).  
(ref. wvc)



## 4. Terminale thuisverpleging

### PROJECTGROEP

Terminale zorg in de eerste lijn: een notie opgesteld na inventarisatie en discussie in het eerstelijnsveld van Midden-Limburg.

Weert: Projectgroep Eerstelijns Midden-Limburg, 1985, 20 p.  
niveau (R 2620)

Deze nota geeft de visie van de kerndisciplines in de eerste lijn in Midden-Limburg op terminale thuiszorg. Aandachtspunten en aanbevelingen worden besproken. Aandachtspunten zijn onder meer: de toenemende wens van mensen in de hun vertrouwde omgeving te sterven, de informatieverstrekking, en de draagkracht van mantelzorg. Aanbevolen wordt onder meer te komen tot: verbetering van deskundigheid t.a.v. emotionele aspecten van terminale zorg; een zorgplan waarin omschrijving en afstemming van zorg; het overwegen van mogelijkheden van 24-uurs bereikbaarheid; het treffen van wettelijke regeling voor medisch-verpleegkundige handelingen; en personele, materiële en financiële verschuiving van tweede naar de eerste lijn.

LAMBREGTS, J.A.M., HOEKSEMA, K.

Verpleegkundige thuiszorg van AIDS patiënten.

Maatschappelijke Gezondheidszorg ; 13, 1985, no. 10, p. 4-8.

niveau

In dit artikel wordt ingegaan op de somatische, psychosociale en verpleegkundige aspecten van thuiszorg van AIDS patiënten. De auteurs bespreken de toekomstige zorgvraag waar de extramurale gezondheidszorg, in het bijzonder de wijkverpleging, mee te maken krijgt. Aan de hand van het model van Maslow worden de behoeften van AIDS patiënten besproken. De auteurs stellen taken van de wijkverpleegkundigen voor op grond van een verpleegplan dat werd afgeleid van een (intramuraal) verpleegplan uit San Francisco.

KLEIN POELHUIS, E.H.

Eindrapportage evaluatieonderzoek terminale thuiszorg Amsterdam.

Amsterdam: Stichting Terminale Thuiszorg Amsterdam, 1986, 59 p.

nivel (R 2454)

Dit evaluatie-onderzoek wil zes vragen beantwoorden: 1) Welke patiënten maken gebruik van thuiszorg? 2) Welke eisen worden aan de organisatie gesteld? 3) Wat is de aard van de zorg? 4) Hoe wordt de hulp beoordeeld en wat is het effect van de hulp? 5) Hoe verloopt de samenwerking tussen de verschillende betrokkenen? 6) Aan welke eisen moeten de verzorgenden voldoen?

Op grond van de gegevens wordt geconcludeerd dat de verzorging van een terminale patiënt thuis haalbaar is. Van groot belang is dat behalve inzet van mantelzorg, huisarts en instanties als kruisvereniging, gezinsverzorging en GG&GD een extra vorm van zorg erbij betrokken wordt. Het inzetten van hulp buiten kantooruren dient extra aandacht te krijgen, daar hiaten in de weekeinden, 's avonds en 's nachts worden gemeld.

Het werk houdt in het algemeen een combinatie in van lichte huishoudelijke taken, verzorgende handelingen, begeleiding en waak- en oppasdiensten. Een flexibele organisatie is vereist, waarbij de verzorgenden snel kunnen worden ingezet. De zwaarte van het werk maakt een intensieve werkbegeleiding noodzakelijk. De nadruk wordt gelegd op het belang van een goede samenwerking van alle betrokkenen, en er wordt geadviseerd aan dit aspect extra aandacht te schenken.

MOGGRÉ, I.

AIDS-zorg buiten het ziekenhuis: raamplan.

Amsterdam: Innovatieproject, 1987. 48 p.

nivel (R 3403)

De snelle groei van AIDS/ARC-patiënten en het gegeven dat bestaande eerstelijnsvoorzieningen daarop tot heden onvoldoende hebben kunnen inspelen, hebben ertoe geleid dat vanuit het homocircuit hulpconstructies zijn aangebracht, die een aanvulling zijn op de bestaande voorzieningen. Uitgaande van de gesignaleerde knelpunten, de bestaande zorg, de behoeften en de aanwezige hulpconstructies wordt in dit raamplan een zorgmodel geschetst dat beoogt de zorg aan AIDS/ARC-patiënten vorm te geven binnen de reguliere zorg.

Het in 1987 voor een periode van drie jaar in Amsterdam te starten experiment met thuisverpleging, dat een belangrijk onder-

deel vormt in het zorgmodel voor AIDS/ARC-patiënten, zal inzicht moeten geven in de kosten.

In hoofdstuk 1 van het raamplan worden de knelpunten samengevat en een schatting gemaakt van de vraag naar zorg. In hoofdstuk 2 worden de functies van het zorgmodel beschreven aan de hand van stadia van het ziekteverloop. Hoofdstuk 3 beschrijft onder meer de continuïteit van de zorg. In hoofdstuk 4 worden enkele reguliere functies besproken. Tot slot wordt in hoofdstuk 5 vooruit gekeken naar een landelijke toepassing van het zorgmodel.

## PROJECTGROEP

Nachtverpleging door het kruiswerk bij terminale patiënten.

Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1987.

nivel (R 3382)

In dit project van het kruiswerk in Noord-Holland werd enerzijds beoogd de mogelijkheden te vergroten voor terminale patiënten om thuis te sterven, en anderzijds inzicht te geven in de inhoud, het effect en de inpassing van deze zorgverlening in het kruiswerk. Het merendeel van de patiënten leed aan kanker en was ouder dan 65 jaar. Nagegaan werd welke professionele hulp en welke informele hulp (partner, familie, bureu) patiënten per 24 uur kregen. De informele hulpverleners blijken een groter deel van de zorg te leveren dan de professionele hulpverleners.

In het rapport worden gegevens gepresenteerd over de afstemming van en samenwerking van nachtverplegenden met andere hulpverleners (binnen en buiten het kruiswerk). Specifiek wordt ingegaan op de samenwerking met de (dag)wijkverpleegkundige, de 24-uurs-bereikbaarheidsdienst van het kruiswerk en het contact met de huisarts. Verder wordt verslag gedaan van de ervaringen met het inpassen van deze zorgverlening: o.a. de leiding en begeleiding van de nachtverplegenden en de coördinatie van de dag-, avond-, en nachtverpleging. Tot slot wordt de financiële toekomst van de nachtverpleging beschreven.

BOS, G.A.M. VAN DEN, DRIE, G.C.J. VAN, DUYNSTEE, M.S.H.

Nachtverpleging: ingrijpende organisatorische aanvulling op reguliere zorgverlening.

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 15, 1987, no. 11, p. 30-31.  
niveau

De laatste jaren is de behoefte aan thuisverzorging en thuisverpleging in de avond en nachtelijke uren behoorlijk toegenomen. Vooral chronisch of terminaal zieke patiënten kunnen vaak 's nachts niet meer door eigen familie geholpen worden. Om na te gaan wat deze toenemende vraag voor consequenties heeft voor het kruiswerk werd in Noord-Holland gedurende anderhalf jaar een project nachtverpleging uitgevoerd. In drie rapporten wordt hiervan verslag gedaan. In dit artikel worden de belangrijkste resultaten besproken. De belangrijkste conclusie is dat met de hulp van nachtverpleging meer terminale mensen thuis kunnen sterven.

STIKKER, A.J.

Grensverkenningen: een studie naar de relatie gezinsverzorging/thuiszorg - ziekenhuizen/verpleeghuizen.

Den Haag: NIMAWO, 1987, 176 p.

niveau (R 3584)

In dit onderzoek worden de volgende vragen gesteld: 1) welke substituerende functie heeft de gezinsverzorging voor potentiële en ex-verpleeg- en ziekenhuispatiënten; en welke functie zou de gezinsverzorging kunnen vervullen? 2) wat zijn de gevolgen van de bestaande en mogelijke substituerende functie voor het budget van de instellingen voor gezinsverzorging? 3) Wat zijn de voorwaarden voor het vervullen van de bestaande en mogelijke substituerende functie?

Voorbeelden van de substituerende functie zijn grensverlegging (meer patiënten gaan behandelen), en grenseffectuering (minder hulpbehoevende patiënten intensiever gaan behandelen). Als middelen voor grensverlegging en grenseffectuering worden continuïteit van de zorg, bejaardenhulp, samenwerking gezinsverzorging-wijkverpleging en terminale thuiszorg besproken. De aanvankelijke onderzoeksvragen konden door problemen tijdens uitvoering van het onderzoek niet beantwoord worden. In de discussie wordt thuiszorg tegen intramurale zorg afgewogen.

MGZ-Aktueel

Onderzoek Terminale Thuiszorg met Vrijwilligers; inzet wordt hoog gewaardeerd.

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 17, 1989, no. 4, p. 46-47.

nivel

Sinds 1980 zijn er in Nederland vrijwilligersgroepen actief in het verlenen van aanvullende zorg aan familie van terminale patiënten. Thans zijn er vele terminale thuiszorggroepen van vrijwilligers. 35 hebben zich aangesloten bij de Stichting Landelijke Samenwerking Terminale Zorg (SLSTZ). De SLSTZ heeft een onderzoek laten instellen naar de inhoud van het werk en de condities die eraan gesteld moeten worden. Uit het onderzoek blijkt onder meer dat familieleden grote waardering hebben voor de inzet van de vrijwilligers. De vrijwilligersorganisaties blijken 24-uur bereikbaar. Om de continuïteit van de zorg te waarborgen blijkt een goed opgeleide coördinator nodig te zijn, die een belangrijke functie vervult in de samenwerking met de eerste lijn.





## 5. Samenwerking

### SPREY, H.

Gezinsverzorging op maat: projectverslag.  
Amsterdam: Innovatieproject, 1986. 48 p.  
niveau (R 2687)

In het project 'Gezinsverzorging op maat' werd ervaring opgedaan met helpstergroepen. In deze groepen zijn de professionele helpsters medeverantwoordelijk voor de organisatie en hulp aan patiënten. Daarnaast werden binnen het project nieuwe vormen van samenwerking ontwikkeld tussen gezinsverzorging en andere eerstelijns hulpverleners.

De voorgeschiedenis en de aanleiding voor het project worden beschreven. Daarbij wordt stilgestaan bij de taakverandering van leidinggevend en gezinsverzorgend; en de financiële gevolgen hiervan. Vervolgens komt de samenwerking aan de orde, met aandacht voor taakafbakening. De auteur bespreekt de organisatorische voorwaarden en mogelijkheden van het project. Specifiek komen regionalisatie en organisatorische modellen van helpstergroepen aan de orde. De werkwijze van de projectgroep wordt beschreven. Het rapport wordt afgesloten met een samenvatting van de aanbevelingen.

### VELDERS, B.

Hoe de praktijk leidde tot 'n gemeenschappelijke visie op 'thuiszorg'.  
Maatschappelijke Gezondheidszorg; 14, 1986, nr. 6, p. 18-21.  
niveau

De auteur levert een bijdrage aan de discussie over reorganisatie en samenwerking in de eerste lijn. De samenwerking in het district Zuid-Oost Groningen tussen gezinsverzorging en kruiswerk heeft zijns inziens geleid tot een gemeenschappelijke visie op de thuiszorg die sterke verwantschap vertoont met het thuiszorgmodel van Drenthe. Enkele resultaten van de samenwerking worden beschreven: de cursussen 'ziekenzorg thuis', de gezamenlijke regeling voor 24-uurs bereikbaarheid, de realisering van 'zorg op maat', en de gezamenlijke indicatie en registratie. De tendens naar organisatorische schaalvergroting in de provincie Groningen dreigt echter, volgens de auteur, verdere uitbouw van deze visie te frustreren.

Experiment thuiszorg in Haarlem: ook medewerking uit de tweede lijn.  
Inzet: 10, 1986, nr. 12, p.28-29.  
niveau

Beschrijving van een toekomstig experiment thuiszorg waaraan wordt meegewerkt door gezinszorg, kruiswerk, en huisartsen, en dat afgestemd wordt op ziekenhuis en verpleeginrichting. Achterliggende gedachte bij het experiment is de mensen zo lang mogelijk uit ziekenhuizen en verpleeginrichtingen te houden. Uitgegaan wordt van de bestaande organisaties en faciliteiten, waarbij dit zorgaanbod op elkaar moeten worden afgestemd.  
(ref. wvc)

AGHINA, M.J., ASTEN, R. VAN, DUYNSTEE, M.S.H., JONGENEEL, F.  
Samenwerking kruiswerk - verpleeghuizen. "Nuttig en Noodzakelijk".  
Utrecht: Ziekenhuiscentrum, 1987, 53 p.  
niveau (R 3503)

In het project 'Samenwerking Kruiswerk Verpleeghuizen' zijn de wederzijdse mogelijkheden tot samenwerking en afstemming onderzocht in de dagelijkse uitvoering van zorgverlening. Het project vond in 1986 plaats in Amsterdam en de provincie Groningen. Het eerst actiepunt betrof het wederzijds informeren over mogelijkheden en grenzen van de zorgverlening, aanspreekbare personen en praktische zaken. Vervolgens zijn nieuwe werkverbanden aangegaan en bestaande werkverbanden verbeterd. Per locatie heeft het project geleid tot concrete afspraken en regelingen. In het verslag wordt ingegaan op de achtergrond van het project, de opzet en uitvoering, en de resultaten. Tot slot worden een aantal suggesties voor samenwerking gedaan.

VEN, R. VAN DE

Project 'continuïteit van intra- en extramurale verpleegkundige zorg in Amsterdam-Oost': een verslag van twee jaar samenwerking OLVG-SAK en een werkplan voor 1987/ 1988.  
Amsterdam: OLVG, SAK, STOZA; 1987. 13 p.  
niveau (R 3283)

Sinds 1983 bestaat in Amsterdam-Oost de 'Kontaktgroep OLVG' nadat gebleken was dat de extramurale verpleging gebrekkig op de intramurale verpleging aansloot. In 1984 werd de kontaktgroep uitgebreid met enkele hoofdverpleegkundigen. De groep heet dan 'Kontaktgroep OLVG-SAK'. Sinds medio 1985 is een projectleider aan de kontaktgroep toegevoegd. De samenwerking

wordt in deze drie fasen beschreven. In het werkplan wordt de toekomstige vierde fase bekeken. Doel van het werkplan is in de opgebouwde samenwerking meer formalisering en structuur aan te brengen; onder andere door protocol-ontwikkeling en het gebruik van overdrachtformulieren.

LUTEIJN, R.

Wijk en ziekenhuis regelen samen de nazorg: uniek project van verpleegkundigen.

Het Beterschap; 9, 1987, no. 7/8, p. 15-17.

niveau

Praktijkverslag van een samenwerkingsproject tussen wijkverpleegkundigen en een ziekenhuis in Amsterdam-Oost. (Zie voorgaand referaat)

COUSIN, B.

Samenwerking gezinsverzorging - kruiswerk.

Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1987, 45 p.

niveau (R 3522)

Dit onderzoek beschrijft de samenwerking tussen enerzijds bejaardenhelpenden en bejaardenverzorgenden van de Stichting voor gezinsverzorging ('s Hertogenbosch) en anderzijds wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden van de Kruisvereniging 's Hertogenbosch. Er zijn gegevens verzameld over het gezamenlijke cliëntenbestand; de formele en feitelijke takenpakketten van de hulpverleners; de overlappingsen en hiaten in deze takenpakketten; de wederzijdse bekendheid; mogelijk overdraagbare taken en de huidige mate van samenwerking.

17% van het bestand van de gezinsverzorging blijkt ook voor te komen in het bestand van de wijkverpleging. Bejaardenhelpenden en -verzorgenden zijn nauwelijks op de hoogte van het werk van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden; terwijl dit andersom wel het geval is. Van samenwerking blijkt onder de respondenten niet vaak sprake te zijn; al ziet men wel mogelijkheden.

SCHAAF-HELLEMANS, E.

Intensieve thuiszorg: onderzoeksverslag van een project voor het ontwikkelen van een gestructureerde samenwerkingsvorm tussen kruiswerk en gezinsverzorging bij intensieve thuiszorg.

Eindhoven: TUE, 1987, 22 p.

nivel (R 4171)

Dit onderzoeksverslag is een weergave van een project dat tot doel had een nadere samenwerkingsvorm te ontwikkelen tussen drie regionale kruisverenigingen (regio Roermond, Oostelijk Midden-Limburg, Leudal- en Thornerkwartier) en de Stichting Katholieke Gezinszorg Stadsgewest Roermond bij het geven van intensieve thuiszorg. Het onderzoek was gericht op de beschrijving van de kenmerken, het doel, de voorwaarden van intensieve thuiszorgsituaties en de verantwoordelijkheden van de disciplines. Er worden vijf onderzoeksfasen beschreven. In de bijlage worden 9 intensieve thuiszorgsituaties kort geanalyseerd. Op grond van de verzamelde gegevens is de beleidsnota 'Intensieve Thuiszorg' van de werkgroep Samenwerking gezinszorg en wijkverpleging uit de regio Roermond opgesteld.

#### MGZ-AKTUEEL

Samenwerking kruiswerk - verpleeghuizen experiment toont mogelijkheden voor verdere ontwikkeling en optimalisering van de contacten. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 15, 1987, no. 9, p. 63.

nivel

Korte bespreking van de publicatie 'Samenwerking Kruiswerk-Verpleeghuizen' van de Nationale Kruisvereniging. Dit is een verslag van een project dat in 1986 werd uitgevoerd in Amsterdam en de provincie Groningen. Uit de inventarisatie van de Nationale Kruisvereniging blijkt, dat veel lidinstellingen zich niet alleen bezig houden met samenwerking tussen eerstelijnsdisciplines maar ook met de afstemming van de zorg tussen kruiswerk en verpleeghuizen.

GOOSEN, J.A.

Particulier initiatief organiseert thuiszorg in Haagse wijk.

Bestuursforum: 11, 1987, nr. 5, p. 133-135.

wvc

Beschrijving van het wijkproject voor integrale thuiszorg in de Haagse wijk Benoordenhout. In het Samenwerkingsverband thuiszorg Benoordenhout (TBZ) wordt samengewerkt door wijkverpleging, maatschappelijk werk, kerkgenootschappen, huisartsen en fysiotherapeuten, vrijwilligersorganisaties, wijkverenigingen en ouderenbonden. Ondanks het succes van het project worden problemen geconstateerd m.b.t. de integratie van de instellingen en m.b.t. de professionele hulp die onvoldoende beschikbaar is.

(ref. wvc)

ATIS

Thuiszorg: emancipatie of nieuwe markt?

Bunnik: ATIS, 1988. 77 p.

nivel (R 3568)

Verslag van een conferentie over thuiszorg georganiseerd door ATIS (Algemene Thuiszorg In Samenwerking). De lezingen gaan in op de thema's aanbod, vraag, en relatie tussen vraag en aanbod. In de lezing van Heydelberg over zorgaanbod wordt aandacht besteed aan: nieuwe ontwikkelingen in het zorgaanbod; de aanbod van zorg in nieuwe organisatievormen. Van Dongen belicht wat consumenten van de thuiszorg, met name mensen met een handicap, van de thuiszorg verlangen. Philipsen gaat in op de waar te nemen ontwikkeling in het denken over de relatie tussen vraag en aanbod van een planmatige benadering naar een marktgerichte benadering. Het tweede deel bevat een verslag van de daarna gehouden groepsdiscussies en de plenaire discussie.

POST, M. W. M., SCHRIJVERS, A.J.P., NIEUWENHUIS, H.

Praktische thuishulp in de eerste lijn: een verkenning van de mogelijkheden en beschrijving van drie modellen.

Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht; Instituut voor Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, 1988, 113 p.

nzi

Praktische thuishulp: vorm van hulpverlening door reguliere of vrijwilligersorganisatie aan gezinnen met een gehandicapte huisgenoot. Doelgroep en functies van zeven projecten geanalyseerd. Inventarisatie naar soort hulpgevers: beroeps- of vrijwillig. Aandacht voor de vraag of thuishulporganisaties als aparte organisaties moeten blijven bestaan. Er worden drie modellen voor praktische thuishulp beschreven en getoetst.

(ref. nzi)

POST, M. W. M., SCHRIJVERS, A.J.P., NIEUWENHUIS, H.

Modelbeschrijving praktische thuishulp: advies uitgebracht aan het project Nationale Invoering van Praktische Thuishulp in de Eerste Lijn (NIPTTEL).

Utrecht: SDG, 1988, 22 p.

nivel (R 3828)

De auteurs beschrijven een model voor de organisatie van praktische thuishulp in de eerstelijns. Het onderzoek bestond uit een literatuurstudie en het bestuderen van zeven thuishulpprojecten, die aansluiting zochten bij een kruisvereniging of een instelling voor gezinsverzorging. Vier van deze projecten (in Apeldoorn, Haarlem, Nijverdal en Utrecht) zijn 'thuishulpcentrales', organisaties die speciaal zijn opgericht om praktische thuishulp te verlenen aan gezinnen die thuis een gehandicapt kind verzorgen. Een project is een samenwerkingsverband tussen gezinsverzorging, kruiswerk en een oppascentrale, een project is een oppascentrale en een project verzorgt 'vliegende ADL-hulp'. De resultaten van dit onderzoek zijn beschreven in een onderzoeksrapport van de auteurs uit 1988. Met dit advies worden de onderzoeksresultaten voor een breder publiek toegankelijk gemaakt. De belangrijkste resultaten worden besproken, waarbij relatief veel aandacht uitgaat naar een beschrijving van drie modellen.

SCHMITZ, L.

'n Thuis voor ouderen: tussenbalans van twee vernieuwingsprojecten  
Amsterdam: Innovatieproject Amsterdamse Gezondheidszorg, 1989, 38  
p.  
nzi

Het betreft het project 'Intensieve zorg', waarbij verzorgingshuis, verpleeghuis, huisartsen, gezinsverzorging en wijkverpleging nauw samenwerken bij het organiseren en bieden van zorg met het doel opname in een somatisch verpleeghuis te voorkomen. Het project 'Sociowoningen' heeft tot doel de opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis te voorkomen. In deze tussenbalans wordt de stand van zaken gegeven van een aantal kernpunten (zorgbehoefte, verleende zorg, organisatie) bij beide projecten. (ref. nzi)

### BOOM, R.CH, SUURMEIJER, TH.B.M.

Thuiszorg in beweging: een onderzoek naar de feitelijkheden van onderlinge afstemming en naar de gevolgen van verdergaande samenwerking tussen de wijkverpleging en de gezinsverzorging in de provincie Friesland.

Groningen: Erven van der Kamp, 1989.

nivel (B 2158)

In dit onderzoek naar samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging in de provincie Friesland heeft men onderzocht welke overlap er is in de activiteiten en cliëntenbestanden. Er bleek een aanzienlijke overlap in cliëntenbestanden en door beide disciplines werden een aantal dezelfde activiteiten uitgeoefend. Ten tweede heeft men de opvattingen van de deelnemers over de samenwerking bij mogelijke veranderingen onderzocht. Gezinsverzorger bleken meer samenwerking te wensen dan de wijkverpleegkundigen. Ten derde is onderzocht welke persoonsgebonden en/of structurele factoren de samenwerking bemoeilijken of bevorderen. Hulpverleners 'aan de basis' zagen vooral moeilijkheden in de afgrenzing van de disciplines en verantwoordelijkheden, terwijl 'het kader' meer moeilijkheden zag in de zorgsoorten.

Vervolgens zijn de onderzoekers ingegaan op het gedeeltelijk mislukken van het samenwerkingsexperiment. Zij presenteren onder meer gegevens over de verandering van overlap in activiteiten na de start van het experiment, factoren die de hulpvraag beïnvloeden, de ervaringen met het werken met gezamenlijke zorgplannen, en persoonsgebonden en structurele factoren in de

afstemming. Tot slot doen de onderzoekers een groot aantal aanbevelingen, die naar hun mening tevens discussiepunten zijn voor samenwerking in de toekomst.



## 6. Technologie

### ROELOFFZEN, L.

Hulpmiddelen thuis: eindrapport van het project hulpmiddelen in de thuissituatie bij verminderd functioneren.

Bunnik: Atis, 1988, 41 p.

nivel (R 3976)

In het project 'Hulpmiddelen in de thuissituatie bij verminderd functioneren' werden gemakartikelen vanuit zes invalshoeken bekeken: publiek, hulpvragers (gebruikers), hulpverleners, verstrekkers, onderzoekers en fabrikanten. Deze groepen oefenen allen invloed uit op de hulpmiddelenmarkt. Concreet doel van het project was het vergroten van de informatie over hulpmiddelen. Resultaat zijn drie publicaties: 'Wegwijs in wegwijzerland', 'Gemak dient de mens' en 'Hulpmiddelen thuis'. De laatste publicatie bevat tien aanbevelingen. Een daarvan is, in het hele land een systeem van showrooms te realiseren waar mogelijkheden bestaan voor demonstratie en voorlichting. Een andere aanbeveling is alle winkels met hulpmiddelen in de Gouden Gids onder 'Gemakartikelen' of 'Gezondheidsartikelen' op te nemen. Het kost de meeste mensen moeite om informatie over hulpmiddelen te krijgen. Dit blijkt onder meer uit contacten met organisaties en de ervaringen tijdens het vervaardigen van de producten. Men vermoedt dat dit een gevolg is van de ver doorgevoerde indeling in doelgroepen en van verschillen in benadering. Verder houden de meeste organisaties zich slechts incidenteel met hulpmiddelen bezig, en vertoont het voorlichtingsmateriaal gebreken.

Men concludeert dat het budget voor onderzoek naar specialistische hulpmiddelen te laag is, waardoor hulpmiddelen niet de belangstelling krijgen die ze op basis van bevolkings- en epidemiologische statistieken verdienen.

### BAGGERMAN, C.

Thuiszorg in Nederland.

Geldrop: Baggerman, 1988.

(Medische bibliotheek Bijlhouwerstraat, Rijksuniversiteit Utrecht)

Dit rapport beoogt een overzicht te geven van de huidige thuiszorg met aandacht voor standpunten, experimenten en activiteiten van overheid, verzekeraars, gezondheidszorginstellingen

en geneesmiddelen/medische-hulp bedrijven. De auteur beschrijft een aantal definities van thuiszorg. In hoofdstuk twee worden ervaringen beschreven die tot nu toe zijn opgedaan in de experimenten in Almelo, Wassenaar, Amsterdam (terminale thuiszorg), Den Haag, Breda, Zoetermeer, Brunssum, Drenthe, Groningen (continuïteit van zorg). Uitbreider komt het experiment van de Ziekenfondsraad in Amsterdam, Groningen en West-Brabant/Zeeuwsch-Vlaanderen aan bod. Na kort ingegaan te zijn op de rol van de overheid en de verzekeraars, passeren thuiszorgorganisaties de revue, onderverdeeld in reguliere zorg, particuliere verpleegkundige bureau's, en facilitaire organisaties. Naast deze intensivering van de zorg bespreekt de auteur een tweede verandering: de technologisering van de zorg thuis. Een aantal medische therapieën die nu nog uitsluitend intramuraal plaatsvinden zullen in de toekomst ook in de thuiszorg worden toegepast. De auteur groepeert medische hulpmiddelen in drie categorieën: ter bevordering van de zelfredzaamheid, voor thuisverpleging/verzorging, en voor thuisdiagnostiek en thuismonitoring. Specifiek gaat hij in op incontinentiematerialen, sondevoeding en parentale voeding, infuustherapie, diabetesthuiszorg, thuisdialyse, thuisbeademing en zuurstoftherapie, cardiofonie en thuisdefibrilatie, en computers in de thuiszorg.

KROON, A.C.M. DE

Verpleegkundige nazorg: maatwerk.

Tijdschrift voor Verpleging; 42, 1988, no. 3, p. 97-98.

nivel

Voor kinderen geldt vaak dat een langer verblijf in het ziekenhuis niet geïndiceerd is, terwijl er thuis nog wel gedurende enige tijd professionele of ondersteuning van zorg noodzakelijk is. In dit artikel worden enkele nazorgprojecten van het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam beschreven. De auteur beschrijft de organisatie van het project, de professionele technieken die thuis aangewend worden, en de afstemming van deze zorg met ouders en de eerste lijn.

GOOTE, H.

Thuiszorg en techniek: een veelbelovend duo.

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 16, 1988, nr. 15, p. 4.

nivel

Tien jaar geleden was het voor ernstig zieken moeilijk om thuis te blijven. Anno 1988 zijn er zoveel technische hulpmiddelen voor handen dat het voor deze mensen nu wel mogelijk is om thuis te blijven. Thuiszorg en techniek zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Een onderzoeker van het Innovatiegericht Onderzoek Programma Hulpmiddelen Gehandicapten (IOP-HG) licht de resultaten toe van een onderzoek naar stimulering van thuiszorgtechnologieën. Tevens geeft hij zijn visie op de toenevende ontwikkeling van de techniek in de thuiszorg.



# Zakenregister

- AIDS 29, 30
- Amsterdam 16, 20, 23, 30, 36, 38
- Apeldoorn 40
  
- beleid 2, 3, 6, 9
  - flankerend 8
  - ouderen 6
  - substitutie 5
  
- coördinatie 13, 16, 20, 21
  
- definities 1, 3
  
- effectiviteit van de zorg 3
  
- financiering 2-4, 6, 8, 11
- Friesland 41
  
- gehandicapten 40
- gezinsverzorging 30, 32, 37, 38, 41
- GG&GD 30
- Groningen 13, 15, 16, 20, 23, 35, 36, 38
  
- Haarlem 40
- Hertogenbosch 's 37
- Heuvelland-gemeenten 26
- huisartsen 22
  
- intake 14, 21
- intensieve thuiszorg 4, 7, 8
- inventarisatie 1, 4, 8, 10, 29
  
- kankerpatiënten 22, 31
- kinderen 44
- kostenvergoeding 2, 7, 8, 13, 14, 16, 21
- kruiswerk 10, 20, 25, 30, 31, 36-38
  - verpleeghuizen 38
  
- Limburg 38
  
- mantelzorg 13, 16, 29
- marktorientatie 10
  
- nachtverpleging 31, 32
- Nijverdal 40
- Noord-Holland 31, 32
  
- ongesubsidieerde thuiszorg 4
- organisatiestructuur
- echelonnering 5
- Commissie Dekker 9, 11
- functionele indeling 6
- ouderen 6, 8, 11, 16, 26, 37, 41
- overleg 7
  
- preventie 3
- publicaties ITS 18
  
- regelgeving 26
- Rotterdam 8, 15, 44
  
- sociaal-psychologische factoren 9
- Spaarneland 15
  
- taakafbakening 13, 21, 35, 41
- technische hulpmiddelen 43, 45
  
- Utrecht 40
  
- vergrijzing 2, 6
- verpleeghuizen 36, 41
- verpleegkundigen 36, 37
- verzekeraars 4, 7-9, 25
- vrijwilligerswerk 33
  
- West-Brabant 16, 20, 23
- wetenschappelijk onderzoek 3

wijkverpleging 29, 41

Zeeuwsch Vlaanderen 16, 20,  
23

zelfstandigheidsbevordering 8

Zoetermeer 15, 20

zorgactiviteiten 30

zorghandelingen 16

# Namenregister

- ABMA, T. 25  
AGHINA, M.J. 36  
ASTEN, R. VAN 36
- BAGGERMAN, C. 43  
BEEREN, M. 26  
BOOGERT, A. VAN DE 11  
BOOM, R.CH 41  
BOS, G.A.M. VAN DEN 32  
BRUNING, H. 15
- CENTRALE RAAD VOOR DE  
GEZINSVERZORGING 4  
COLLARIS, J.W.M. 22  
COUSIN, B. 37
- DIJK, J.P. VAN 8  
DRIE, G.C.J. VAN 32  
DUIJN, J. 1, 7  
DUIKER, A. 8  
DUYNSTEE, M.S.H. 32, 36
- GOOTE, H. 45  
GOUDRIAAN, G. 5  
GRAAFF, C.N. DE 22
- HESTERMAN, J. 4  
HEYDELBERG, E. 6  
HOEKSEMA, K. 29
- JANSEN, B. 26  
JONGENEEL, F. 36
- KIERS, J. 23  
KINKEL, M.E. 25  
KLEIN POELHUIS, E.H. 30  
KNAPEN, M.H.J.M. 16, 21  
KROON, A.C.M. DE 44  
KRUG, C.H.M. 22
- LAMBREGTS, J.A.M. 29  
LONDEN, J. VAN 3
- LUTEIJN, R. 21, 37
- MENSINK, J. 13, 16  
MILTENBURG, T. 7, 19  
MINISTERIE VAN WVC 2, 6  
MOEN, J. 25  
MOGGRÉ, I. 30  
MOOR, J. 4
- NATIONALE KRUISVERENIG-  
ING 10  
NATIONALE RAAD VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID 2, 9  
NIEUWENHUIS, H. 40  
NOUHUYS, D.E. VAN 11
- POST, M. W. M. 40
- RAALTE, B. VAN 16  
RAMAKERS, C. 15, 16  
RANSEN, H. 16  
REGIONAAL ZIEKENFONDS  
GRONINGEN 15  
ROELOFFZEN, L. 43
- SCHAAF-HELLEMANS, E. 38  
SCHMITZ, L. 41  
SCHRIJVERS, A.J.P. 3, 7, 40  
SPREY, H. 35  
STEENVOORDEN, M. 8  
STEUR, J.B. VAN DER 21  
STIKKER, A.J. 32  
SUURMEIJER, TH.B.M. 41
- TIGGES, L. 25  
TUNISSEN, C. 13
- VELDERS, B. 35  
VEN, R. VAN DE 36





## **Bibliotheken**

### **NIVEL**

Bibliotheek NIVEL  
Drieharingenstraat 6  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht  
te. 030-913346

Medische Bibliotheek Bijlhouwerstraat  
Rijksuniversiteit Utrecht  
Bijlhouwerstraat 6  
3511 ZC Utrecht  
tel. 030-331123

### **NZR**

Bibliotheek Nationale Ziekenhuisraad  
Oudlaan 4  
Postbus 9696  
3506 GR Utrecht  
tel. 030-739414

### **WVC**

Ministerie van WVC  
Sir Winston Churchillaan 362  
Postbus 5406  
2280 HK Rijswijk  
tel. 070-407911



## Bibliografieën

- WILLEMSEN, R. Wijkverpleging/kruisvereniging. 1986, no. 1
- LEEUEW, A.K. DE. Ouderen (I, II). 1986, no. 2 en 3
- WILLEMSEN, R. Relatie eerste en tweede lijn. 1986, no. 4
- LEEUEW, A.K. DE. De apotheker. 1986, no. 5
- VELDE, A. VAN DER. Alternatieve geneeswijzen. 1986, no. 6
- KUIJLEN, H. Preventie en de eerstelijnsgezondheidszorg. 1986, no. 7
- LEEUEW, A.K. DE, A. VOS. Communicatie (huis)arts-patiënt. 1986, no. 8
- WIEMAN, F. Zelfzorg en mantelzorg. 1986, no. 9
- KUIJLEN, H. Methoden en technieken binnen gezondheidszorgonderzoek. 1986, no. 10.
- DIJKHUIS, K. De fysiotherapeut. 1986, no. 11
- LEEUEW, A.K. DE. De Nederlandse verloskundige zorg. 1986, no. 12
- HEIJDEN, P. VAN DER. Technology assessment. 1987, no. 13
- WIEMAN, F. Live events. 1987, no. 14
- DIJKHUIS, K. De diëtist. 1987, no. 15
- HEIJDEN, P. VAN DER. Logopedisten. 1987, no. 16
- WIEMAN, F. Verzekeringstelsel en medische consumptie. 1988, no. 17
- HEIJDEN, P. VAN DER. Patiëntenrechten. 1988, no. 18
- WIEMAN, F. Honoreringssystemen in de gezondheidszorg. 1988, no. 19
- DIJKHUIS, K. Wijkverpleging in het buitenland. 1988, no. 20

- CAMPEN, C. VAN, E.M. SLUIJS. Patient compliance: a survey of reviews (1979-1989). 1989, no. 21
- RENGELINK- VAN DER LEE, J.H., A. DE MOL- VAN DER VELDE. Kwaliteit van verloskundige zorg. 1988, no. 22
- SCHRIJNEMAEKERS, V. De psychologie en de eerstelijns. 1989, no. 23
- GOOSSENS, J.M.A.W. Huisarts en huisartsgeneeskunde: historie en ontwikkeling. 1988, no. 24.
- LEEIJW, A.K. DE. Algemeen maatschappelijk werk. 1990, no. 25
- HEIJDEN, P. VAN DER. Sociaal-economische status en gezondheid. 1990, no. 26 (maart)
- CAMPEN, C. VAN. Thuiszorgprojecten en -experimenten. 1990, no. 27
- HOOGEN, H. VAN DEN, T. DE MAAGT, J.H. RENGELINK- VAN DER LEE. Onderzoek naar kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg. 1989, no. 28
- CAMPEN, C. VAN. Community nursing. 1989, no. 29