

REGIONALE SAMENHANG IN DE ZORGSECTOR

Een inventarisatie

E.A. Hackenitz
E.M. Sluijs
D.H. de Bakker

Utrecht, februari 1999

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon 030 - 27 29 700 - fax 030 - 27 29 729

Opdrachtgever:
Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG)
Koningslaan 19 - 3583 GD Utrecht - telefoon 030 25 22 804 - fax 030 25 18 479

ISBN: 90 - 6905 - 412 - 4.

Trefw.: samenhang, ketenkwaliteit, samenwerking

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

Tekstverwerking en lay-out: Christel van Aalst

Omslag: Mieke Cornelius

Bestelwijze: U kunt deze publicatie telefonisch of schriftelijk bestellen bij het NIVEL en bij de LVG.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	7
SAMENVATTING, BESCHOUWING EN CONCLUSIES	9
1 INLEIDING	13
1.1 Doel van het onderzoek en vraagstelling	14
1.2 Opbouw van het rapport	14
2 METHODE VAN ONDERZOEK	15
2.1 Opzet van het onderzoek	15
2.2 Methode van opsporen van samenwerkingsverbanden	15
2.3 Selectie van de cases	17
3 KWANTITATIEF OVERZICHT VAN DUURZAME SAMENWERKINGSVERBANDEN	18
3.1. Inleiding	18
3.2 Participanten en initiatief	18
3.3 Werkzaamheden en doelstellingen	21
3.4 Organisatiekenmerken	21
3.5 Gegenereerde projecten	23
3.6 Bevorderende en belemmerende factoren	23
3.7 Conclusies	25
4 CASUS 1: EEN VERENIGING VOOR ZORGINTEGRATIE	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Doelstelling en werkwijze	27
4.3 Projecten en activiteiten	30
4.4 Bevorderende en belemmerende factoren	32
5 CASUS 2: EEN NETWERK VOOR LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID	34
5.1 Inleiding	34
5.2 Doelstelling en werkwijze	34
5.3 Projecten en activiteiten	36
5.4 Bevorderende en belemmerende factoren	38
6 CASUS 3: EEN SAMENWERKINGSGROEP EN VELE FUSIES	40
6.1 Inleiding	40
6.2 Doelstelling en werkwijze	40
6.3 Projecten en activiteiten	43
6.4 Bevorderende en belemmerende factoren	45
7 CASUS 4: EEN TRANSMURALE STUURGROEP	47
7.1 Inleiding	47
7.2 Doelstelling en werkwijze	47
7.3 Projecten en activiteiten	49
7.4 Bevorderende en belemmerende factoren	51

8	CASUS 5: EEN OVERKOEPELENDE STICHTING	53
8.1	Inleiding	53
8.2	Doelstelling en werkwijze	53
8.3	Projecten en activiteiten	56
8.4	Bevorderende en belemmerende factoren	58

	LITERATUUR	60
--	------------	----

BIJLAGEN:

Bijlage 1:	Inventarisatie formulier Regionale Samenhang
Bijlage 2:	Vragenlijst Inventarisatie Regionale Samenhang
Bijlage 3:	Overzicht van de samenwerkingsverbanden
Bijlage 4:	Overzicht van de onderwerpen waarop de projecten zijn gericht

TABELLEN

2.2.1	Resultaten van de rondvraag per respondent categorie	16
3.1.1	Provinciale verdeling van samenwerkingsverbanden	18
3.2.1	Overzicht van participanten en initiatiefnemers	19
3.2.2	Participatie van huisartsen in de samenwerkingsverbanden	19
3.2.3	Aantal samenwerkingsverbanden waarin participanten de volgende taken verrichten: secretariaat, coördinatie, financiering en uitvoering	20
3.2.4	Eerste initiatieven tot de samenwerkingsverbanden	20
3.3.1	Werkzaamheden die door samenwerkingsverbanden worden uitgevoerd	21
3.4.1	Wijze van vastlegging van samenwerkingsverbanden	21
3.4.2	Wijze van financiering van samenwerkingsverbanden	22
3.4.3	Beschikbaarheid van een eigen bureau en personeel	22
3.4.4	Geschatte jaarlijkse overlegfrequentie op bestuurlijk en uitvoerend niveau	23
3.5.1	Aantal gegenereerde projecten door de samenwerkingsverbanden	23
3.6.1	Factoren die de samenwerking bevorderen	24
3.6.2	Factoren die de samenwerking belemmeren	25

VOORWOORD

In 1998 heeft de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra de handschoen opgenomen om regionale samenhang en organisatie te stimuleren: "verbreding van samenwerking en organisatie past bij het concept gezondheidscentrum en bij de ideële doelstellingen", zo omschrijft de organisatie haar campagne in het LVG-Nieuws. Gezondheidscentra hebben immers al een voorsprong als het gaat om samenwerking. Het LVG-bestuur verwacht dan ook een actieve houding bij haar leden om daadwerkelijk meer regionale samenhang en organisatie te bewerkstelligen. Verder is in het rapport van het project "Een goede ondersteuningsstructuur" geconstateerd, dat het samenwerkingsconvenant tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en LVG het klimaat voor samenwerking verder verbetert. Tijdens het LVG-congres in 1998 is de noodzaak om samen te werken nog eens onderstreept.

Vanuit deze achtergrond heeft de LVG de aanzet gegeven tot het onderhavige onderzoek: een eerste beschrijving van actuele, structurele regionale samenwerkingsverbanden in de zorgsector. Veel dank is verschuldigd aan alle DHV's, gezondheidscentra en koepelorganisaties, RIAGG's en instellingen voor thuiszorg en wijkverpleging die reageerden op de vraag om ons te informeren over bestaande samenwerkingsverbanden in hun regio. Daarnaast zijn we alle samenwerkingsverbanden die ons via de vragenlijst of het antwoordformulier op de hoogte brachten van hun karakteristieken zeer erkentelijk voor hun medewerking. Zonder de energie die vrijwillig door medewerkers van alle bovengenoemde organisaties aan de dag is gelegd, had dit rapport niet tot stand kunnen komen. In het bijzonder geldt dat voor de samenwerkingsverbanden die hebben meegewerkt aan de interviews.

Tenslotte bedanken wij de heer N.A.G. Bernts voor de begeleiding van het onderzoek vanuit de LVG.

Utrecht, februari 1999

SAMENVATTING, BESCHOUWING EN CONCLUSIES

Dit onderzoek geeft een indruk van de wijze waarop regionale samenhang in de zorg wordt vormgegeven. Het doel was te inventariseren welke regionale samenwerkingsverbanden er in Nederland bestaan en hoe zij functioneren. Het ging daarbij om duurzame samenwerkingsstructuren en niet om ad-hoc samenwerking ten behoeve van één project.

Alleen die samenwerkingsverbanden zijn in kaart gebracht waar - naast andere sectoren - huisartsen of gezondheidscentra bij betrokken zijn. Het onderzoek is verricht in opdracht van de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG). De LVG wil regionale samenhang in de zorg stimuleren. De gedachte is dat gezondheidscentra daarin een actieve functie kunnen vervullen vanwege de daar al aanwezige samenwerkingstraditie. Omdat regionale samenhang op uiteenlopende wijzen georganiseerd kan worden zijn in dit onderzoek de huidige varianten in kaart gebracht.

Leidraad bij het onderzoek waren drie vragen:

1. Hoe zijn de samenwerkingsverbanden georganiseerd, wie zijn de participanten en welke rol spelen de gezondheidscentra?
2. Welke projecten worden door die samenwerkingsverbanden gegenereerd en hoe wordt gezorgd voor continuïteit na afloop van de projecten?
3. Welke factoren zorgen voor het welslagen van de samenwerking en welke factoren belemmeren dat?

Deze vragen zijn beantwoord via een kwantitatieve inventarisatie en vijf dieptestudies.

Het onderzoek is in drie stappen verricht. De eerste stap was het opsporen van de samenwerkingsverbanden via enquêtes aan: de District Huisartsen Verenigingen (DHV's), de gezondheidscentra, de thuiszorgorganisaties en de RIAGG's. In totaal hebben zij 127 samenwerkingsverbanden aangemeld. De respons was 51%.

In de tweede stap hebben deze samenwerkingsverbanden zelf een enquête ontvangen waarin nadere bijzonderheden werden gevraagd. 95 daarvan hebben gereageerd (respons 75%). Van deze 95 bleken 68 samenwerkingsverbanden te voldoen aan de selectie-criteria (duurzaam, betrokkenheid van de eerstelijns, schriftelijk vastgelegd). Met name vanuit de randstad zijn veel samenwerkingsverbanden aangemeld (zie bijlage 3 voor het overzicht).

Vooraf zij opgemerkt dat het onderzoek geen volledigheid pretendeert. Niet alle samenwerkingsverbanden hebben de enquête ingevuld. Bovendien was het respondenten niet altijd duidelijk wat onder een **regionaal** samenwerkingsverband moest worden verstaan. Door sommigen werd dit geïnterpreteerd als samenwerking op wijkniveau terwijl anderen een veel grotere schaalgrootte voor ogen hadden. Door deze interpretatieverschillen kunnen in aanmerking komende samenwerkingsstructuren ten onrechte niet zijn aangemeld. Anderzijds zijn er ook kleinschalige samenwerkingsverbanden aangemeld die sommigen wellicht niet als regionaal beschouwen.

Vooralsnog geeft het begrip regionale samenhang verwarring.

De organisatie van de samenwerkingsverbanden

De 68 samenwerkingsverbanden zijn op verschillende wijze georganiseerd. Ruim eenderde is formeel als rechtspersoon geregeld in een stichting of vereniging. Bij

eveneens ruim eenderde is de samenwerking vastgelegd in een gezamenlijke missie of een convenant. De overigen zijn minder formeel georganiseerd: men heeft werkafspraken op schrift of alleen notulen van gemeenschappelijk overleg.

Van de 68 samenwerkingsverbanden zijn er 49 gestart na 1990 en dus nog relatief jong. Het oudste - nog bestaande - samenwerkingsverband dateert uit 1970. De als rechtspersoon geregelde samenwerkingsverbanden bestaan opvallend langer dan de overigen. Dit doet vermoeden dat lossere samenwerkingsverbanden in de loop der tijd zijn verdwenen en dat een formele samenwerkingsstructuur bijdraagt aan de continuïteit van de samenwerking. De dieptestudies (hoofdstuk 4 t/m 8) illustreren hoe men tewerk gaat om de samenwerking te continueren en mee te laten groeien met de ontwikkelingen in de zorgsector.

De participanten

Bijna alle samenwerkingsverbanden bestaan uit meer dan drie partijen. De combinatie die het meest frequent voorkomt is samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuis en thuiszorg, doorgaans aangevuld met een of meerdere andere partijen: verpleeghuis, verzorgingshuis, RIAGG, welzijnszorg etcetera. In bijna de helft participeert ook een zorgverzekeraar, bijna altijd als (mede)financier van de samenwerkingsstructuur. Patiënten(organisaties) zijn minder vaak betrokken (in 16 samenwerkingsverbanden).

Gezondheidscentra participeren in bijna eenderde van de samenwerkingsverbanden. In absolute zin nemen zij daarmee niet een uitzonderlijke positie in de samenwerkingsverbanden in. Relatief zijn zij wel goed vertegenwoordigd omdat slechts 10% van de bevolking bij gezondheidscentra is ingeschreven. Bij deze bevinding kunnen twee zaken overwogen worden. Ten eerste, dat gezondheidscentra op zich duurzame samenwerkingsverbanden zijn, waarbij zorgafstemming en multidisciplinair werken de normale gang van zaken is. Ten tweede ontstaat de indruk dat tot nu toe een accent lag op samenhang binnen de eerstelijns, vanuit de gedachte dat alleen een sterk georganiseerde eerstelijns in staat is de verschuivingen naar zorg thuis op te vangen. Uit de dieptestudies blijkt dat de aandacht zich in toenemende mate (mede) richt op samenhang met de tweede en derdelijnszorg.

Vrije beroepsbeoefenaren

Vrije beroepsbeoefenaren nemen een bijzondere positie in in de samenwerkingsverbanden. Het is opvallend dat vrij gevestigde huisartsen zich doorgaans in groter verband hebben georganiseerd bij deze samenwerkingsvormen. Zij participeren vaker op het niveau van de Regionale Huisartsen Vereniging (RHV) of District Huisartsen Vereniging (DHV) en minder vaak op het niveau van een HAGRO (huisartsengroep).

Uit de dieptestudies blijkt wel dat een lage organisatiegraad van vrije beroepsbeoefenaren - huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten - het lastig maakt om grootschalige samenwerkingsverbanden aan te gaan. De rol van beroepsbeoefenaren in het toenemend aantal fusies dat tussen instellingen plaatsvindt is onderwerp van intensief overleg (bijvoorbeeld in Gorinchem en Zoetermeer; zie hoofdstuk 6 en 8) en is voorlopig niet uitgekristalliseerd.

Financiering

De belangrijkste financier van de samenwerkingsverbanden zijn de zorgaanbieders zelf. In 42 van de 68 gevallen maken de zorgaanbieders eigen middelen vrij voor het instandhouden van de samenwerkingsstructuur. Daarnaast leveren relatief veel zorgverzekeraars een bijdrage. In een kleine minderheid van de gevallen (13 in aantal) wordt een overheidssubsidie ontvangen.

De continuïteit van de samenwerking wordt bevorderd door stabiele financiering van de

samenwerkingsstructuur, zo wordt gemeld. Het ontbreken daarvan blijkt de meest frequent genoemde belemmering voor instandhouding te zijn.

Projecten van de samenwerkingsverbanden

De samenwerkingsverbanden lijken een goede structuur te vormen voor het uitvoeren van projecten. Dit blijkt uit het feit dat door 60 van deze verbanden meer dan 350 samenwerkingsprojecten zijn of worden verricht. Een overzicht van deze projecten is in bijlage 4 te vinden. Niet verwonderlijk zijn veel projecten gericht op transmurale samenwerking en op een betere afstemming in de zorgketen. Onderwerpen die frequent voorkomen zijn:

- samenwerking in de zorg voor ouderen en chronisch zieken;
- coördinatie van de gehele zorgketen (transferpunten, casemagement etc.);
- samenwerking tussen huisartsen en diverse medisch specialismen;
- nieuwe vormen van ziekenhuisverplaatste zorg en thuiszorgtechnologie;
- gezondheidsbevordering gericht op achterstandswijken en migranten.

In welke mate de activiteiten na afloop van de projecten worden gecontinueerd is niet bekend. Uit de dieptestudies blijkt dat dat weinig problemen geeft: nieuwe zorgvormen worden na afloop van de projecten regulier of worden in de reguliere zorg geïntegreerd. Deze integratie en continuering wordt vergemakkelijkt indien zowel op bestuurlijk niveau als op uitvoerend niveau wordt samengewerkt. Een goede balans tussen samenwerking op deze niveaus lijkt aanbevolen.

Zorgcoördinatie

Relatief veel projecten zijn gericht op een betere coördinatie van de zorg. Ten behoeve daarvan worden onder andere aparte transferbureaus in het leven geroepen - zo blijkt met name ook uit de dieptestudies - met verregaande bevoegdheden. In dergelijke bureaus zijn bijvoorbeeld verenigd de opname en ontslagafdeling van het ziekenhuis, het wachtlijstbeheer en de plaatsing in verpleeg- en verzorgingshuizen, de toewijzing van de thuiszorg, het case- en circuitmanagement. Het bureau voert als het ware de regie over de patiëntenstromen en de patiëntenlogistiek. Zorgverleners zelf worden daarmee van coördinerende taken ontlast. Dit neemt niet weg dat zorgverleners verantwoordelijk blijven voor de inhoudelijke afstemming van de zorgverlening (denk aan het ontwikkelen van zorgprogramma's, behandelprogramma's of diseasesmanagement). Het verdient aanbeveling dat deze inhoudelijke afstemming van de zorg gelijke tred houdt met de aandacht voor zorgcoördinatie.

Werkbare schaalgrootte

De schaalgrootte van de samenwerkingsstructuren varieert van wijkniveau (het niveau van één gezondheidscentrum of één HAGRO) tot het niveau van een regio met bijna 300.000 inwoners. Uit de dieptestudies blijkt dat dergelijke samenwerkingsstructuren gemakkelijker van de grond komen indien er sprake is van een één op één relatie in de regio, dat wil zeggen één ziekenhuis, één verpleeghuis, één thuiszorginstelling, één stichting van verzorgingshuizen enzovoorts. Dit betekent een beperking in de (ideale) schaalgrootte. Deze inperking staat op gespannen voet met de wensen van grootstedelijke organisaties en zorgverzekeraars om hun beleid (indicatiestelling, wachtlijstbeheer) op grotere schaal te organiseren. Dit spanningsveld is op enkele plaatsen onderwerp van intensief overleg en vooralsnog niet uitgekristalliseerd.

De dieptestudies geven aanleiding tot enkele aanvullende overwegingen. Op uitvoerend niveau blijkt de wiksamenwerking nuttig te zijn om de zorg af te stemmen op de specifieke zorgbehoefte van de wijkpopulatie. Ook op wat grotere schaal blijkt dat de samenwerking soepeler verloopt indien deze plaats kan vinden op basis van persoonlijk-

ke contacten (tot maximaal 40 à 50 huisartsen). Anderzijds dient de schaal groot genoeg te zijn om zaken als wachtlijstbeheer, transferbureau's op bestuurlijk niveau te kunnen organiseren. Wellicht kunnen deze overwegingen worden meegenomen bij het starten van nieuwe samenwerkingsstructuren.

Wet en regelgeving

Naast het ontbreken van stabiele financiering van de samenwerkingsstructuur, blijkt de samenwerking te worden gehinderd door wet- en regelgeving. Enerzijds wordt daarmee gedoeld op regelgeving ten aanzien van de financiering van het zorgsysteem, met name de scheiding tussen het eerste en tweede compartiment. Anderzijds wordt ook de regelgeving ten aanzien van de onafhankelijke (en losgekoppelde) indicatiestelling een belemmering genoemd voor een goede zorgcoördinatie.

In dit opzicht is het hoopgevend dat momenteel (in Gorinchem) wordt onderzocht welke regels exact belemmeringen voor samenwerking vormen. Bovendien worden door het ministerie van VWS experimenten gestart in enkele regio's waarin (belemmerende) regelgeving tijdelijk buiten werking wordt gesteld.

Motivatie

Bevorderend voor het instandhouden van de samenwerking is het gezamenlijke belang van de participanten bij een goede patiëntenzorg, zo wordt gemeld. Ook de motivatie van individuele hulpverleners en de samenwerking(scultuur) tussen instellingen zijn van belang.

Uit de dieptestudies ontstaat de indruk dat de samenwerking vaak werd geïnitieerd door

idealistische zorgverleners (of soms innovatieve managers). Persoonlijke drive lijkt een belangrijke factor. Toch lijkt het er ook op dat vervolgens een structuur nodig is om de samenwerking niet te laten verzanden. Een motor-functie lijkt nodig om de samenwerking te continueren. Verschillende partijen kunnen die functie op zich nemen, zo blijkt uit de dieptestudies, waaronder de gezondheidscentra (zie hoofdstuk 5 en 8). Wellicht biedt dit rapport daarmee aanknopingspunten om de rol van gezondheidscentra in het realiseren van regionale samenhang in de zorg verder te ontwikkelen.

1 INLEIDING

Het belang van een samenhangende zorgverlening is reeds lang onderkend. In de jaren zeventig is getracht samenhang tot stand te brengen door middel van overheidsplanning en actieve stimulering van samenwerking binnen de eerste lijn. In het daarop volgende decennium trad de overheid terug. Er heersten toen hoge verwachtingen ten aanzien van de totstandkoming van functionele samenhang door contracten af te sluiten tussen aanbieders van zorg en verzekeraars op regionaal niveau. In de jaren negentig groeide bij aanbieders van zorg het besef dat de kwaliteit van de zorgverlening niet ophoudt bij de poorten van een instelling. In veel zorgvernieuwingsprojecten wordt dan kwaliteitsverbetering nagestreefd door middel van een betere coördinatie en afstemming van de zorg rond concrete patiëntcategorieën. Deze verschuivingen in aanpak geven aan, dat ondanks deze aandacht het ontbreken van samenhang nog steeds een actueel probleem is.

Dit blijkt ook uit de in november 1998 totstandgekomen Najaarsakkoord Meerjarenafspraken Curatieve Somatische Zorg, waarin partijen en overheid afspraken hebben gemaakt over de besteding van middelen gekoppeld aan de realisatie van taakstellingen in de periode tot 2002. Samenhang in de regio is in de Meerjarenafspraken een aparte paragraaf waarin onder meer het volgende wordt gesteld:

"De op zich noodzakelijke decentralisatie van de zorg (dichter bij huis, zorg op maat) heeft ook geleid tot verbrokkeling. Dat besef heeft er mede toe geleid dat betrokken partijen in toenemende mate de waarde inzien van nauwere samenwerking in de regio. Samenhang in de zorg vormt daarmee voor de komende periode één van de kernpunten van het beleid. Dat geldt over de volle breedte van de zorgverlening inclusief preventieactiviteiten en activiteiten op het terrein van reïntegratie in de thuis- of werksituatie. Daartoe is samenwerking nodig tussen huisartsen, ziekenhuizen en specialisten, paramedici, thuiszorg, revalidatiezorg, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en apotheekhoudenden. Zij vormen schakels in de zorgketen, die elk bijdragen aan de zorgverlening van de individuele patiënt."

Het akkoord geeft overigens ook aan, dat de financiële ruimte beperkt blijft binnen strakke grenzen. De begrenzing van de beschikbare middelen zou een prikkel zijn om binnen het systeem van de zorgverlening zelf de doelmatigheid te blijven opvoeren. Een minder ondergeschikt belang van financiering in samenwerkingsverbanden zal dan toch erkend moeten worden.

"Alle partijen bevorderen, dat bij de beantwoording van de zorgvraag zorgvernieuwing, in de ruimste zin des woords, tot stand kan komen. De samenhang - en daarmee de gewenste zorgvernieuwing - zal in belangrijke mate op lokaal/regionaal niveau gestalte moeten krijgen."

Het proces van regionalisering geschiedt met de inbreng van de aanbieders van zorg, zorgvragers, verzekeraars en de overheid, waarbij het van belang is dat er een gemeenschappelijke visie komt over een samenhangend regionaal zorgbeleid waarin de zorgketen centraal staat, aldus het akkoord.

"Ter bevordering van de samenhang in de zorg is in het Regeerakkoord vastgelegd dat experimenten, die de continuïteit in de zorgverlening bewerkstelligen over de huidige financieringscompartimenten heen, in de loop van de kabinetsperiode verder zullen worden ingevuld. De huisartsenzorg als basisvoorziening zal in de experimenten een belangrijke rol spelen vanwege de positie op het grensvlak tussen care en cure. Te denken valt hierbij aan experimenten op het terrein van de samenwerking van huisartsen met andere disciplines, de GGZ, de Arbodiensten c.q. bedrijfsartsen en transmurale zorg."

Een systematisch overzicht van initiatieven tot samenwerking in de zorg ontbreekt tot dusverre.

1.1 Doel van het onderzoek en vraagstelling

Doel van het onderzoek is bestaande initiatieven op het terrein van regionale samenhang in de gezondheidszorg in kaart te brengen en te beschrijven. Daarbij wordt de inventarisatie beperkt tot initiatieven waarbij de eerste lijn op enige wijze is betrokken. Het onderzoek betreft een globale inventarisatie van in aanmerking komende initiatieven en een aantal case-studies, waarvan een diepgaande beschrijving wordt gegeven.

De volgende deelvragen beogen de samenwerkingsverbanden nader te karakteriseren:

- hoe laten samenwerkingsstructuren zich beschrijven in termen van initiatiefnemer(s), participanten, juridische missie en doelen;
- welke projecten gericht op verhoging van de kwaliteit en/of doelmatigheid van de zorg worden gegenereerd en op welke wijze;
- hoe wordt gezorgd voor continuïteit na afloop van projecten;
- welke factoren zijn van belang voor het welslagen van regionale samenwerkingsstructuren en welke belemmeringen worden ervaren;
- welke rol spelen gezondheidscentra binnen deze structuren.

Door middel van een breedte- en een diepte studie wordt een antwoord op deze vragen gegeven.

1.2 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk twee wordt de methode van gegevensverzameling beschreven. De resultaten van de breedte studie naar structurele samenwerkingsverbanden worden gepresenteerd in hoofdstuk drie. In de hoofdstukken vier tot en met acht worden de vijf cases beschreven die voor de diepte-studie zijn geselecteerd. De beschouwing en conclusies zijn voor in het rapport te vinden.

2 METHODE VAN ONDERZOEK

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe en bij wie op welke wijze gegevens zijn verzameld voor het onderzoek. In paragraaf 2.1 wordt de opzet van het onderzoek uiteengezet. De stapsgewijze opsporing van samenwerkingsverbanden en hun kenmerken wordt beschreven in paragraaf 2.2. Tenslotte is paragraaf 2.3 gewijd aan de selectie van cases voor het diepte-onderzoek.

2.1 Opzet van het onderzoek

In dit onderzoek worden regionale samenwerkingsstructuren van twee kanten belicht, namelijk:

- door middel van een breedtestudie, waarin algemene kenmerken worden beschreven van via een landelijke inventarisatie opgespoorde samenwerkingsverbanden;
- door middel van een dieptestudie, waarin voor een vijftal regionale samenwerkingsverbanden meer in de diepte wordt ingegaan op factoren die de samenwerking bevorderen dan wel belemmeren.

Bij de breedtestudie is een schriftelijke enquête als methode van gegevens verzameling gebruikt. Voor de dieptestudie zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen bij vijf geselecteerde samenwerkingsverbanden.

2.2 Methode van opsporen van samenwerkingsverbanden

Oriëntatie

Ten behoeve van de inventarisatie zijn in eerste instantie bronnen binnen het NIVEL geraadpleegd. Eerdere studies (Ros et al. 1996; de Groot et al., 1998), en vaktijdschriften tonen een gevarieerd beeld van vormen en niveaus van samenwerking in de zorgsector. De samenwerking kan een ad-hoc karakter hebben en betrekking hebben op één project. De samenwerking kan ook een structureel karakter hebben en een goede basis vormen voor het doen van steeds nieuwe projecten. Deze laatste vorm van duurzame samenwerking is onderwerp van dit onderzoek. Ter afbakening van het onderzoek zijn - in overleg met de LVG - de volgende criteria gesteld.

Criteria

De volgende criteria zijn aangehouden bij het opsporen van samenwerkingsverbanden:

- huisartsen: zij participeren op het niveau van gezondheidscentra of op het niveau van een huisartsenvereniging (plaatselijke-, regionale- of districts-);
- multidisciplinair: naast huisartsen participeren andere disciplines of zorginstellingen;
- regionaal: de reikwijdte is regionaal of grootstedelijk;
- structureel: de samenwerking is duurzaam en strekt verder dan één project;
- op schrift: het samenwerkingsverband is schriftelijk vastgelegd (ongeacht in welke vorm).

Opsporing van samenwerkingsverbanden die aan eerder genoemde criteria voldoen

vond plaats in drie stappen: a) de rondvraag b) de screening en c) de enquêtering van de samenwerkingsverbanden zelf.

a. De rondvraag

Om samenwerkingsverbanden op te sporen is aan een aantal instanties gevraagd dergelijke verbanden aan te melden (zie bijlage 1). Omdat per regio eventuele participanten in de samenwerking kunnen variëren zijn per regio meerdere zorgaanbieders in de rondvraag betrokken. In de eerste plaats vanzelfsprekend de District Huisartsen Verenigingen. Deelname van huisartsen hoort immers tot de selectiecriteria. Daarnaast zijn alle gezondheidscentra en hun koepelorganisaties, RIAGG's en organisaties voor thuiszorg en wijkverpleging benaderd. Op deze manier zijn er per regio vier potentiële aanmelders van samenwerkingsstructuren. Dit om de kans dat samenwerkingsverbanden werden gemist te minimaliseren.

Niet alle instanties hebben gereageerd. DHV's die na de sluitingsdatum nog niet gereageerd hadden zijn vervolgens gerappelleerd om er voor te zorgen dat alle regio's bij het onderzoek betrokken zouden zijn. De respons op deze rondvraag is weergegeven in tabel 2.2.1.

Tabel 2.2.1 Resultaten van de rondvraag per respondent categorie

	DHV	gezondheidscentra	RIAGG	thuiszorg/wijkverpl.	totaal
verstuurd	23	82	41	75	221
retour	20	32	25	35	112

Op de rondvraag heeft 51% van de instanties gereageerd. Van de DHV's heeft 87% uiteindelijk gereageerd. Deze hoge score houdt mede verband met het rappel. Negenendertig procent van de gezondheidscentra en hun koepelorganisaties, 61% van de RIAGG's en 47% van de instellingen voor thuiszorg en wijkverpleging stuurde het rondvraagformulier in.

Het aantal aangemelde samenwerkingsverbanden varieerde van geen tot 9 vermeldingen. In een aantal gevallen zijn door respondenten uit verschillende categorieën dezelfde samenwerkingsverbanden vermeld. Uit het telefonisch rappel met de DHV's bleek, dat geen reactie vaak betekent: bij ons in de regio zijn geen samenwerkingsverbanden bekend zoals door u omschreven.

b. De screening

In de tweede stap zijn de aangemelde samenwerkingsverbanden gescreend aan de hand van de criteria. Van een aantal aanmeldingen kon op voorhand worden gesteld dat zij niet aan de gestelde criteria voldoen, zoals bijvoorbeeld de FTO's en home-teams (deze zijn te lokaal) en onderzoeksprojecten. Deze zijn in het vervolg buiten beschouwing gelaten.

c. Enquêtering van de samenwerkingsverbanden

Na screening is - in de derde stap - aan contactpersonen van de resterende samenwerkingsverbanden een vragenlijst en antwoordformulier toegestuurd.

In de vragenlijst worden vier onderwerpen belicht:

- de kenmerken van het samenwerkingsverband;
- de partijen die in het samenwerkingsverband participeren;

- het doel en de werkwijze van het samenwerkingsverband;
- activiteiten die door het samenwerkingsverband worden ontplooid.

Bij de kenmerken van het samenwerkingsverband wordt gevraagd in welk jaar het eerste initiatief tot de samenwerking is genomen, op welke wijze het samenwerkingsverband is georganiseerd en hoe het wordt gefinancierd. Bij vraag naar de partijen die in het samenwerkingsverband participeren is ten aanzien van de huisartsen gevraagd op welk niveau zij participeren. Bij het doel en de werkwijze wordt de missie en de rol van elke participant in het samenwerkingsverband belicht. Tenslotte is gevraagd naar de projecten die door het samenwerkingsverband zijn gegenereerd. De vragenlijst is als bijlage 2 opgenomen.

Wanneer een samenwerkingsverband zelf oordeelde niet aan de gestelde criteria te voldoen kon men antwoordformulier terugsturen met daarop: 'niet van toepassing'. In totaal zijn er 127 vragenlijsten met antwoordformulieren verstuurd aan contactpersonen. Van twee samenwerkingsverbanden bleek het opgegeven adres onbekend.

Vijfennegentig samenwerkingsverbanden (75%) hebben hierop gereageerd. 27 maal is het antwoordformulier geretourneerd omdat de samenwerking niet aan de criteria voldeed.

Door 68 samenwerkingsverbanden is de vragenlijst ingevuld. De resultaten staan in hoofdstuk 3.

2.3 Selectie van de cases

In overleg met de LVG zijn vervolgens vijf samenwerkingsverbanden geselecteerd voor de diepte studie. Een belangrijke afweging was een zo groot mogelijke diversiteit te krijgen en enige mate van geografische spreiding. Bij de geselecteerde organisaties zijn documenten opgevraagd en bestudeerd en is een interview afgenomen met vertegenwoordigers van het samenwerkingsverband. Het verslag van het interview is door de geïnterviewden geautoriseerd. De resultaten staan in de hoofdstukken vier tot en met acht.

3 KWANTITATIEF OVERZICHT VAN DUURZAME SAMENWERKINGS-VERBANDEN

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de enquête. Om een idee te geven van de ruimtelijke spreiding van de aangemelde samenwerkingsverbanden wordt eerst een overzicht per provincie gepresenteerd. Vervolgens laat paragraaf 3.2 zien wie in de samenwerkingsverbanden participeren. Paragraaf 3.3 gaat in op de werkzaamheden en doelstellingen van de samenwerkingsverbanden en paragraaf 3.4 belicht hoe de organisaties in elkaar steken. Informatie over de projecten is weergegeven in paragraaf 3.5. Tenslotte is paragraaf 3.6 gewijd aan factoren die volgens de respondenten de samenwerking bevorderen dan wel belemmeren.

Regionale samenwerking

Alle samenwerkingsverbanden zijn regionaal van aard. In tabel 3.1.1 toont het aantal samenwerkingsverbanden per provincie.

Tabel 3.1.1 Provinciale verdeling van samenwerkingsverbanden (N=68)

provincie	aantal samenwerkingsverbanden
Groningen	-
Friesland	2
Drenthe	2
Overijssel	7
Gelderland	8
Utrecht	6
Noord-Holland	13
Zuid-Holland	15
Zeeland	2
Noord-Brabant	9
Limburg	3
Flevoland	1

De respondenten van samenwerkingsverbanden zijn vooral geconcentreerd in Noord- en Zuid-Holland. De provincies Gelderland, Utrecht en Noord-Brabant melden half zo veel samenwerkingsverbanden terwijl uit de provincie Groningen geen samenwerkingsverbanden zijn aangemeld.

3.2 Participanten en initiatief

Een overzicht van participanten en initiatiefnemers is te zien in tabel 3.2.1. Het aantal participanten varieert van 1 tot 13 per samenwerkingsverband.

Het vaakst participeren huisartsen in de samenwerkingsverbanden. Dit is logisch. Betrokkenheid van huisartsen was immers selectie criterium. Dat huisartsen niet in alle projecten betrokken zijn komt doordat in een aantal gevallen de huisartsen via het gezondheidscentrum in het samenwerkingsverband participeren. Details over de betrokkenheid van huisartsen in de samenwerking zijn weergegeven in tabel 3.2.2.

Tabel 3.2.1 Overzicht van participanten en initiatiefnemers in samenwerkingsverbanden (N=68)

instelling	participant*	initiatiefnemer*
huisartsen	64	20
thuiszorg/kruiswerk	53	26
ziekenhuis	44	28
zorgverzekeraar	34	10
verpleeghuis	29	13
verzorgingshuis	28	9
anders**	26	10
gezondheidscentra	20	7
RIAGG	17	5
algemeen maatschappelijk werk	16	3
patiëntenorganisatie	16	1
psychiatrisch ziekenhuis	8	-
universiteit/onderzoeksinstituut	6	1

* meerdere antwoorden mogelijk

** één keer was bij participanten niets ingevuld, twee keer bij initiatiefnemers

Naast huisartsen zijn vooral de thuiszorg en het ziekenhuis betrokken in regionale samenwerking. Gezondheidscentra zijn in bijna eenderde van de samenwerkingsstructuren betrokken. Daarbij moet worden bedacht dat in lang niet alle regio's in Nederland gezondheidscentra zijn.

Bezien we de initiatieven tot de samenwerking dan valt op dat ziekenhuis en thuiszorg wat vaker de initiatiefnemer waren dan de huisartsen. Verpleeghuizen, verzorgingshuizen, verzekeraars en gezondheidscentra spelen ook regelmatig een initiërende rol. De rol van patiëntenorganisaties in het initiëren van regionale samenwerkingsstructuren is relatief gering.

Bij de inventarisatie was één van criteria dat huisartsen in georganiseerd verband zouden participeren. Tabel 3.2.2 laat zien op welke niveaus de huisartsen in de samenwerkingsverbanden participeren.

Tabel 3.2.2 Participatie van huisartsen in de samenwerkingsverbanden (N=68)

niveau	aantal
RHV	32
DHV	25
HAGRO	17
gezondheidscentrum	16
anders	12

RHV en DHV zijn de meest voorkomende organisatieniveaus in regionale samenwerkingsverbanden. In sommige samenwerkingsverbanden participeren verschillende organisatieniveaus van huisartsen.

Activiteiten van participanten

Om een indruk te krijgen van de bijdragen die participanten aan een samenwerkingsverband leveren zijn vier mogelijke taken belicht: het voeren van het secretariaat, een coördinerende taak, optreden als financier en, uitvoerend waarmee de zorgverlening zelf wordt bedoeld. Door respondenten werd regelmatig aangegeven dat deze

taken bij hen niet zo duidelijk te onderscheiden waren. Niettemin laat tabel 3.2.3 duidelijke verschillen zien tussen de wijze waarop instellingen in de samenwerking zijn betrokken.

Tabel 3.2.3 Aantal samenwerkingsverbanden waarin participanten de volgende taken verrichten: secretariaat, coördinatie, financiering en uitvoering (N=68)

instelling	secretariaat	coördinatie	financier	uitvoerend
ziekenhuis	14	18	29	30
psychiatrisch ziekenhuis	1	1	4	8
huisartsen	4	17	15	46
gezondheidscentrum	8	8	7	12
thuiszorg/kruiswerk	13	14	25	39
verzorgingshuis	1	3	15	20
verpleeghuis	5	7	15	22
RIAGG	3	5	8	12
algemeen maatschappelijk werk	1	2	6	11
patiëntenorganisatie	-	1	3	5
zorgverzekeraar	-	4	29	6
universiteit/onderzoeksinstituut	-	1	3	6
anders	17	18	5	18

* meerdere antwoorden mogelijk

Ziekenhuizen en instellingen voor thuiszorg voeren vooral het secretariaat in samenwerkingsverbanden. De coördinerende rol is het vaakst weggelegd voor ziekenhuizen, gevolgd door huisartsen en thuiszorg. Financiële bijdragen komen met name van de participerende ziekenhuizen en thuiszorginstellingen en frequent ook van de zorgverzekeraars. Op uitvoerend niveau zijn nagenoeg alle participanten in meerdere of mindere mate bij de samenwerking betrokken.

De categorie 'anders' betreft vooral samenwerkingsverbanden met een rechtspersoon en/of samenwerkingsverbanden die beschikken over een eigen bureau en personeel.

Totstandkoming van samenwerkingsverbanden

Initiatieven voor samenwerking dateren op zijn vroegst uit 1970. De meeste initiatieven zijn echter tussen 1994 en 1997 ontplooid. Tabel 3.2.4 biedt een overzicht van initiatieven voor samenwerking sinds 1970.

Tabel 3.2.4 Eerste initiatieven tot de samenwerkingsverbanden per periode (N=68)

jaar	aantal initiatieven
1970 - 1980	7
1980 - 1989	10
1990 - 1994	12
1995 - 1998	37
geen opgave	2

De tijd tussen het eerste initiatief en het daadwerkelijk functioneren van een samenwerkingsovereenkomst varieert van binnen het jaar tot 9 jaar. De meeste samenwerkingsverbanden functioneren echter binnen een jaar na het initiatief (52%). Een kwart heeft hier een jaar voor nodig en bij 14% is de totstandkoming na twee jaar een feit.

3.3 Werkzaamheden en doelstellingen

Werkzaamheden

De aard van de samenwerkingsverbanden is divers. Dit komt onder andere tot uitdrukking in de verschillende doelstellingen en in het type werkzaamheden dat door een samenwerkingsverband wordt uitgevoerd. Tabel 3.3.1 geeft een overzicht van een aantal werkzaamheden.

Tabel 3.3.1 Werkzaamheden die door samenwerkingsverbanden worden uitgevoerd (N=68)

werkzaamheden	aantal samenwerkingsverbanden
coördineren / aansturen van projecten	53
initieren van projecten	52
beleidsontwikkeling	51
uitvoeren van projecten	41
werving van subsidies en fondsen	32
reguliere zorgverlening	23
anders	10

* meerdere antwoorden mogelijk

Alle samenwerkingsverbanden hebben meerdere activiteiten aangekruist. Naast het initiëren, aansturen en coördineren van projecten houden de meeste samenwerkingsverbanden zich ook bezig met beleidsontwikkeling. Meer dan de helft van de organisaties heeft zelf ook een uitvoerende taak (55%). Waar dit niet het geval is kan gedacht worden aan koepels die projecten genereren en de uitvoerende taken delegeren. Een derde van de samenwerkingsverbanden verricht ook werkzaamheden op het terrein van de reguliere zorgverlening. Minder dan de helft van de samenwerkingsverbanden houdt zich bezig met het werven van fondsen en subsidies.

3.4 Organisatiekenmerken

In tabel 3.4.1 wordt een overzicht gegeven van de wijze waarop samenwerking tussen de verschillende participanten is vastgelegd.

Tabel 3.4.1 Wijze van vastlegging van samenwerkingsverbanden (N=68)

wijze van vastlegging	aantal samenwerkingsverbanden
als rechtspersoon	25
in een convenant, intentieverklaring of missie	23
in werkafspraken of notulen van gemeenschappelijk overleg	20

De sterkste vorm van vastlegging van een samenwerkingsverband is in de vorm van een rechtspersoon. Dit is het geval bij 25 van de samenwerkingsverbanden. In 23 samenwerkingsverbanden is er geen sprake van een rechtspersoon maar een door alle participanten ondertekend convenant, een missie of een intentieverklaring. De minst formele wijze van vastleggen is in de notulen of werkafspraken. Dit is bij 20 samenwerkingsverbanden het geval.

Financiering

De financiering van de verschillende samenwerkingsverbanden loopt sterk uiteen. De resultaten hiervan zijn weergegeven in tabel 3.4.2.

Tabel 3.4.2 Wijze van financiering van samenwerkingsverbanden (N=68)

financiering	aantal samenwerkingsverbanden
eigen middelen	42
zorgverzekeraars	27
overheidssubsidie	13
anders	11
particuliere fondsen	3
niet van toepassing	9

* meerdere antwoorden mogelijk

Eenenzestig procent van de samenwerkingsverbanden financiert de activiteiten op enigerlei wijze zelf. Zorgverzekeraars dragen in 39% van de gevallen bij en 19% van de organisaties ontvangt steun van de overheid.

Personeel en faciliteiten

Het structurele karakter van de samenwerking kan ook samenhangen met de mate waarin het samenwerkingsverband beschikt over een eigen bureau en eigen personeel. Meer dan de helft van de samenwerkingsverbanden heeft dat niet, zoals tabel 3.4.3 toont. De activiteiten ten behoeve van het samenwerkingsverband worden dan verricht door medewerkers van de participerende instellingen zelf.

Tabel 3.4.3 Beschikbaarheid van een eigen bureau en personeel in de samenwerkingsverbanden (N=68)

middelen en personeel	aantal samenwerkingsverbanden
geen eigen bureau en personeel	36
wel eigen bureau en personeel	32

Overleg

Om een indruk te geven van het functioneren van een samenwerkingsverband is gevraagd een schatting te maken van de jaarlijkse vergaderfrequentie op bestuurlijk en uitvoerend niveau. Ten behoeve van de samenwerking wordt op bestuurlijk niveau minimaal twee keer en maximaal 24 keer per jaar vergaderd. Op uitvoerend niveau loopt dit uiteen van één keer tot meer dan honderd. Deze variatie wordt onder andere beïnvloed door het aantal en de omvang van de projecten dat een samenwerkingsverband genereert. Tabel 3.4.4 toont de gemiddelde jaarlijkse overlegfrequenties. Bij berekening van het gemiddelde is het geval waarin meer dan 100 keer op uitvoerend niveau wordt vergaderd buiten beschouwing gelaten. Algemeen kan men stellen dat op uitvoerend niveau gemiddeld één keer per maand vergaderd wordt en op bestuurlijk niveau eens in de twee maanden.

Tabel 3.4.4 Geschatte jaarlijkse overlegfrequentie op bestuurlijk en uitvoerend niveau van samenwerkingsverbanden (N=68)

overleg niveau	gemiddelde jaarlijkse vergaderfrequentie
bestuurlijk	7
uitvoerend	11

3.5 Gegenerateerde projecten

Een andere mogelijkheid om een indruk van de activiteiten van een samenwerkingsverband te krijgen is door inschatting van het aantal projecten dat men onder handen heeft. Dit is echter ook direct afhankelijk van de bestaansduur van een samenwerkingsverband. Daarnaast speelt de duur en omvang van bepaalde projecten een belangrijke rol. Aangezien dit onderzoek zich beperkt tot het inventariseren van de samenwerkingsverbanden zijn specifieke kenmerken van de projecten die een samenwerkingsverband initieert of genereert buiten beschouwing gelaten.

In tabel 3.5.1 wordt een overzicht geboden van het aantal projecten dat de geïnventariseerde samenwerkingsverbanden hebben gegenereerd.

Tabel 3.5.1 Aantal gegenereerde projecten door geïnventariseerde samenwerkingsverbanden (N=68)

aantal projecten gestart	aantal samenwerkingsverbanden
nog geen projecten gestart	7
1 - 3	18
4 - 10	24
meer dan 10	17
niet aangekruist	2

Zestig procent van de samenwerkingsverbanden heeft inmiddels meer dan 3 projecten gestart. Gezien het gegeven dat het merendeel van de samenwerkingsverbanden functioneert sinds 1995 genereren de samenwerkingsverbanden in het onderzoek al gauw één project per jaar.

De projecten zijn divers van karakter. Bijlage 4 geeft een overzicht van de onderwerpen waarop de projecten zijn gericht. Daarin is te zien dat frequent voorkomende onderwerpen zijn:

- samenwerking in de zorg voor ouderen en chronisch zieken;
- coördinatie van de gehele zorgketen (transferpunten, casemanagement etc.);
- samenwerking tussen huisartsen en diverse medische specialismen;
- nieuwe vormen van ziekenhuisverplaatste zorg en thuiszorgtechnologie;
- gezondheidsbevordering, gericht op achterstandswijken en migranten.

Het gaat in alle gevallen om samenwerking tussen verschillende disciplines en doorgaans ook tussen verschillende echelons, met name tussen eerste- en tweedelij.

3.6 Bevorderende en belemmerende factoren

Samenwerkingsverbanden beginnen vaak met gezamenlijke projecten. Om een struc-

tureel samenwerkingsverband te laten slagen zijn er een aantal voorwaarden die dit welslagen bevorderen. Tabel 3.6.1 presenteert een samenvatting van factoren, die structurele samenwerkingsverbanden een bevorderende werking toekennen. In tabel 3.6.2 worden de belemmerende factoren samengevat. Beide waren open vragen in de schriftelijke enquête die gecodeerd zijn in categorieën die in eerder onderzoek zijn gebruikt (De Bakker et al., 1996).

Tabel 3.6.1 Factoren die de samenwerking bevorderen (N=68)

bevorderende factoren	aantal maal genoemd
gezamenlijk doel/belang bij cliëntenzorg	20
(goede) samenwerking tussen de instellingen	15
financiering en financiële stabiliteit	11
motivatie bij betrokkenen	9
duidelijke structuur, korte lijnen	8
(kwaliteits)beleid, gemeenschappelijke visie	8
kleinschaligheid, regio gericht	7
tevredenheid bij de cliënten	4
duidelijke afspraken	4
motivatie bij de leiding	3
bekendheid en duidelijkheid naar buiten toe	3
de uitdaging van de samenwerking	3
win-win situatie voor eerste- en tweedelij	3
de overlegcultuur	2
de lang bestaande samenwerking	2
noodzaak tot samenwerking	2
anders	6

Het aantal aangemelde bevorderende factoren varieert van geen één tot vijf per organisatie.

Met name gemeenschappelijk doel en belang ten aanzien van cliëntenzorg zijn als bevorderende factoren genoemd (N=20). Daarbij spelen factoren zoals het vertrouwen in elkaar, goede communicatie, het ontwikkelen van beter begrip voor elkaar en het multi-disciplinaire karakter waarbij zelfstandigheid en onafhankelijkheid van de participanten behouden blijven een bevorderende rol (N=15). Financiële ondersteuning en financiële stabiliteit zijn ook bevorderlijk voor structurele samenwerkingsverbanden (N=11). Verder kunnen als invloedrijk beschouwd worden: de motivatie van de betrokkenen, waarbij ook de rol van de coördinator of 'kartrekker' expliciet wordt genoemd (N=9), helderheid en korte lijnen in de samenwerkingsstructuur (N=8) en omgevingsfactoren als het (kwaliteits)beleid of een gemeenschappelijk ontwikkelde (regio)visie (N=8) en het kleinschalige karakter.

Andere voorwaarden die als bevorderend worden ervaren betreffen de samenwerking bij de leiding van het samenwerkingsverband, deskundigheid bij de medewerkers, het delegeren van bevoegdheden, bottom-up benadering binnen de samenwerking en de schaarste aan zorg binnen de regio (N=1).

Samenwerkingsverbanden konden meer dan één belemmerende factor naar eigen inzicht omschrijven.

Tabel 3.6.2 Factoren die de samenwerking belemmeren (N=68)

belemmerende factoren	aantal maal genoemd
financieringsproblemen	27
gebrek aan samenwerking tussen de instellingen	10
wet -en regelgeving	7
regionale veranderingen, fusies	5
problemen in ondersteuning van het samenwerkingsverband	5
tijdgebrek en werkdruk	5
ontbreken van status van samenwerkingsverband	3
gebrek aan motivatie van betrokkenen	2
competentiegevoel bij medewerkers	2
onbekendheid met werkgebied van anderen	2
onduidelijke afspraken/niet nakomen verantwoordelijkheden	2
anders	3

Financieringsproblemen worden als belangrijkste belemmerende factor genoemd. Deze problemen zijn van verschillende aard. Veelvuldig is het probleem van de "financiële schotten" genoemd waarbij participanten onderling verschillen in financieringsstructuur. Daarnaast zijn financiële krapte, onduidelijkheid, niet-structurele financiering en het uiteenlopen van financiële belangen genoemd. Ook in de samenwerking tussen de instellingen worden belemmeringen geconstateerd. Deze betreffen de afbakening van het eigen belang van participanten, interne problemen die meer aandacht krijgen van participanten dan het samenwerkingsverband, machtsproblemen in het samenwerkingsverband en verschillen in werkcultuur. Als derde belemmerende factor wordt de wet en regelgeving genoemd. Starheid en overheidsbemoeienis worden als belangrijkste elementen genoemd. Verder worden tijdsdruk en beperkte facilitaire ondersteuning als belemmerende factoren vermeld.

Andere factoren die als belemmerend worden ervaren betreffen het effect van samenwerking op termijn, onzekerheid over de toekomst van het samenwerkingsverband en bilaterale convenanten tussen participanten (N=1).

3.7 Conclusies

Voordat in de volgende hoofdstukken de cases worden beschreven, volgen enkele conclusies ten aanzien van het kwantitatieve overzicht.

Vooraf zij opgemerkt dat dit overzicht geen volledigheid pretendeert en beperkt is tot samenwerkingsverbanden met betrokkenheid van de eerstelijns.

1. Ruim de helft van de samenwerkingsverbanden is van vrij recente datum en slechts weinige bestaan langer en stammen uit de periode 1970 tot en met 1990. Dit doet vermoeden dat het niet altijd lukt om het samenwerkingsverband te continueren. Wat daarvoor nodig is blijkt uit de volgende hoofdstukken bij de casus-beschrijvingen.
2. Dat de samenwerkingsverbanden een goede structuur vormen voor het uitvoeren van projecten blijkt uit het feit dat in 60 van deze verbanden ruim 350 projecten zijn of worden uitgevoerd. Het voordeel daarvan is dat niet voor elk project een nieuwe structuur in het leven geroepen hoeft te worden.
3. Bij de meerderheid van de samenwerkingsverbanden zijn naast de huisartsen het ziekenhuis en de thuiszorg betrokken. Dat impliceert aandacht voor de relatie

tussen ziekenhuisontslag en nazorg thuis. Opvallend is dat de huisartsen doorgaans in groter verband participeren namelijk op het niveau van RHV, DHV of gezondheidscentrum en relatief weinig op het niveau van een HAGRO.

4. Een minderheid van de samenwerkingsverbanden beschikt over een eigen bureau en eigen personeel. In tweederde van de gevallen wordt het samenwerkingsverband gefinancierd doordat de participanten eigen middelen ter beschikking stellen. In de helft van de gevallen treedt de zorgverzekeraar op als mede-financier.
5. Bevorderend voor de samenwerking is het gezamenlijke belang van de participanten bij een goede patiëntenzorg en de al bestaande goede samenwerking tussen de zorgaanbieders. Daarnaast is financiële stabiliteit nodig. Het ontbreken daarvan wordt als de belangrijkste belemmering ervaren.
6. De samenwerkingsverbanden houden zich naast beleidsontwikkeling met name bezig met het initiëren en coördineren van samenwerkingsprojecten en de uitvoering daarvan. Wat dat precies inhoudt wordt in de volgende hoofdstukken verduidelijkt.

4 EEN VERENIGING VOOR ZORGINTEGRATIE

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de Vereniging Zorgintegratie Zuid Oost, kortweg ZiZo genoemd. De ZiZo is een vereniging van alle zorgaanbieders in de regio Amsterdam Zuid-Oost en Diemen. Sinds 1989 probeert de vereniging een sluitend zorgcircuit voor ouderen en chronisch zieken tot stand te brengen. Als een van de eersten in Nederland stelde men daartoe regionale zorgcoördinatoren aan, de zogenaamde circuitmanagers. Zij leidden de individuele patient door het zorgcircuit van indicatie tot en met plaatsing. Daarnaast initieerde de vereniging diverse vernieuwingsprojecten.

De werkwijze van de ZiZo werd de laatste jaren doorkruist door ontwikkelingen op stedelijk niveau. De zorgaanbieders gingen op stedelijk niveau over tot holdingvorming waardoor hun aandacht voor samenwerking op regionaal niveau verslapte. Daarnaast werd de ZiZo een deel van de totale regie over de zorg ontnomen door de centrale stedelijke indicatiestelling. Deze (en andere) ontwikkelingen noopten tot een nieuwe plaatsbepaling van ZiZo.

De vereniging wil zich nu - naast coördinatie - vooral gaan richten op de inhoud van de zorgverlening. Via het ontwikkelen van zorgprogramma's voor patiëntencategorieën, over de grenzen van instellingen heen, wil men de kwaliteit van zorg verbeteren. Voor CVA-patiënten is reeds een dergelijk zorgprogramma gerealiseerd, hetgeen tot structurele verbeteringen in de zorg voor deze patiënten heeft geleid.

De activiteiten van en ontwikkelingen binnen de ZiZo worden hierna beschreven.

N.B. regionaal betekent in dit hoofdstuk één van de zes regio's van Amsterdam; stedelijk betekent Amsterdam en omstreken in zijn geheel.

4.2 Doelstelling en werkwijze

Het ontstaan van ZiZo en de participanten

De samenwerking in de regio kent een historie van bijna twintig jaar. Al in 1980 was sprake van samenwerking tussen de diverse zorgaanbieders in de regio Amsterdam Zuid Oost en Diemen. Een regio met circa 120.000 inwoners. Die samenwerking was gestart door een groep ideologisch bevlogen mensen die de zorg wilden verbeteren. In 1989 ontstond behoefte aan meer structuur in de samenwerking en werd de Vereniging ZiZo opgericht.

Het initiatief was afkomstig van vrijwel alle zorgaanbieders in de regio. Participanten zijn:

- ziekenhuis: het AMC;
- verpleeghuis: verpleeghuis Gaasperdam;
- verzorgingshuizen: vier in Zuid-Oost en twee in Diemen;
- thuiszorg: De Stichting Amsterdam Thuiszorg;
- gezondheidscentra: alle vijf gezondheidscentra in Zuid Oost;
- huisartsen: de regionale huisartsenvereniging;
- RIAGG.

"De gedachte was, laten we het zorgcircuit gaan sluiten, want dat is iets wat we niet goed doen. We zien allemaal een individuele patiënt. En vervolgens komen we er niet goed uit en schuiven we de patiënt door, liefst op vrijdagmiddag. De behoefte was - en dat is nog steeds de centrale doelstelling - een sluitend zorgcircuit voor de patiënt in deze regio te realiseren."

Kenmerken en taken van de ZiZo

De ZiZo verkeert in een overgangsfase. Tot voor kort was de ZiZo als volgt georganiseerd.

De Algemene Ledenvergadering benoemde een breed samengesteld bestuur waar alle instellingen waren vertegenwoordigd. De ZiZo had drie circuitmanagers in dienst en een directeur. Zij vormden tezamen het bureau waar het werk werd verricht.

Er zijn structurele overleggen op beleidsniveau en op uitvoerend niveau. De directeur vormt de verbindende schakel tussen beide niveaus.

Beleidsniveau. Op beleidsniveau staat de afstemming tussen vraag en aanbod in de regio centraal en de knelpunten daarin. Men bespreekt de patiëntenstromen tussen de diverse instellingen, de wachtlijsten etcetera. Om knelpunten op te lossen worden projecten geïnitieerd. Voorbeelden zijn projecten rond intensieve thuiszorg, zwevende bedden, wijkziekenboegen, psychogeriatric, de zorg voor CVA-patiënten enzovoorts. Op beleidsniveau wordt 12 keer per jaar vergaderd. De directeur bereidt onder meer de vergaderingen van het bestuur voor en levert de benodigde gegevens aan.

Operationeel niveau. In de overleggen op operationeel niveau staat de daadwerkelijke zorgcoördinatie centraal. De circuitmanagers coördineren de zorg voor individuele patiënten vergelijkbaar met het casemanagement in Engeland. Zij hebben het overzicht over alle voorzieningen in de regio, de beschikbare plaatsen in de wijkziekenboegen, de wachtlijsten enzovoorts. Door hun coördinatie worden de beschikbare plaatsen optimaal benut. Deze coördinerende functie werd nodig geacht omdat een zorgaanbieder wel weet wat de mogelijkheden van de eigen instelling zijn maar geen overzicht heeft over de beschikbare capaciteit in de regio. Op dit operationele niveau vindt dagelijks overleg plaats op cliëntniveau. Gesignaleerde knelpunten worden op beleidsniveau besproken.

Kassiersfunctie. Naast het initiëren en aansturen van projecten vervulde de ZiZo lange tijd ook een centrale kassiersfunctie. *"In de loop der jaren groeide ZiZo uit van een vereniging naar een organisatie die steeds meer centraal ging doen. Niet alleen de projectaanvragen maar ook allerlei budgetten kwamen centraal te liggen bij de ZiZo. Bijvoorbeeld de budgetten voor de wijkziekenboegen en voor de intensieve thuiszorg, terwijl de ZiZo ook meebesliste over de besteding van het budget voor de zwevende bedden in het verpleeghuis. We vervulden dus een regiefunctie voor de projecten en een kassiersfunctie voor de zorg. Tegelijkertijd konden we over de inzet van de zorg beslissen via de circuitmanagers, die de plaatsing van cliënten regelden."*

Herijking van de doelstellingen.

Sinds kort heeft de ZiZo haar taken en doelstellingen herzien. Dat werd ingegeven door drie met elkaar samenhangende ontwikkelingen.

Het teruggeven van de kassiersfunctie

Het uitoefenen van de kassiersfunctie door ZiZo leverde op den duur spanningsvelden op. De zorgaanbieders konden niet altijd goed inschatten hoe de beschikbare middelen

werden ingezet en welke beslissingen er bij het bureau gemaakt werden in het sturen van de patiëntenstromen. De kassiersfunctie is daarom sinds kort teruggegeven aan de zorgaanbieders zelf. *"Het moet herkenbaarder voor ze zijn dat het hun eigen geld is, zodat ZiZo niet meer beschouwd kan worden als een 'fremdkörper' waartegen men zich kan afzetten."*

Nieuwe functie en plaats van de circuitmanagers

Ten tweede werd de functie van ZiZo door stedelijke ontwikkelingen uitgehouden. Dit betrof de indicatiestelling, wachtlijstbeheer en plaatsingsbemiddeling. We lichten dit toe: Tot 1998 vond de indicatiestelling plaats bij en onder leiding van ZiZo (één loket). Per 1 april 1998 is de indicatiestelling bij ZiZo weggehaald en op stedelijk niveau ondergebracht in een onafhankelijk indicatie-orgaan¹.

Daarnaast probeerde men op stedelijk niveau de plaatsing en bemiddeling te regelen. Sinds 1994 functioneert namelijk een stedelijk plaatsings- en bemiddelingsbureau. Dat bureau verzorgt de centrale registratie van vraag naar en aanbod van verpleeg-/verzorgingsplaatsen in Amsterdam. *"Het stedelijk bureau heeft in het begin ook gepretendeerd een rol als plaatsingsbemiddelingsbureau in te vullen. Men kwam er echter achter dat dat niet werkt. Praktische problemen kunnen niet op stedelijk niveau worden opgelost. Men heeft daar weinig inzicht in vrijkomende bedden. Dat moet op kleinere schaal regionaal geregeld worden. Daar is een regionaal samenwerkingsverband voor nodig van zorgaanbieders die met elkaar bereid zijn de schouders eronder te zetten."* Stedelijk is nu afgesproken dat in elke regio een samenwerkingsverband van zorgaanbieders dient te gaan functioneren, om de plaatsingsproblemen in die regio op te lossen (men noemt dit zorgaanbiederstafels). In feite is dat de situatie die ZiZo in de regio Zuid Oost al jaren gerealiseerd had.

Met deze ontwikkelingen verloren de circuitmanagers het mandaat om de totale regie over de zorg te voeren. Daarbij kwam dat de zorgaanbieders in feite dubbel betaalden, zowel aan het stedelijke plaatsings- en bemiddelingsbureau als aan de ZiZo. Sommige van hen - met name de huisartsen - begonnen het nut van de functie circuitmanager in twijfel te trekken. *"De individuele huisartsen merken wel dat die circuitmanager hen veel werk uit handen neemt. Zij regelen veel zaken voor hen. Maar op beleidsniveau vroeg men zich toch af of men dat allemaal moest blijven financieren."*

Als oplossing is enerzijds een nieuwe invulling gegeven aan het takenpakket van de circuitmanagers, anderzijds is besloten dat de circuitmanagers - die in dienst waren van de ZiZo - teruggaan naar de zorgaanbieders zelf. Zij komen in dienst van respectievelijk het ziekenhuis, de verzorgingshuizen en de gezondheidscentra (in goed overleg met alle regionale huisartsen). *"Op die manier hopen we dat het voor de zorgaanbieders meer herkenbaar wordt, dat het hun eigen functionarissen zijn. De zorgaanbieders zelf worden werkgever, maar de circuitmanagers blijven centraal werken met ZiZo als opdrachtgever. Op die manier blijven zij hun betekenis houden voor de regio als geheel."*

Naar een zorgaanbiederstafel met zorggarantie

De derde ontwikkeling betrof de zorgaanbieders. Zij gingen op stedelijk niveau over tot holdingvorming, wat ten koste ging van de belangstelling voor het regionale niveau.

"Hierdoor kwam de hele regionale visie continu onder spanning te staan: wat ga je

¹ De Stichting Tot & Met verzorgt de indicatiestelling voor geheel Amsterdam.

regionaal neerzetten en wat wordt stedelijk neergezet. De stedelijke holdings die aan het vormen waren, waren heel erg marktgeoriënteerd en bezig met het vormgeven van hun concern. Zij hadden nauwelijks aandacht voor de regio, laat staan dat ze de ontwikkelingen daar erg interessant vonden, die blokkeerde hun ontwikkeling tot holdingvorming. Daar hebben we twee jaar last van gehad."

Uiteindelijk is - na een heroriëntatie - door de zorgaanbieders besloten dat een nieuwe invulling wordt gegeven aan de samenwerking en zelfs dat men in de toekomst wellicht tot verplichtender vormen van samenwerking zal overgaan. De ZiZo wordt als het ware een regionaal logistiek centrum met, als doelen:

- het realiseren van een sluitend zorgcircuit;
- het regionaal bieden van zorggarantie;
- de afstemming van vraag en aanbod in de regio;
- het ontwikkelen van gezamenlijke zorgprogramma's.

De circuitmanagers blijven centraal werken onder regie van het ZiZo.

De functie van directeur van de ZiZo wordt teruggebracht tot 0,3 fte. Het streven is dat deze functie wordt ingevuld door een medewerker van een van de zorgaanbieders. Er komt een afgeslankt bestuur (voorzitter, secretaris, penningmeester) met uitsluitend bestuurstaken. Dit bestuur is de wettelijke vertegenwoordiger van ZiZo, bereidt de vergaderingen voor en verzorgt de koppeling tussen het operationele niveau (circuitmanagers) en het beleidsniveau (ledenvergadering c.q. zorgaanbiederstafel).

In de toekomst wil men toe naar een meer verplichtende vorm van samenwerking, misschien in de vorm van een coöperatieve vereniging. Dat is nog in discussie.

Financiering

De opzet van ZiZo werd in de beginjaren gefinancierd door het Ministerie. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar ZAO in belangrijke mate een aantal jaren meegefinancierd aan het opzetten van die regionale structuur en het onderhouden ervan. *"De zorgverzekeraar zag daar een meerwaarde in, met name vanwege de zorggarantie die de gezamenlijke zorgaanbieders boden."*

Op dit moment wordt ZiZo geheel gefinancierd door de betrokken zorgaanbieders. Er is geen aanvullende financiering. De bijdrage van de gezamenlijke zorgaanbieders bedroeg in 1998 op jaarbasis f 125.000 en is in 1999 verlaagd naar f 85.000. Men acht dit bedrag het absolute minimum om de ZiZo in stand te kunnen houden (bureau, huisvesting, administratie, bestuurskosten, intern manager). Daarnaast leveren de zorgaanbieders 'in natura' de circuitmanagers (totaal 2,25 fte).

Concluderend zijn wij (de auteurs) van mening dat het de ZiZo gelukt is om - ondanks de tegenstromen - een samenwerkingstraditie van bijna 20 jaar in stand te houden en zelfs nieuwe inhoud te geven, waardoor de vereniging als het ware met de ontwikkelingen meegroeit.

4.3 Projecten en activiteiten

Vele jaren richtte de ZiZo zich op innovatieve projecten. De nieuwe werkwijzen werden na afloop van een project geïntegreerd in de werkwijze van de betrokken instellingen en organisaties. We geven een korte impressie van deze projecten en vervolgens van de nieuwe koers die ZiZo in wil slaan.

Circuitmanagement

Al vermeld is dat ZiZo als een van de eersten de functie van circuitmanagement in het leven riep. Circuitmanagement was afgekeken van het case-management in Engeland. De case-managers konden het budget beheren en stuurden de cliënten door het proces heen. *"In die zin was dat hier nog lastig omdat we nog onvoldoende trajecten gedefinieerd hadden, maar ze zijn wel als een soort spil in die regio neergezet."* De circuitmanagers zijn begonnen op een aantal projecten. In het project Intensieve Thuiszorg hebben zij bijvoorbeeld nadrukkelijk een rol gekregen. Dit hield in het beoordelen of iemand wel of niet recht had op intensieve thuiszorg en tegelijkertijd de plaatsing van de zorg regelen. De ZiZo beheerde het budget van dit project, zodat de circuitmanagers ook over het budget konden beslissen. Later is de functie van de circuitmanagers verbreed tot alle cliënten met acute en complexe hulpvragen.

Wijkziekenboegen

Vrij snel daarna is begonnen met het creëren van wijkziekenboegen in verzorgingshuizen. De meeste verzorgingshuizen hadden al ziekenboegen van zichzelf. Wijkziekenboegen zijn tijdelijke voorzieningen - tussenvoorzieningen - waar mensen drie maanden tot maximaal een half jaar kunnen verblijven (de gemiddelde ligduur is 15 tot 17 dagen). De bedoeling was dat mensen uit het ziekenhuis sneller naar huis zouden kunnen met als tussenstap de wijkziekenboeg. En dat mensen, waarvan de situatie niet meer te hanteren was in de thuissituatie, tijdelijk opgenomen konden worden in de wijkziekenboeg. De circuitmanagers hadden het overzicht over de open plekken en zij kenden het afgesproken budget. Zodat zij ook hier de regie in handen kregen.

Geïntegreerde indicatiestelling

Toen de regionale de indicatiestelling van de grond kwam in Nederland is geprobeerd om dat samen met de indicerende instantie - de Stichting Tot en Met - vorm te geven en dus één meldpunt te creëren. Er was een tijd lang één loket voor de regio en achter dat loket werden de werkzaamheden gescheiden: eenvoudige zorg ging naar Tot en Met en acute en complexe zorg ging naar een team van indicatie-adviseurs van Tot en Met en de circuitmanager van de ZiZo.

"Uiteindelijk zijn we ingehaald door de ontwikkelingen want het moest allemaal onafhankelijk. In feite waren die circuitmanagers al onafhankelijk bezig want zij hadden een eigen referentiekader en eigen indicatiecriteria. Toch is hier in Amsterdam de bijerin gezet en gezegd: Tot en Met doet de indicatiestelling en de zorgaanbieders doen de plaatsing en bemiddeling. Dus dat gezamenlijke project moesten we vergeten. Sinds 1 april dit jaar is Tot en Met ook fysiek verhuisd naar een andere plek.

Ik vind het heel erg spijtig want wij hadden de afgelopen jaren de indicatiestelling goed georganiseerd. Je ziet nu overal discussies in het land over wie dat proces mag gaan sturen en hoever gaat de mandatering? Daar komen ze allemaal niet uit. De mensen hier in de regio vinden het jammer dat dat ene meldpunt hier niet meer is."

Psychogeriatric

Het project 'Transmurale zorg voor Psychogeriatric patiënten' werd niet gefrustreerd door landelijke ontwikkelingen. Het doel was en is nog steeds, het bieden van multidisciplinaire diagnostiek en behandeling van deze patiënten. Dat gebeurt via een tweewekelijks overleg op patiëntniveau tussen huisarts, verpleeghuisarts, een neuroloog van het ziekenhuis, de geriater van de RIAGG en een circuitmanager. Alle PG-clienten worden ingebracht en het diagnostisch en zorgtraject wordt besproken. De gegevens worden vastgelegd in een cliëntvolgsysteem, waar de individuele situatie van de patiënt gevolgd kan worden en de zorginzet kan worden aangepast als de situatie verandert.

"Dit is veel meer een zorgprogramma-achtige benadering. Geen project in feite waar je veel subsidie voor binnen moet halen, nee, organiseer nou samen rond die patiënt de zorg op regionaal niveau."

CVA-project

Als laatste voorbeeld het CVA-project. *"Huisartsen hadden veel problemen met het opnemen van patiënten die een beroerte hadden gekregen. Zij moesten continu drie, vier ziekenhuizen bellen. En die zeiden 'wij zitten vol'. We kunnen ze niet kwijt want het verpleeghuis zit vol. Met elkaar besloot men dat dat niet langer te accepteren was."*

Er is een analyse gemaakt van het proces. En er zijn afspraken gemaakt over opnamegarantie. Het ziekenhuis geeft een opnamegarantie af aan de huisarts als er ook een opnamegarantie is van het verpleeghuis. Nu is de keten zo dat een CVA-patiënt van de regionale huisarts altijd wordt opgenomen op de stroke-unit van het AMC. Na 14 dagen gemiddeld (dat was gemiddeld 25 dagen) gaat hij door naar het verpleeghuis of hij kan naar de thuissituatie (of wijkziekenboeg). De circuitmanager functioneert als facilitator.

"Dit is een perfect project. Anderen hebben nog ligdagen in het ziekenhuis van 45 dagen. Dit is een voorbeeld van wat goede samenwerking tussen zorgaanbieders vermag. De kwaliteit van de patiëntenzorg is ontzettend verbeterd. ZiZo heeft daarin een belangrijke rol gespeeld en zeker ook de samenwerkingstraditie. In andere regio's gaat het veel moeizamer."

Van projecten naar zorgprogramma's

De vereniging ZiZo slaat een nieuwe koers in. De fase van projecten wordt verlaten. In het nieuwe beleid staan zorgprogramma's centraal. Vergelijkbaar met het zorgprogramma voor CVA-patiënten en voor psychogeriatrische patiënten zullen ook voor andere categorieën patiënten zorgprogramma's worden ontwikkeld. Dat betekent dat de vereniging zich meer en meer gaat richten op de inhoud en de kwaliteit van de zorg, in multidisciplinair verband, over de grenzen van de instellingen heen.

"Dat is een interessante ontwikkeling, maar er moet nog wel veel energie en aandacht in voordat die zorgprogramma's op een goede manier draaien. Met zorgprogramma's kom je op de raakvlakken en dan zullen dus ook domeindiscussies gevoerd moeten worden. Daar ontkom je niet aan. Tot nu toe hebben we die discussies buiten de deur weten te houden doordat we ons vooral met projecten bezig hielden."

4.4 Bevorderende en belemmerende factoren.

Als laatste wordt ingegaan op factoren die het instandhouden van de vereniging ZiZo bevorderen dan wel belemmeren. Deze zijn in de vorige paragrafen reeds aan de orde gekomen zodat we hier volstaan met een korte opsomming.

Bevorderend

Bevorderend voor de instandhouding van de vereniging is de lange samenwerkingstraditie die in Zuid Oost en Diemen is opgebouwd. Ook de opgebouwde infrastructuur en de 'makelaarsrol' van de circuitmanagers dragen daaraan bij.

Belemmerend

De instandhouding van de vereniging werd de laatste jaren bedreigd door een drietal

externe factoren die met elkaar samenhangen, namelijk de landelijke regelgeving rond de indicatiestelling, het spanningsveld tussen datgene wat stedelijk en regionaal geregeld dient te worden en tenslotte de financiële middelen die nodig zijn om de infrastructuur in stand te houden. Intern ontstonden soms spanningsvelden vanwege de centrale kassiersfunctie die ZiZo vervulde waardoor de zorgaanbieders de financiële budgetten soms niet meer als hun eigen geld ervaarden.

Met dank aan de heer R. Schurink, MD. Ten tijde van dit interview interim-manager van ZiZo.

5 EEN NETWERK VOOR LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft het netwerk Hulpsector Oost in 's Hertogenbosch. Het bijzondere aan dit netwerk is met name de hechte samenwerking tussen wijkbewoners en professionals. Het netwerk kenmerkt zich daarnaast door samenwerking tussen enerzijds de gezondheidszorg en anderzijds welzijn, preventie, educatie en dienstverlening. Het doel is lokaal 'community based' gezondheidsbeleid te realiseren. Het accent ligt op gezondheidsbevordering in de breedste zin van het woord. Het netwerk is ontstaan in 1980. Vijf jaar later dreigde het netwerk te verdwijnen. Met vereende krachten werd een geslaagde reddingspoging ondernomen. Sindsdien heeft het netwerk zich gestadig uitgebreid. Er bestaan sinds vorig jaar (1998) plannen om deze wijkgerichte samenwerking te verbinden met de samenwerkingsstructuren die er op regionaal niveau bestaan. Dit betekent een uitbreiding naar de tweedelijnsgezondheidszorg met het gezondheidscentrum als kristallisatiepunt. Naast een beschrijving van de activiteiten van het netwerk Hulpsector Oost wordt in dit hoofdstuk veel aandacht besteed aan de toekomstplannen.

5.2 Doelstelling en werkwijze

Het netwerk Hulpsector Oost omvat één wijk in 's Hertogenbosch met circa 13.000 inwoners. De wijk is een achterstandswijk. Kenmerken zijn slechte huisvesting, hoge werkeloosheid, lage onderwijsgraad en aantoonbaar slechtere gezondheidssituatie van de bewoners. *"De aard van de problematiek in achterstandswijken vraagt samenwerking met vele sectoren, en met name ook met welzijnswerk en GGD. Een integrale aanpak is nodig. Mensen beleven hun bestaan en ook hun problemen integraal. De fragmentering van problemen vindt plaats binnen de geprofessionaliseerde instellingen."*

Het netwerk heeft als algemeen doel lokaal gezondheidsbeleid vorm te geven waarin de bevolking daadwerkelijk participeert. De activiteiten en projecten van het netwerk moeten direct aangrijpen op de in de wijk gevoelde behoeften of gesignaleerde problemen.

Het ontstaan van het netwerk en de participanten

De oorsprong van het netwerk stamt uit 1980. Het begon met vier mensen, twee van het welzijnswerk en twee van het Gezondheidscentrum Samen Beter. Zij startten en maandelijks overleg. De samenwerking dreef op idealisme.

In toenemende mate zijn beroepskrachten en functionarissen van andere instellingen gaan deelnemen. De samenwerking komt tot uiting in tal van projecten (zie paragraaf 5.3).

Zeven instellingen hebben zich garant gesteld voor de coördinatie binnen het netwerk en voor het scheppen van de voorwaarden om het netwerk in stand te houden. De directies van deze instellingen zijn vertegenwoordigd in een stuurgroep. Dit zijn:

- Stichting Thuiszorg;
- Verzorgingshuis De Grevelingen;

- Welzijnswerk verenigd in 'Divers';
- Maatschappelijke dienstverlening;
- Steunpunt GGZ;
- GGD;
- Gezondheidscentrum Samen Beter.

Het netwerk bedreigd en gered

De eerste vijf jaren had het netwerk een informele samenwerkingsstructuur. De samenwerking dreef op individuele werkers. Er was geen ondersteuning. Halverwege de jaren tachtig dreigde het netwerk te verdwijnen door een drietal oorzaken:

- het verloop van betrokken medewerkers;
- reorganisatie van en bezuinigingen op het welzijnswerk;
- uitbreiding van het gezondheidscentrum waarbij interne professionalisering veel aandacht vroeg.

Drie personen ondernamen een reddingsactie. Zij vonden gehoor en een jaar later werd een stuurgroep opgericht. De stuurgroep probeerde de gegroeide samenwerkingsstructuur goed te onderbouwen en trachtte de samenwerking nieuw leven in te blazen via het werven van projecten. Dit bleek bijzonder moeilijk te zijn. *"De subsidieverzoeken waren gebaseerd op de integrale werkwijze in het netwerk. Die werkwijze paste niet binnen de bestaande schotten van de subsidieregelingen. Subsidiegevers gaven blijk van eenzelfde verkokering als de instellingen."* Als oplossing heeft men de plannen opgedeeld in deelprojecten waarvoor wel afzonderlijke subsidies werden gevonden. Daarna kon een groot aantal activiteiten worden gestart. De samenwerking werd hechter en beter gestructureerd. Wel was het inmiddels 1991. Dat betekent dat het redden van het samenwerkingsverband vijf jaren in beslag heeft genomen.

Kenmerken en taken van het netwerk

De infrastructuur van het netwerk bestaat uit lagen. Op beleidsniveau zorgt de al genoemde stuurgroep voor afstemming van het instellingsbeleid. Men vergadert drie tot vier maal per jaar. De stuurgroep heeft een coördinator aangesteld voor 8 uur per week. *"Met opzet is deze functie niet te zwaar gemaakt om te voorkómen dat de samenwerking afhankelijk wordt van de persoon. De instellingen moeten gemobiliseerd worden tot samenwerking. De functie van coördinator kan in die beperkte tijd alleen uitgeoefend worden door iemand die goed is ingewerkt en alle lijnen kent."*

Elk project of activiteit heeft zijn eigen begeleidingsgroep. Daarnaast zijn er twee structurele overleggen op uitvoerend niveau:

- ontmoetingsbijeenkomsten voor hulpverleners en vrijwilligers (vier tot tien keer per jaar);
- overleggen voor alle betrokken hulpverleners in de wijk (minimaal 6 maal per jaar).

We lichten dit toe.

Ontmoetingsbijeenkomsten voor hulpverleners en vrijwilligers gezamenlijk

De ontmoetingsbijeenkomsten voor hulpverleners en vrijwilligers gezamenlijk hebben het karakter van thema-avonden. Rond een bepaald thema wordt gekeken welke behoeften of problemen er in de wijk leven en hoe daarmee omgegaan zou moeten worden. Thema's die aan de orde komen zijn bijvoorbeeld sociale veiligheid, bijzondere bijstand, chronische pijn, omgaan met pubers, werk na de bijstand enzovoorts. Op deze avonden zoeken wijkbewoners samen met professionals naar structurele oplossingen. De avonden hebben soms het karakter van bijscholing. Zij hebben een verbindende werking voor wijkbewoners en professionals.

Overleggen van hulpverleners

De hiervoor genoemde thema-avonden worden voorbereid in het hulpverlenersoverleg. Dit overleg is bestemd voor beroepskrachten en leidinggevende functionarissen uit alle sectoren. Op dit overleg worden integrale projecten geïnitieerd en wordt de voortgang van lopende projecten besproken. Ook wordt informatie uitgewisseld over ontwikkelingen in de instellingen waaraan men verbonden is. *"Een spanningsveld kan bij de deelnemers optreden tussen het vraaggericht werken en het vastzitten aan het instellingsaanbod."*

Rol van het gezondheidscentrum

In zijn algemeenheid heeft het gezondheidscentrum een spilfunctie in het netwerk. De directeur van het gezondheidscentrum is voorzitter van de stuurgroep. Gebleken is dat het gezondheidscentrum die spilfunctie kan vervullen omdat dit de enige 'wijk-instelling' is. Alle andere instellingen zijn regionale of stedelijke instellingen. *"Ik zie het ook als profilering van het gezondheidscentrum. Bovendien is onze rol goed te combineren met alle andere samenwerkingslijnen die je als gezondheidscentrum moet onderhouden. Veel van de instellingen hebben namelijk mensen in het gezondheidscentrum gedetacheerd."*

Financiering

De eerste jaren was er geen sprake van extra financiering voor de samenwerking. Alleen het gezondheidscentrum had de beschikking over samenwerkingssubsidie in het kader van het Besluit Subsidiëring Gezondheidscentra van de Ziekenfondsraad. Rond 1990 werd de samenwerking gefinancierd uit de vele projectsubsidies die toentertijd werden geworven. Na afloop daarvan (in 1993) hebben zeven zorg- en welzijnsinstellingen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor en de financiering van het netwerk op zich genomen. Gezamenlijk betaalde men circa f 30.000,- op jaarbasis. Men benoemde een coördinator en stelde eigen personeel beschikbaar. De Vereniging Samen Beter - de rechtspersoon van het gezondheidscentrum - werd rekeninghouder en vervult de werkgeversfunctie.

5.3 Projecten en activiteiten

Allereerst geven we enkele exemplarische voorbeelden van de projecten en activiteiten, die de laatste jaren zijn uitgevoerd. Daarna gaan we in op de toekomstplannen.

Project Migranten en gezondheid

Een van de projecten richt zich op migranten. Van het totale patiëntenbestand van het gezondheidscentrum is 12% migrant. Reeds in 1991 werd geconstateerd dat de geboden gezondheidszorg op eerstelijnsniveau slecht aansloot bij de migranten en voor hen aan duidelijkheid te wensen overliet. Zij maakten frequent gebruik van de huisartsenzorg maar nauwelijks van voorzieningen als consultatiebureaus en zwangerschapsbegeleiding en ook niet van voorzieningen voor ouderen. Om de samenwerking tussen de betrokken instellingen te stimuleren werd een begeleidingscommissie in het leven geroepen, bestaande uit de GGD, het Centrum Buitenlanders en het Kruiswerk. Een werkgroep - waarin ook vier migranten participeerden - ging aan de slag. Twee bijeenkomsten werden belegd, één voor migrantenmannen en één voor de vrouwen om de bij hen levende wensen en behoeften te vernemen. Op basis daarvan werden activiteiten in gang gezet, bijvoorbeeld op het gebied van voorlichting (ook in de apotheek), het maken van foldermateriaal in verschillende talen, het organiseren van

uitwisselingsbijeenkomsten, workshops, enzovoorts. Daarnaast werden sleutelfiguren uit de migrantengemeenschap actief benaderd om hen van de activiteiten op de hoogte te stellen en zo een draagvlak te creëren. Na afloop van het project in 1993 is vanuit de GGD een stedelijk overleg opgezet met betrekking tot migrantenvoorlichting. De werkgroep migranten is doorgegaan met haar werk binnen het gezondheidscentrum.

Vrouwenhulpverleningsproject

Dit project had als doel vrouwen met grote psychosociale problemen op te vangen teneinde opnames in psychiatrische ziekenhuizen te voorkómen. Binnen het project zijn nieuwe vormen van opvang en begeleiding ontwikkeld en ingevoerd. Voorbeelden zijn de inloop-ochtenden die bestemd zijn voor een eerste opvang. Deze inloopochtenden worden georganiseerd en begeleid door vrijwilligers, die specifieke scholing hebben ontvangen. De ochtenden fungeren als opstap naar deelname aan andere wijkactiviteiten of leiden tot een hulp-op-maat-programma. Verwijzingen vinden onder andere plaats door RIAGG en het Maatschappelijk werk. Het hulpaanbod bestaat uit groepsbijeenkomsten, er zijn thema-ochtenden, er zijn hulp-op-maat-programma's en er is begeleiding door vrijwilligers of ervaringsdeskundigen en door professionele hulpverleners. Een specifieke hulpverleningsvorm is ook de 'duo-hulpverlening'. Dit houdt in dat een professionele hulpverlener en een ervaringsdeskundige samen de begeleiding op zich nemen. Na afloop van het project werd gewerkt aan integratie van deze nieuwe hulpverleningsvormen in het reguliere aanbod. Een speciaal ingestelde begeleidingscommissie - bestaande uit afgevaardigden van het gezondheidscentrum, het algemeen maatschappelijk werk, de RIAGG en het welzijnswerk - heeft zich met deze taak belast.

Overige projecten en activiteiten

Binnen het netwerk Hulpsector Oost zijn tal van andere projecten en activiteiten uitgevoerd, teveel om in dit hoofdstuk te beschrijven. Om toch een impressie te geven volgen hieronder de thema's die in 1997 speciale aandacht kregen:

- de opvang van (ex)psychiatrische patiënten;
- zorgprogramma's voor vrouwen met ernstige psychosociale problemen;
- samen eten voor ouderen;
- ondersteuning van mantelzorgers;
- gezondheidsvoorlichting en gezondheidscursussen;
- migrantenvoorlichting in de eigen taal;
- zorgcursus voor jongens;
- voorlichting intimiteit en sexualiteit op de basisschool;
- verbetering voorschoolse opvang;
- kind en veiligheid.

De projecten kenmerken zich door een integrale (c.q. intersectorale) aanpak en doorgaans wordt de ontwikkelde werkwijze opgenomen in de reguliere zorg- en dienstverlening.

Toekomstplannen

Voortbouwend op hetgeen reeds binnen Hulpsector Oost tot stand is gebracht, wordt de samenwerking de komende jaren verbreed. In een experiment (van ruim drie jaar) wordt gekeken hoe de wijkgerichte benadering verbonden kan worden met regionale samenwerkingsafspraken op stedelijk niveau. De basis voor afstemming met de tweedelij is reeds gelegd in het project 'Samenwerking gezondheidscentrum - Hagro-RHV/DHV', waarbij het gezondheidscentrum de ondersteuning van de Hagro opgepakt heeft. *"Binnen het komende experiment wordt onderzocht in hoeverre het gezondheidscentrum Samen Beter kan uitgroeien tot een kristallisatiepunt voor een samen-*

hangende en patiëntvriendelijke zorg, die zo dicht mogelijk bij de basis inhoud krijgt en doelmatig wordt ingezet."

Er zullen zorgarrangementen worden ontwikkeld met de daarbij horende coördinatie-structuren en er wordt onderzocht hoe deze kunnen worden ondergebracht in reguliere financieringsstromen.

In het experiment zijn vijf deelprojecten gepland. In zijn algemeenheid hebben deze tot doel om een zorgaanbod te ontwikkelen dat specifiek is afgestemd op de problemen van bewoners van achterstandswijken. In elk project ontwikkelen de betrokken instellingen gezamenlijk (intersectoraal) zorgarrangementen. Zoveel mogelijk wordt aangesloten bij reeds bestaande samenwerkingspraktijken: De projecten betreffen:

- jeugdzorg: het consultatiebureau wordt uitgebreid tot een plek met expertise op het gebied van jeugd(gezondheids)zorg en opvoedingsondersteuning;
- ouderenzorg: er worden zorgcontinuïms ontwikkeld voor zorgbehoevende ouderen;
- transmurale zorg: verbreding van reeds lopende transmurale projecten rond astma/COPD en diabetes;
- psychosociale zorg: laagdrempelige psychosociale hulpverlening in probleemwijken;
- psychiatrische zorg: gezamenlijke zorgarrangementen voor chronisch psychiatrische patiënten.

Ten behoeve van het experiment wordt een projectorganisatie ingericht, waarbij gebruik wordt gemaakt van de bestaande structuur in het netwerk Hulpsector Oost. De betrokken partijen tekenen een convenant waarin zij de samenwerking vastleggen. Betrokken partijen zijn de in paragraaf 5.2 genoemde instellingen van Hulpsector Oost, aangevuld met:

- de Huisartsengroep Centrum-Muntel-Oost;
- Bosch Medisch Centrum, algemene ziekenhuizen 's Hertogenbosch;
- de Zorgverzekeraar VGZ en Zorgverzekeraar CZ.

Een stuurgroep draagt de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid. In deze stuurgroep zijn de partijen op directieniveau vertegenwoordigd.

Een projectleider - de directeur van het gezondheidscentrum - is verantwoording verschuldigd aan deze stuurgroep. Deze projectleider begeleidt het team van 'begeleiders' van deelprojecten. Voor elk deelproject wordt op uitvoerend niveau een functionele werkgroep ingesteld onder leiding van de genoemde begeleiders.

Het gezondheidscentrum is beherend en verantwoordelijk rechtspersoon en zorgt voor de inrichting van de projectorganisatie.

5.4 Bevorderende en belemmerende factoren

Bevorderende factoren

Dat de samenwerking in stand blijft komt waarschijnlijk door de goede verbanden tussen uitvoerend werkers en vrijwilligers. *"Het netwerk is als het ware een organisch geheel. De samenwerking is niet afhankelijk van één project of een projectsubsidie. Dat is wezenlijk anders dan samenwerking die alleen gebaseerd is op een (tijdelijke) projectsubsidie. Bij ons gaat het andersom. De projecten moeten passen in het bestaande geheel. De activiteiten gaan door ook als er geen projectsubsidies zijn."*

"Natuurlijk is van tijd tot tijd weer een nieuwe impuls nodig om het enthousiasme levend te houden. Daarom ben ik blij dat het experiment gehonoreerd is."

De samenwerking is ook van persoonlijke inzet afhankelijk. Niet iedereen wil in achterstandswijken werken. Dat is al een selectiecriterium op zich. Belangrijk is ook dat heel nadrukkelijk vorm is geven aan een bottom-up manier van werken. Die manier van werken wordt gesteund op beleidsniveau door de betrokken instellingen. De stuurgroep probeert de bottom-up initiatieven te faciliteren. *"Het is heel belangrijk dat de instellingen daar achter blijven staan."* De stabiliteit van het netwerk wordt bevorderd doordat het voortbestaan niet afhankelijk is van één instelling. Als er één wegvalt blijft het netwerk in stand en gaat de samenwerking door.

Tenslotte, en dat is al genoemd, functioneert het gezondheidscentrum als een drijvende kracht.

Belemmerende factoren

"Ik vind niet dat er specifieke belemmeringen zijn. Wel zijn er ontwikkelingen die het soms wat lastiger maken."

Lastig is bijvoorbeeld het evenwicht te vinden tussen de wijkgerichte en de stedelijke aanpak. Soms is op wijkniveau een project ontwikkeld wat op stedelijk niveau wordt overgenomen en waarvoor dan op stedelijk niveau een structuur wordt neergezet. Dat gold bijvoorbeeld voor de wijk-klussendienst. De afstand tot de wijk wordt dan groter wat ten koste gaat van de toegankelijkheid voor de wijkbewoners. Dat geldt ook voor centrale meldpunten op stedelijk niveau. *"Je ziet dat structuren rondom diensten voortdurend aan het veranderen zijn, afhankelijk van de subsidiestromen. Dan doet de thuiszorg weer iets, dan het welzijnswerk, dan is het meldpunt zus en dan weer zo. Zelfs onze beroepskrachten houden dat niet bij."*

Een tweede punt zijn de fusies tussen de instellingen omdat zij zich op stedelijk of regionaal niveau willen profileren. *"Ik heb wel eens gezegd in de stuurgroep. Het lijkt wel of we elke vergadering alleen maar een rondje moeten maken om te horen hoe de organisaties bij jullie nu weer veranderd zijn."*

De vraag hoe dergelijke fusies vertaald gaan worden naar de praktijk, naar de werkvloer is voorlopig nog niet opgelost en houdt velen bezig.

Een derde punt is het vrij grote verloop onder vrijwilligers. Soms is dat lastig, anderszijds is doorstroming ook goed. *"Je ziet een tendens dat sommige vrijwilligers activiteiten nu via een banenpool of melkertfunctie worden verricht. Voor een aantal mensen is het een prima opstap dat ze van hun vrijwilligersactiviteit een betaalde functie hebben kunnen maken."*

"Tenslotte zijn er twee factoren die belemmerend waren maar inmiddels juist in positieve zin zijn veranderd. We hebben lang niet van harte de medewerking van de gemeente gehad. Sinds twee jaar is dat totaal omgekeerd. Men stelt ons nu als voorbeeld en benut onze expertise om in andere wijken aan de gang te gaan. Dat was erg verrassend."

Ook de maatschappelijke ontwikkelingen zijn in positieve zin veranderd. De belangstelling voor een wijkgerichte benadering verdween zo rond 1980. Nu is daar weer volop aandacht voor in het kader van bijvoorbeeld het Achterstandsbeleid of Grotestedenbeleid. Die golfbeweging maakt dat een belemmerende factor in een bevorderende kan verkeren."

Met dank aan mw. M. Paes, MSM, directeur van het gezondheidscentrum Samen Beter, voor het interview en de documentatie.

6 EEN SAMENWERKINGSGROEP EN VELE FUSIES

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de fusies in Gorinchem centraal en het bredere samenwerkingsplatform waar deze uit voort zijn gekomen. Per 1 januari 1999 is in Gorinchem een unieke fusie tot stand gekomen van ziekenhuis en verpleeghuizen met verzorgingshuizen en thuiszorg tot één zorgconcern. De huisartsen maken geen deel uit van de fusie. De mogelijkheden die de fusie biedt en de zaken waarvoor nog een oplossing moet worden gevonden worden beschreven.

Het hoofdstuk begint met de oorsprong van de fusies. Deze is te vinden in de regionale samenwerking die in 1994 werd gestart onder de naam 'Deilgroep'. Alle zorgaanbieders in de regio maken daar deel van uit. De Deilgroep is het platform voor tal van transmurale projecten en zorgvernieuwingen, met een toenemend aantal fusies als een min of meer logisch gevolg.

We beperken we ons tot een impressie van de ontwikkelingen. Meer literatuur is beschikbaar¹.

6.2 Doelstelling en werkwijze

De Deilgroep is het transmurale overleg- en samenwerkingsplatform voor de zorgverleners in de regio. De doelstelling van de Deilgroep is zoveel mogelijk transmurale samenwerkingsprojecten te starten en toe te werken naar de vorming van een volledige transmurale zorgketen in de regio. De groep hanteert vanaf het begin drie uitgangspunten die kernachtig als volgt zijn samengevat:

- de patiënt/cliënt centraal;
- zorg op maat;
- thuis als het kan.

Deze uitgangspunten spreken voor zich. Zij vormen de leidraad voor het onderlinge overleg in de Deilgroep en voor de projecten en activiteiten die worden ondernomen.

Het ontstaan en de participanten van de Deilgroep

In 1992 startte het Beatrix ziekenhuis in Gorinchem een aantal projecten op het gebied van thuiszorgtechnologie. Deze projecten werden uitgevoerd in samenwerking met de thuiszorg en de regionale huisartsenvereniging. Na afloop daarvan ontstond de behoefte om de samenwerking op transmuraal gebied verder uit te bouwen. In 1994 werd de Deilgroep opgericht. Hierin waren alle zorgaanbieders uit de regio vertegenwoordigd, namelijk, ziekenhuis, medisch specialisten, huisartsen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg. Meer specifiek betekent dat in de Deilgroep participeren:

- De Rivas Zorggroep bestaande uit: Rivas MediZorg (lokaties Beatrix ziekenhuis en de Verpleeghuizen Lingesteyn en 't Nieuwe Gasthuis); Rivas ThuisZorg en Dienstverlening (thuisverzorging en verpleging, Jeugdgezondheidszorg en

¹ Boonekamp LCM, Huijsman R. Bouwen aan een transmuraal zorgconcern. Taferelen bij de Gorinchemse fusie tussen ziekenhuis en verpleeghuizen. Maarssen, Elsevier/De Tijdstroom, 1998.

Maatschappelijk werk); Rivas WoonZorg (lokaties Bannehof, De Bogerd, St. Clara, Groenmarkt, De Rozenobel, Schutse en Steijndeld);

- Vereniging Medische Staf van het Beatrix ziekenhuis;
- Regionale Huisartsenvereniging;
- DeltiA-Groep (bestaande uit de woon- en zorgcentra: Burg. de Boerstichting en Pedaja in Hardinxveld-Giessendam; Huis ter Leede en Koningin Emmahuis in Leerdam; Open Venster in Ameide; Graafzicht in Bleskensgraaf);
- Stichting Stroomland.

Deze zorgaanbieders zijn werkzaam in de stad Gorinchem, de oostelijke Alblasserwaard, Vijfheerenlanden en het Land van Heusden en Altena.

Kenmerken en taken

De Deilgroep functioneert als overlegplatform. Men wisselt met elkaar ideeën uit over transmurale zorg. Vanaf het begin had men voor dit overleg spelregels afgesproken, die goed bleken te werken. De belangrijkste is dat de vorm de inhoud volgt. *"Dat wil zeggen dat de inhoud van de zorg centraal staat. Pas daarna wordt gekeken naar organisatorische en eventueel financiële consequenties. Afgesproken is ook dat er een taboe is op het domein denken. Instellingsbelang mag geen wegende factor in de besluitvorming zijn. Het is in eerste instantie belangrijk om goede patiëntencircuits te regelen en de transmurale zorgketen verder te ontwikkelen."*

In 1996 wordt een projectmanager voor de Deilgroep aangesteld. Het bureau heeft een bezetting van 3 fte. Zowel op bestuurlijk als op uitvoerend niveau wordt circa 10 keer per jaar vergaderd.

De Deilgroep is het breedste platform in de regio, de fusieorganisaties (zie hierna) maken daar deel van uit.

Overzicht van de fusies

Uit de samenwerking is een aantal fusies voortgekomen die elkaar in snel tempo hebben opgevolgd, namelijk:

- | | |
|------|--|
| 1994 | Fusie tussen wijkverpleging, gezinszorg en maatschappelijke dienstverlening tot één thuiszorgorganisatie. |
| 1995 | Fusie van het Beatrix ziekenhuis en twee verpleeghuizen.
Oprichting van de Vereniging Samenwerkende Verzorgingshuizen.
Oprichting van de Klankbordgroep specialisten/huisartsen. |
| 1996 | Regioplan ouderenzorg opgesteld door zorgvragers, verzekeraars en zorgaanbieders.
Toetreding tot de Deilgroep van nog een verpleeghuis en drie verzorgingshuizen. |
| 1997 | Installatie van de Deil Zorg Ontwikkelingsgroep om de samenwerking tussen huisartsen, specialisten en zorgmanagers van instellingen te intensiveren.
Het regionale indicatie-orgaan besteedt de indicatiestelling uit aan de zorgaanbieders, die daartoe de Stichting Ketenzorg oprichten.
Fusie van vijf verzorgingshuizen. |
| 1999 | Fusie van het Beatrix ziekenhuis en de verpleeghuizen (al eerder gefuseerd), de verzorgingshuizen en de thuiszorg onder de naam Rivas Zorggroep. |

We gaan eerst in op de motieven voor de fusies en lichten vervolgens de laatstgenoemde fusie toe.

Motieven voor de fusies

"Achteraf gezien zijn de fusies tot stand gekomen door toeval, veel intuïtie en iets van beleid. Er was geen blauwdruk of verandermodel. In 1992 werd in de verste verte niet

gedacht aan de situatie waarin we ons nu bevinden. Er is toen alleen een koers ingeslagen. De koers van samenwerken.

De fusies vloeiden voort uit het kijken naar de inhoud van de zorg. Een steeds groter deel van onze patiënten krijgt samengestelde zorg. Bijna iedereen is daarbij ingeschakeld, huisartsen, het ziekenhuis, verpleeghuis, thuiszorg. In Nederland is die samengestelde zorg nog niet georganiseerd. Er is een enorm gebrek aan efficiency. Dat is een van de redenen van de fusie. Er moet aansturing komen voor het hele zorgproces. Daarnaast is te zien dat er steeds meer teams en werkvormen ontstaan die niet tot een van de oorspronkelijke instellingsvormen behoren. Dan is verdergaande samenwerking een logisch gevolg."

Transmurale fusie

De laatste fusie is als volgt te typeren. Het nieuwe zorgconcern - de Rivas Zorggroep - omvat circa 3.500 medewerkers. Het werkgebied heeft circa 280.000 inwoners. Er is één Raad van Toezicht. De Rivas zorggroep wordt geleid door een driehoofdige directie van fusiepartners. Naast de afzonderlijke cliëntenraden wordt een centrale cliëntenraad ingesteld.

De oorspronkelijke organisaties zullen in eerste instantie als werkmaatschappijen blijven bestaan. Dat betekent een werkmaatschappij Rivas MediZorg (ziekenhuis en verpleeghuizen), een werkmaatschappij Rivas ThuisZorg en Dienstverlening en een werkmaatschappij Rivas WoonZorg (verzorgingshuizen). *"Het is de bedoeling dat het huidige werkmaatschappijen-concern zich de komende jaren omvormt tot een integraal zorgconcern, waarin de zorg de patiënten en cliënten volgt in plaats van andersom."*

Transmurale nieuwbouw

De partners in de Deilgroep hebben besloten om niet alleen organisatorisch maar ook fysiek te integreren. Daartoe zijn de laatste jaren plannen ontwikkeld voor transmurale nieuwbouw op de lokatie van het Beatrix ziekenhuis. Behalve een nieuw verpleeghuis naast het ziekenhuis en verpleeghuisunits in acht verzorgingshuizen, wordt een transmuraal management- en vergadercentrum gebouwd. In dit centrum zal de concern-directie zich vestigen. Het management van de betrokken partners wordt daarmee ook fysiek bij elkaar geplaatst wat naar verwachting de samenwerking ten goede zal komen. *"De gezamenlijke huisvesting zal het centraal opzetten van voorzieningen vergemakkelijken."*

De plaats van beroepsbeoefenaren in de fusie

Er zijn veel discussies gevoerd over de rol van medische specialisten en huisartsen in de fusie. De medische staf heeft positief geadviseerd over de recente fusie. Men zal in 1999 een beleidsplan uitbrengen in de context van het nieuwe zorgconcern. De rol van de huisartsen is minder duidelijk. Hoewel de huisartsen vanaf het begin in de Deilgroep en in de Deil-Zorgontwikkelingsgroep participeren en meewerken aan tal van transmurale projecten, maken zij geen deel uit van de fusie. Het vinden van een adequate fusie-constructie tussen (vrije) beroepsbeoefenaren en instellingsdirecties is complex.

"We zijn nu ook aan het kijken wat de fusie betekent voor de samenstelling van de Deilgroep. Door de clustering van het management dreigt er een onbalans te komen. Hoe zit het met de inbreng van de professionals. We willen dat evenwicht wel bewaren. Wat wij hier doen kan niet zonder de inbreng van de huisartsen en de specialisten. Mogelijke constructies worden onderzocht. Men zou kunnen denken aan het concern gelieerde huisartsen. Ik zou er zeer aan hechten als medisch specialisten, verpleeghuisartsen en huisartsen zouden fuseren tot een transmurale staforganisatie. Dat lijkt mij een van de meest vernieuwende stappen die denkbaar zijn."

Financiering

De Deilgroep zelf wordt gefinancierd via eigen middelen van de participanten. Voor diverse projecten en activiteiten werden en worden subsidies geworven.

Wat betreft de fusie zijn de financiële consequenties dat het onderscheid tussen eerste en tweede compartiment volledig gaat vervagen. Dat was ook al bij de vorige fusie tussen ziekenhuis en verpleeghuizen het geval. *"We maken één begroting. Achter de voordeur wordt er met één budget gewerkt. Dat mag officieel niet. Onze ontwikkelingen laten wel zien dat een heleboel gewoon kan. Als je het maar doet. Als wij uit het ziekenhuisbudget huisartsen betalen - wat we doen - en thuiszorg inzetten, dan doen we iets wat niet mag."*

"Welke wetten en regels door ons met voeten getreden worden weten we zelf ook niet exact maar dat wordt nu uitgezocht."

6.3 Projecten en activiteiten

We geven eerst een impressie van de projecten en activiteiten die de afgelopen jaren door de Deilgroep zijn geïnitieerd en uitgevoerd. Speciale aandacht wordt besteed aan activiteiten die het gevolg zijn van de recente fusies. Ook wordt kort ingegaan op de toekomstplannen van het fusie-concern.

Ligduurverkorting

Nadat in 1994 een aantal projecten op het gebied van thuiszorgtechnologie was afgerond (en regulier ingevoerd) werd in 1994 gestart met een reeks van transmurale projecten gericht op ligduurverkorting. Naast de zorgaanbieders werd hieraan ook meegewerkt door het regionale patiënten-/consumentenplatform en de zorgverzekeraars. Eerst werd in kaart gebracht bij welk specialisme en, daarbinnen, bij welke diagnose, 'ligduurwinst' te behalen zou zijn. Op basis van die analyse werden projecten gestart voor onder meer patiënten met heup- en knie-aandoeningen, collumfracturen, intraveneuze therapie en CVA. In multidisciplinair verband werd de behandeling in protocollen vastgelegd en werden afspraken gemaakt over nazorg en eventueel noodzakelijke vervolgvoorzieningen. De afdelingsverpleegkundige werd verantwoordelijk voor het regelen van deze vervolgvoorzieningen.

Ook werd in het ziekenhuis een Herstelafdeling ingericht. Deze afdeling is bedoeld voor patiënten die medisch specialistisch uitbehandeld zijn maar (nog) niet naar huis kunnen. Zorg en behandeling wordt hier gegeven door personeel vanuit het verpleeghuis en de medische leiding is in handen van een verpleeghuisarts. Voor tal van andere projecten verwijzen we naar publicaties van de Deilgroep.

Transmurale patiëntenlogistiek

"Naarmate meer van de hiervoor genoemde transmurale afspraken werden gemaakt, bleek dat de afdeling opname van het ziekenhuis niet bij deze ontwikkelingen aansloot. Immers, om goede trajecten te organiseren moest al vóór de opname worden gekeken naar het ontslagtraject en werden de afspraken hieromtrent vastgelegd.

Toen het ziekenhuis fuseerde met de verpleeghuizen werd dan ook een nieuw bureau transmurale patiëntenlogistiek opgericht."

In dit bureau zijn alle functionarissen die te maken hebben met opname en ontslag samengevoegd, namelijk:

- medewerkers planning en administratie (het voormalige opnamebureau);
- een nazorgverpleegkundige;
- de complete afdeling maatschappelijk werk;

- de intakers van de thuiszorg;
- een farmaceutisch steunpunt;
- een afdeling patiëntentransport.

Het bureau beheert eveneens de wachtlijst voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen en de plaatsing. Er is een opname en ontslagcommissie die de urgentie op de wachtlijst bepaalt. De patiënt die op de wachtlijst staat krijgt een vaste begeleider. Kortom, alles rond opname, ontslag en vervolgvoorzieningen wordt via dit bureau geregeld. Het bureau werkt nauw samen met huisartsen, de thuiszorgorganisatie de stadsapotheken, de RIAGG en de verzorgingshuizen. Er bestaan plannen tot integratie van dit bureau patiëntenlogistiek met de centrale indicatiestelling. Dan ontstaat een onafhankelijk regelcentrum dat de logistieke regie voert over de gehele keten, vanaf indiceren en zorg toewijzen tot en met de realisatie van de zorg¹.

Dit zal een vrij machtig orgaan worden. *"Dat moet ook. Daar zijn we het over eens. Dat geldt ook voor de verzorgingshuizen. Zij hebben de plaatsing gemandateerd aan de plaatsingscommissie. Men heeft daar centraal een actueel en goed overzicht over vrijkomende plaatsen. Dat betekent een bekorting van de wachttijd."*

Indicatiestelling

Sinds 1 januari 1997 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de indicatie van verpleging en verzorging in de regio. De partijen in de regio Gorinchem hebben gekozen voor een integrale uitbesteding van deze taken aan de zorgaanbieders. Het indicatie-orgaan houdt toezicht op de uitvoering. Voor het uitvoeren van de indicaties hebben de zorgaanbieders de Stichting Ketenzorg opgericht. *"Hiermee is ten opzichte van de rest van Nederland (waar de gemeenten de regie niet uit handen willen geven) een belangrijk succes geboekt. Het betekent dat de verworvenheden op het gebied van transmuraal werken en ketenlogistiek niet verloren gaan en dat onnodige bureaucratie en vertraging wordt voorkómen. De patiënt heeft weinig aan een indicatie als die niet snel en efficiënt wordt gevolgd door zorgtoewijzing."*

Patiëntvolgend werken

Patiëntvolgend werken betekent dat patiënten zoveel mogelijk hun eigen hulpverleners houden door de gang van de instellingen heen. Dit werd mogelijk door de eerdere fusie tussen het ziekenhuis en de verpleeghuizen. Door de huidige fusie zullen zich meer mogelijkheden aandienen. *"Daarmee doen we iets aan het gevoel van ontheemd zijn bij met name oudere patiënten. En aan het terugdringen van overdrachten, intakes en overleg."*

We geven twee voorbeelden. De afdeling fysiotherapie en ergotherapie van de verpleeghuizen is na de vorige fusie ook zorg gaan leveren in de klinische sector van het ziekenhuis. De bedoeling is dat patiënten zoveel mogelijk de eigen fysiotherapeut houden. En zo geldt het ook voor andere disciplines. Een tweede voorbeeld betreft de dagbehandeling in een verpleeghuis. *"Gangbaar was dat de betreffende cliënten 's morgens thuis geholpen werden door de thuiszorg. Men ontdekte dat de ziekenverzorgenden van het verpleeghuis in dezelfde wijken woonden als de cliënten. Nu vormen de ziekenverzorgenden van de thuiszorg en het verpleeghuis één team die de thuisverzorging en dagopvang voor hun rekening nemen. Patiënten blijven dezelfde gezichten zien en er zijn minder logistieke problemen. Zo'n werkwijze is eigenlijk volstrekt logisch, maar ligt minder voor de hand indien de instellingen gescheiden opereren."*

¹ Velden JMH van der, C. van Vlaanderen. Patiëntenlogistiek in de zorgketen. Naar een betere integrale afstemming van zorgprocessen. Medisch Contact, 1998, nr 47, p.1510-1512.

Toekomstplannen

De eerste tijd zal gewerkt worden aan een gemeenschappelijke managementfilosofie en zullen de eerste integrerende reorganisaties zich voltrekken. Deze zullen zowel de zorg als de ondersteunende functies betreffen. Voorstellen hiertoe liggen er al voor de activiteiten op het gebied van personeel en organisatie, informatie-technologie en automatisering. In de zorg wordt gewerkt aan een transmurale vakgroep logopedie. Het is de bedoeling dat in de toekomst de zorg ook inhoudelijk gestroomlijnd wordt, zoals al rond enkele ziektebeelden - CVA, Diabetes- is gerealiseerd.

Intussen wordt vanzelfsprekend gewoon doorgegaan met de lopende transmurale projecten en zullen doorlopend nieuwe projecten worden geïnitieerd.

6.4 Bevorderende en belemmerende factoren

Alvorens over te gaan tot bevorderende en belemmerende factoren gaan we kort in op de positie van de professionals.

Deze positie is nog niet uitgekristalliseerd, noch ten aanzien van de fusie, noch in de Deilgroep.

Tengevolge van de fusie zullen naar verwachting op den duur verschuivingen optreden in de werkzaamheden van professionals. Sommigen zijn enthousiast over deze ontwikkelingen, anderen zien dat als een bedreiging. *"Vanuit de huisartsen is dat te begrijpen omdat zij meer werk op zich af zien komen. Dat is het gevolg van ons motto: thuis als het kan. Dit betekent niet alleen veranderingen in het werk van verpleegkundigen maar in dat van huisartsen en de specialisten. Bestaande structuren vervagen en dat kan voor mensen onzekerheid met zich meebrengen. Hiervoor zullen oplossingen moeten worden gevonden."*

In de Deilgroep is de positie van de professionals veranderd door de clustering van het management. Wij zijn bang dat hierdoor de verhoudingen tussen professionals en managers uit balans raakt. Het is belangrijk dat de coalitie in de Deilgroep hecht blijft. Vandaar dat naar de verhoudingen een onderzoek wordt gestart (door een adviesbureau) om te zien op welke wijze de verhoudingen weer in balans kunnen worden gebracht.

Bevorderend

"Er is een aantal factoren aan te noemen, waardoor de ontwikkelingen in de regio zover zijn gekomen als ze nu zijn.

Er is sprake van een duidelijke een op een situatie: één ziekenhuis, één regionale huisartsen vereniging etcetera.

De afgesproken uitgangspunten en spelregels werkten goed.

Factoren die daarnaast belangrijk zijn gebleken waren zaken als het innoverend vermogen van de verschillende directies en persoonlijke fit.

De actieve participatie van professionals: huisartsen, specialisten en paramedici in tal van transmurale en zorgvernieuwingsprojecten faciliteren de samenwerking."

Belemmerend

De wet- en regelgeving en de financieringsregels zijn een belemmering voor geïntegreerde zorg. Nu bestaan er nog schotten die remmend kunnen werken op zorgvernieuwing en transmuraal werken. *"Dat geldt overigens ook voor andere vormen van wet- en regelgeving in de gezondheidszorg. Inmiddels hebben de Deilgroep, zorgverzekeraars en een adviesbureau een vooronderzoek ingesteld om in kaart te brengen welke concrete knelpunten in financiering, wet- en regelgeving men in Gorinchem*

ervaart en welke daarvan - bij wijze van experiment - buiten werking kunnen worden gesteld."

De regio Gorinchem wordt daardoor de komende jaren experimenteergebied voor 'integrale zorgbudgetten'. In dit experiment worden AWBZ-zorg (o.a. langdurige thuiszorg, verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg) en de zorg krachtens de ziekenfondswet (o.a. ziekenhuiszorg en ziekenhuisverplaatste zorg) uit één budget betaald.

Met dank voor het interview en de documentatie aan:

- de heer T.R. Zijlstra, arts, Directeur van de Rivas Zorggroep
- de heer C. van Vlaanderen, Projectmanager van de Deilgroep.

7 EEN TRANSMURALE STUURGROEP

7.1 Inleiding

Huisartsen en medisch specialisten zijn in Velsen een unieke samenwerking aangegaan. In het plaatselijke ziekenhuis - behorend tot de Stichting Kennemer Gasthuis - is een huisartsenkliniek gevestigd met 25 bedden. Huisartsen kunnen in deze kliniek eigen patiënten opnemen en zijn verantwoordelijk voor de klinische zorg. Zij werken intensief samen met de medisch specialisten. Gezamenlijk worden protocollen opgesteld. Daarnaast is er in het betreffende ziekenhuis een centrale huisartsenpost gevestigd van waaruit de huisartsenzorg buiten kantooruren en spoedeisende hulp voor de regio wordt geregeld. Het gehele experiment wordt onderzoeksmatig geëvalueerd door het AMC.

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van deze - voor Nederland unieke - vorm van transmurale zorg.

7.2 Doelstelling en werkwijze

De samenwerking was erop gericht een nieuwe vorm van transmurale zorg te ontwikkelen. Het doel daarvan was 'het bereiken van een betere patiëntenzorg tegen een meer efficiënte benutting van middelen'.

De transmurale zorg zou worden verleend op basis van afspraken omtrent samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners. Binnen de samenwerking zouden de grenzen van de huisartsenzorg en de ziekenhuiszorg verkend kunnen worden en desgewenst worden verlegd.

Het ontstaan en de participanten

De eerste initiatieven tot de huidige vorm van samenwerking dateren uit 1995. Een jaar later in 1996 werd de samenwerkingsovereenkomst getekend door de Stichting Kennemer Gasthuis (KG) en de Regionale Huisartsen Vereniging (RHV). Huisartsen zijn met de medisch specialisten de belangrijkste participanten. Het geheel wordt aangestuurd door de Stuurgroep Transmurale Zorg bestaande uit vertegenwoordigers van huisartsen, medisch specialisten en ziekenhuismanagement.

Indirect heeft een fusie tot de huidige samenwerking geleid. In 1991 fuseerden drie ziekenhuizen tot de Stichting Kennemer Gasthuis. Om financiële redenen werd besloten de klinische activiteiten in twee ziekenhuizen te concentreren. Het hier bedoelde ziekenhuis zou gesloten worden. Dit is de lokatie Zeeweg met 220 bedden en een adhaerentiegebied van 60.000 inwoners. Wel werd op deze lokatie gehandhaafd: de PAAZ, de poliklinieken, de dagverpleging en ondersteunende afdelingen zoals laboratorium en radiologie. Hierdoor kwam plaats vrij voor een huisartsenkliniek en een huisartsenpost.

"Met name voor de specialisten was de dreigende ontmanteling van het ziekenhuis een grote teleurstelling. Men was gehecht geraakt aan de lokatie en de bevolking. Zij maakten zich dan ook sterk om zoveel mogelijk functies in het ziekenhuis te behouden, zoals de polikliniek en de dagbehandeling".

Huisartsen en specialisten hadden een gezamenlijk belang en werden door de deze externe dreiging als het ware verder in elkaars armen gedreven. *"Gezamenlijk protesteerden zij fel tegen de sluiting van het ziekenhuis, dat volgens hen in de regio niet gemist kon worden. De nieuwe directeur patiëntenzorg daagde hen vervolgens uit om gezamenlijk wat nieuws op te zetten zolang de lokatie in bedrijf bleef. Dat is gelukt en gaandeweg werd iedereen enthousiaster. De samenwerking tussen huisartsen en specialisten was overigens altijd al goed in deze regio. Er was een cultuur van korte lijnen en bijvoorbeeld tweewekelijkse oncologiebesprekingen. Frequent werd gezamenlijk geluncht".*

Kenmerken en taken

De aard van de samenwerking is in een overeenkomst als volgt vastgelegd.

- Het ziekenhuis (KG) en de huisartsen (RHV) zullen met elkaar samenwerken op het gebied van het opzetten en instandhouden van een huisartsenpost en een huisartsenkliniek in de lokatie Zeeweg. Daarnaast zullen de deelnemende huisartsen huisartsenzorg bieden op de psychiatrische afdeling van het ziekenhuis (PAAZ).
- Het ziekenhuis zal zorgdragen voor de terbeschikkingstelling van verpleegkundig personeel, huisvesting, materiaal, geneesmiddelen en management.
- De huisartsen zullen zorgdragen voor adequate personele invulling en bemensing van de medische zorg, waarbij de continuïteit van zorg zal worden gegarandeerd. De deelnemende huisartsen zijn lid van de RHV.

In de overeenkomst is ook opgenomen dat de RHV er voor zorg zal dragen dat de huisartsen die zij inzet aan deze overeenkomst gebonden zijn "hetzij doordat dezen een adhesieverklaring tekenen, hetzij door rechtstreekse binding op grond van het bepaalde in de statuten van de RHV". *"Alle huisartsen hebben zich aangesloten (er waren twee tegenstemmers die loyaal zijn gaan meewerken).*

De drie HAGRO's vaardigden een vertegenwoordiger af voor het overleg met de directie van het ziekenhuis. Het was voor de huisartsen ook een mooie vorm van PR om deze nieuwe vorm van echte transmurale zorg te ontwikkelen".

De overeenkomst bevat de bepaling dat het ziekenhuis niet geconfronteerd wordt met een vergroot aansprakelijkheidsrisico. De aansprakelijkheid van huisartsen en hun personeel, voortvloeiend uit het werk binnen het samenwerkingsproject, werd opgenomen in de polis van het ziekenhuis bij Medirisk. Patiënten kunnen met eventuele klachten op drie plaatsen terecht: bij de ombudsman van het ziekenhuis, bij de klachtencommissie van de districts huisartsen vereniging en bij het regionale klachtenplatform.

De overeenkomst heeft een vrij open karakter omdat de beoogde samenwerking 'een dynamisch proces is dat gaande de projecten verder zal worden ontwikkeld'. Daartoe is alleen gesteld dat de partijen nadere afspraken maken over de organisatie van de zorg en de kwaliteitsregels (o.a. klachtenbehandeling, ziekenhuishygiëne, protocollen, dossiervoering, geneesmiddelendistributie etcetera).

Financiering

Het ziekenhuis zorgt voor financiële dekking van het project, vastgelegd in een meerjarenafpraak. Het ziekenhuis had daartoe een budget gereserveerd voor de ontwikkeling van transmurale zorg uit de middelen die vrij kwamen bij de sanering.

Voor de startkosten zijn subsidies ontvangen van de zorgverzekeraar, het ministerie van VWS, de provincie Noord Holland en de gemeente Velsen. In de beginfase werd

tijdelijk een projectmanager aangesteld.

Omdat een aantal nieuwe vormen van zorgverlening niet bestaat in de Wet Tarieven Gezondheidszorg werden met de ziektekostenverzekeraars pragmatische (voorlopige) afspraken gemaakt over vergoedingen.

In Den Haag is afgesproken dat het Kennemer Gasthuis het aantal bedden dient terug te brengen maar de huisartsenkliniek zal in ieder geval tot 2002 blijven bestaan. Er is een speciaal bedtarief afgesproken (verwant aan het ZOTEL-tarief) met daarop een toeslag voor het werk van de huisartsen. De huisartsen op de huisartsenkliniek worden betaald volgens het visitetarief voor intensieve thuiszorg. Om de vergoedingen voor de huisartsen te regelen hebben zijzelf een stichting opgericht waar alle huisartsen in participeren. Deze stichting ontvangt jaarlijks het totaalbedrag van f 160.000 en keert de honoraria aan de huisartsen uit naar rato van de inspanningen die elke huisarts op de kliniek heeft geleverd.

7.3 Projecten en activiteiten

De huisartsenkliniek

De huisartsenkliniek is een klinische afdeling die functioneert onder medische verantwoordelijkheid van de huisartsen. De huisarts neemt hier een vergelijkbare positie in als de medisch specialisten ten aanzien van andere klinische afdelingen.

Er is een coördinatiegroep van vijf huisartsen. Elk van hen loopt een dag per week visite op de huisartsenkliniek. Zij superviseren ook de daar aanwezige huisartsen in opleiding. Op de huisartsenkliniek is er daarnaast de gebruikelijke bezetting van ziekenhuisverpleegkundigen. Paramedische en medisch ondersteunende ziekenhuisdiensten zijn beschikbaar. Medisch specialisten kunnen door de huisarts in consult worden geroepen, waarbij de huisarts de verantwoordelijkheid houdt.

Op de huisartsenkliniek worden vier categorieën patiënten opgenomen:

1. Huisartsenopnames: huisartsen nemen hier (eigen) patiënten op die klinische ziekenhuiszorg nodig hebben. Globaal gaat het om patiënten die zich - wat betreft complexiteit en benodigde medische vaardigheden - bevinden in het onderste segment van een aantal medisch disciplines (interne geneeskunde, longziekten, chirurgie)¹. Nagenoeg alle huisartsen maken van deze mogelijkheid gebruik.
2. Dagverpleging (3 tot 7 dagen) na minder ingewikkelde operatieve ingrepen. Deze ingrepen worden in hetzelfde ziekenhuis uitgevoerd door de medisch specialist. Vervolgens vindt in de middag protocolaire overdracht plaats aan de huisarts voor het klinische vervolgtraject.
3. Herstellende patiënten. Patiënten die in een van de twee andere ziekenhuizen voor een uitgebreide ingreep zijn behandeld en vervolgens in de huisartsenkliniek worden opgenomen voor het meer op herstel gerichte deel van de klinische opname.
4. Verpleeghuisgeïndiceerde patiënten. Dit zijn klinische patiënten die medisch door de specialist zijn uitbehandeld en wachten op een plaats in het verpleeghuis. De huisarts geeft de reguliere medische zorg.

Het gaat strikt om patiënten met een ziekenhuisindicatie (categorie 1 t/m 3) of een verpleeghuisindicatie (categorie 4). *"Niet de chirurg bepaalt wie er op de afdeling*

¹ Peters.R. Transmurale zorg Velsen: een overzicht. Medisch Contact, 51, 1996, 50, 1620-1621.

worden opgenomen, de betreffende huisarts moet fiat geven voor opname. Veel vaker dan voorheen vindt behandeling plaats in overleg tussen huisarts en specialist of is sprake van gezamenlijke behandeling."

Voor alle categorieën patiënten geldt dat geprotocolleerde opnamecriteria zijn opgesteld door huisartsen en specialisten gezamenlijk. Gezamenlijk evalueren zij de klinische huisartsenzorg en ontwikkelen op deze manier specifieke zorgprotocollen voor patiëntengroepen.

"Vóór de start hadden huisartsen en specialisten in tijd van een half jaar protocollen en werkafspraken vastgelegd. In deze korte tijd bleek het alleen mogelijk om protocollen op hoofdlijnen te maken. Over details zou eindeloos gediscussieerd kunnen worden. Er was geen tijd voor domeindiscussies. Daarom werd besloten de details gaande het project verder in te vullen op basis van de situaties of grijze gebieden die men in de praktijk tegenkwam. Wie doet bijvoorbeeld de antistolling? Deze aanpak werkte en is zeer vruchtbaar gebleken.

Er ontstond wel een probleem met de medische specialisten van de twee andere lokaties. Zij waren niet zo bij dit project betrokken en hadden daar weinig binding mee. Zij waren niet zo gecharmeerd van het feit dat zij zich bij de diensten in de lokatie Zeeweg aan deze - tussen huisartsen en specialisten opgestelde - protocollen en afspraken zouden moeten conformeren. Uiteindelijk is het gelukt om deze groep wel mee te krijgen."

"Ook de verpleegkundigen hebben moeten wennen aan deze manier van werken. Het werk is voor hen minder complex dan op de intensive care, maar men is het op den duur steeds interessanter en leuker gaan vinden. Op de huisartsenkliniek moest men wennen aan het feit dat de specialist niet continu in de buurt was. De verpleegkundigen hebben met veel huisartsen te maken en de communicatie-lijnen werden langer. Vanzelfsprekend vindt er frequent overleg plaats tussen het hoofd verpleging en de huisartsen over de organisatie van het werk op de afdeling."

De huisartsenpost

In het ziekenhuis is eveneens de huisartsenpost gevestigd. Deze post verzorgt de totale acute huisartsenhulp buiten kantooruren en een deel van de spoedeisende hulp van het ziekenhuis (tijdens kantooruren is de post bemand door een wachtassistent chirurgie).

Dit project beoogt om het deel van de spontane aanloop op een spoedeisende hulpafdeling van een algemeen ziekenhuis dat eigenlijk onder de huisartsgeneeskunde valt, daadwerkelijk bij de huisarts te laten.

Alle 29 huisartsen participeren om beurten. Per keer zijn circa drie huisartsen ingeschakeld met de volgende taakverdeling:

De huisarts die dienst heeft is op de post aanwezig, ook 's nachts. Hij of zij is verantwoordelijk voor de medische behandeling en de telefonische consulten. Hij of zij coördineert ook de thuisvisites.

Een of twee andere huisartsen rijden de visites. Daarnaast is nog een huisarts als achterwacht beschikbaar.

De dienstdoende huisarts heeft op de post ondersteuning van een verpleegkundige met vaardigheden op het gebied van spoedeisende hulp. Beschikbaar zijn voorts cito-laboratorium-onderzoek en eenvoudige functie-onderzoek. Inschakeling van een specialist geschiedt door telefonische consultatie.

De patiënten die op deze post worden geholpen zijn alle patiënten die anders op de

praktijkadressen van de dienstdoende huisartsen zouden zijn ontboden. Daarnaast worden patiënten behandeld die zich melden voor eerste hulp. Indien specialistische behandeling noodzakelijk is gaat de patiënt naar een van de andere twee ziekenhuizen.

"De weekenden zijn het drukst. Tussen 's avonds acht en 's morgens twaalf uur ziet de arts circa vijftig patiënten, zijn er circa 30 telefonische consulten, en worden 10 tot 15 visites afgelegd. De huisartsen schakelen daarom ook de eigen assistente overdag in."

"Tijdens de aanlooperperiode ventileerden de huisartsen een grote behoefte aan nascholing, bijvoorbeeld ten aanzien van kleine chirurgie. Toen de post eenmaal draaide verdween die behoefte aan nascholing. In de praktijk bleek er niet zoveel te veranderen in het werk van de huisarts. De onzekerheid nam af. Men bleef werken zoals men gewend was."

Voor de huisartsen zit er een aantal voordelen aan deze constructie. *"Het maakt het werk interessanter, mede omdat er in het ziekenhuis meer mogelijkheden aanwezig zijn. Het is prettig om je eigen patiënten in behandeling te houden tijdens hun verblijf in het ziekenhuis. Men gaat als het ware met de patiënt mee."*

Op de huisartsenpost is de scheiding tussen de dienst en het visiterijden erg prettig. Degene die visite rijdt komt onbevangen bij de patiënt aan omdat het eerste telefonische contact - 'waarin soms een slag geleverd moet worden' - door de dienstdoende huisarts is afgehandeld. Het werk zelf op de post verloopt erg soepel omdat nauw wordt samengewerkt met de dienstdoende verpleegkundige. Deze kan een toenemend aantal zaken zelfstandig afhandelen. Deze samenwerking werkt efficiënt en bevalt beter dan de constructie waarbij de partner de achterwachtfunctie vervult."

Tenslotte blijkt het ook voor patiënten een goede constructie te zijn. Er is één centraal punt waar men altijd terecht kan. Men hoeft niet te zoeken. Het feit dat de lokatie in het ziekenhuis is gevestigd blijkt patiënten veel vertrouwen te geven."

Huisartsen zorg aan patiënten op de PAAZ

De huisartsen verlenen somatische zorg aan patiënten die opgenomen zijn op de afdeling psychiatrie van het ziekenhuis. De afdeling kan de huisarts in consult roepen, maar de mogelijkheid van specialistische consultatie blijft bestaan. *"Bij dit deel van de samenwerking wordt voor het eerste het automatisme doorbroken dat een patiënt die tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis een ander medisch probleem ontwikkelt in behandeling komt van een specialist die het meest met dat probleem te maken lijkt te hebben. Men kan denken aan de patiënt met oorspijn, die normaal gesproken naar de huisarts zou gaan, maar tijdens een klinische opname een KNO-arts aan zijn bed krijgt."*

Hoe de toekomst eruit gaat zien is onzeker. Er wordt een nieuw ziekenhuis gebouwd aan de rand van Haarlem Noord. Als men op die lokatie eenzelfde samenwerkingsproject wil aangaan zal dat vormgegeven moeten worden in samenwerking met de huisartsen die in die regio werken.

Tenslotte. De onderzoeksresultaten van het AMC-onderzoek moeten worden afgewacht om vast te stellen op welke gebieden de meerwaarde van deze samenwerkingsvorm tot uiting komt.

7.4 Bevorderende en belemmerende factoren

Belemmerend

Echte belemmeringen zijn er niet geweest. "De brij van regels is min of meer genegeerd". Er zijn pragmatische oplossingen gevonden voor nieuwe vormen van zorg waarvoor geen regelgeving en geen tarief bestond.

Bevorderend

De factoren die de samenwerking hebben bevorderd zijn hiervoor reeds aan de orde gekomen. Samenvattend waren dat:

- de goede samenwerking die er reeds tussen huisartsen en specialisten bestond;
- het gezamenlijke belang om de functies van het ziekenhuis te behouden;
- de externe dreiging van ontmanteling;
- de tijdsdruk die noodzaakte tot pragmatische afspraken en protocollen;
- het gezamenlijk optreden van de huisartsen;
- de betrokkenheid van alle participanten;
- het beperkte geografische gebied met 60.000 inwoners.

"Belangrijk was daarnaast de bottom-up benadering. De participanten hebben vanaf het begin allereerst gekeken naar wat men werkelijk leuk en interessant vond. Pas in tweede instantie zijn de financiële consequenties, waarvoor een oplossing gevonden moest worden, daarbij betrokken."

Niet zozeer bevorderend voor de samenwerking, maar wel noodzakelijk en onmisbaar was de bestaande structuur van de gezamenlijke informatievoorziening. Alle huisartsen en apothekers in Velsen zijn aangesloten op een medisch computernetwerk. Ook het ziekenhuis is geautomatiseerd en daaraan gekoppeld. Door deze koppeling kan iedere huisarts op de lokatie aan de Zeeweg informatie over een patiënt opvragen, zowel van de huisarts als van het ziekenhuis.

Met dank voor het interview en de documentatie aan:

R. Cuvelier, huisarts;

P.H.J. Duin, hoofdverpleegkundige;

M.J.A. de Louw, coördinator transmurale zorg a.i.;

E. Moll van Charante, huisarts-onderzoeker AMC;

dr. J.J. Petit, chirurg Kennemer Gasthuis.

8 EEN OVERKOEPELENDE STICHTING

8.1 Inleiding

In Zoetermeer bestaat een hechte samenwerking binnen de eerste lijn en een toenevende samenwerking tussen eerste- en tweede lijn. De samenwerkingsverbanden worden sinds jaren actief ondersteund door de Stichting Gezondheidscentra Zoetermeer (SGZ) die deze ondersteuning als haar hoofdtaak beschouwt. Dit is het centrale thema van dit hoofdstuk. De samenwerking wordt beschreven en uitvoerig wordt ingegaan op de toekomstige samenwerkingsstructuur in Zoetermeer en de problemen waarvoor nog een oplossing moet worden gevonden.

Dit hoofdstuk heeft een ander karakter dan de vorige vier hoofdstukken. In de vorige hoofdstukken stond telkens één samenwerkingsverband centraal. In dit hoofdstuk kijken we op een hoger niveau naar de wijze waarop dergelijke samenwerkingsverbanden ondersteund worden door een overkoepelende stichting.

8.2 Doelstelling en werkwijze

Het perspectief van waaruit de Stichting Gezondheidscentra Zoetermeer werkt is ketenvorming binnen de Zoetermeerse gezondheidzorg met een sterke positie van de eerstelijns en de huisarts daarbinnen.

De SGZ heeft drie taken:

1. de inhoudelijke ondersteuning van samenwerkingsverbanden en samenwerkingsprojecten.
2. het beheer van de gezondheidscentra.
3. het exploiteren van huisarts- en fysiotherapiepraktijken en apotheken.

Deze laatste twee taken laten we in dit rapport buiten beschouwing. Het gaat ons om de bijdrage die de SGZ levert aan de samenwerkingsstructuur in de regio.

Het ontstaan en de participanten

De Stichting Gezondheidscentra Zoetermeer bestaat 25 jaar. De Stichting is de overkoepelend rechtspersoon van acht samenwerkingsverbanden en daarbinnen van zeven gezondheidscentra.

Sinds 1995 kent de Stichting een Raad van Toezicht. Het bestuur van de Stichting wordt gevormd door de directie, bestaande uit een algemeen directeur en een directeur zorg. De formatie van het bureau bedraagt circa 10 fte.

Onder het beheer van de SGZ functioneert ook het Coördinatiepunt Zorg. Daartoe zijn vier medewerkers vanuit de zorgaanbieders bij de SGZ gedetacheerd. Zij verzorgen de coördinatie van complexe thuiszorg voor ouderen met multipathologie, terminale patiënten en gehandicapten. Zij hebben eveneens taken op het gebied van nazorg, wachtlijstbeheer en in zijn algemeenheid casemanagement.

Het werkgebied van de SGZ omvat circa 110.000 inwoners. Dit inwonertal zal met ongeveer 20.000 personen toenemen door de bouw van een nieuwe wijk. Er is sprake van een snellere vergrijzing in Zoetermeer vergeleken met de rest van Nederland.

Kenmerken en taken

In de beginperiode vervulde de SGZ een beperkte rol als rechtspersoon voor de gezondheidscentra. Sinds 10 jaar richt de SGZ zich nadrukkelijk op de inhoudelijke ondersteuning van de gehele eerstelijns. Hecht georganiseerde wijksamenwerkingsverbanden zijn daarvan het gevolg.

In de nabije toekomst zal de samenwerking geïntensiveerd worden tussen enerzijds de eerstelijns en anderzijds verpleeg- en verzorgingshuizen en het ziekenhuis. Een transmuraal centrum is in oprichting.

Zowel de SGZ als de samenwerkingsverbanden voeren tal van zorgvernieuwingenprojecten en kwaliteitsprojecten uit. Deze worden hier buiten beschouwing gelaten.

We concentreren ons op de ondersteuning en coördinatie die de SGZ biedt bij de multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. In Zoetermeer zien deze er als volgt uit:

1. Wijksamenwerkingsverbanden van eerstelijns hulpverleners (totaal zeven).
2. Overleg over beleidsafstemming tussen wijksamenwerkingsverbanden.
3. Beleidsoverleg samenwerkende eerstelijns op stedelijk niveau.
4. Bestuurlijk overleg tussen de SGZ met de Regionale Huisartsen Vereniging.
5. Coördinatiepunt Zorg.
6. Stuurgroep ziekenhuis - eerstelijns.
7. Zorg Overleg Zoetermeer: beleidsoverleg tussen alle zorgaanbieders.
8. Transmuraal Centrum in oprichting.
9. Overleg tussen huisartsen en de medische staf
10. FTO-overleg (Farmacotherapie-overleg tussen huisartsen en apothekers).

In acht van deze tien samenwerkingsverbanden speelt de SGZ een actieve rol. We geven een toelichting op de samenwerking binnen de eerstelijns, de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns en op het transmuraal centrum in oprichting.

Samenwerking binnen de eerstelijns

De eerstelijnszorg in Zoetermeer is georganiseerd in 'wijksamenwerkingsverbanden'. Dit houdt in dat per wijk alle eerstelijns hulpverleners contractueel overeengekomen zijn met elkaar een geïntegreerde vorm van hulpverlening aan te bieden, gericht op de specifieke gezondheidsproblemen in die wijk. Een wijksamenwerkingsverband omvat de volgende disciplines: huisarts, apotheek, fysiotherapeut, verloskundige, maatschappelijk werk, ouder en kindzorg, wijkverpleging en gezinsverzorging. De SGZ is beherend rechtspersoon van deze samenwerkingsverbanden. De SGZ ontwikkelt het kwaliteitsbeleid, protocollen en werkafspraken zoveel mogelijk uniform voor alle wijksamenwerkingsverbanden samen. Een voorbeeld zijn de circa 20 multidisciplinaire werkafspraken die stedelijk zijn geïmplementeerd.

Het beleid voor de eerstelijns op stedelijk niveau wordt bepaald door een overleg van alle samenwerkende eerstelijnsorganisaties. Naast de SGZ participeren daarin, de Stichting Thuiszorg, de regionale huisartsen vereniging en de Zoetermeerse verenigingen van apotheken, fysiotherapeuten en verloskundigen. De SGZ voert het voorzitterschap en het secretariaat.

Samenwerking tussen eerste- en tweedelijns

Voor de gehele zorg in Zoetermeer functioneert op stedelijk niveau het 'Zorg Overleg Zoetermeer'. Alle partijen participeren daarin, namelijk:

- Ziekenhuis 't Lange Land;
- Stichting Verpleging Verzorging en Revalidatie (verpleeghuis te Zoetermeer);
- Stichting Woon- en Zorgcentra Zoetermeer (omvat de drie verzorgingshuizen);

- Thuiszorg Zoetermeer en omstreken;
- Stichting Gezondheidscentra Zoetermeer;
- Overige organisaties van huisartsen, apotheken en fysiotherapeuten.

Doel van dit overleg is de verdere ontwikkeling van een lokaal zorgcircuit, het initiëren van projecten en activiteiten en het uitwisselen van informatie. Ook hier voert de SGZ het secretariaat en het voorzitterschap.

"De afgelopen jaren heeft dit overleg aan belang gewonnen. In het licht van de toenemende praktische samenwerking is de gewenste integratie op bestuurlijk niveau onderwerp van discussie." De visie op de toekomstige samenwerkingsstructuur en het toekomstige beleid worden in paragraaf 8.3 beschreven.

Transmuraal centrum

Vanaf 1 januari 1999 gaat in Zoetermeer een Transmuraal centrum van start. De Stichting Gezondheidscentra Zoetermeer ontvangt hiertoe een subsidie van de Ziekenfondsraad.

Dit centrum krijgt globaal twee taken, een logistieke taak en een zorginhoudelijke taak. Logistieke taken zijn het regelen van ziekenhuisontslag en verpleeghuisontslag waar complexe vormen van nazorg nodig zijn. Ook het huidige coördinatiepunt (zie boven) gaat naar het transmuraal centrum en waarschijnlijk ook het wachtlijstbeheer voor verpleeg- en verzorgingshuizen. *"Dit is min of meer vergelijkbaar met het model in Gorinchem."*

Zorginhoudelijk zullen allerlei nieuwe vormen van transmurale zorg worden ontwikkeld. Dat betekent dat multidisciplinaire zorgprogramma's en protocollen op het niveau van groepen patiënten worden ontwikkeld. Dat geldt ook voor de samenwerking tussen huisarts en specialist. Uiteindelijk moeten deze ontwikkelingen leiden tot een structuur van zorg waarbij transmurale zorg niet langer een zaak is van projecten maar een reguliere activiteit wordt van de samenwerkende instellingen.

Bestuur

Het transmuraal centrum wordt een zelfstandige stichting. Het bestuur wordt gevormd door alle zorgaanbieders en de patiënten/consumenten. Men is nog in gesprek over de wijze waarop de zorgverzekeraar hierbij kan worden betrokken. Het werkapparaat en de directievoering worden ondergebracht bij de SGZ die ook de beleidsmedewerkers levert. *"Dit is een pragmatische keuze voor de eerste drie jaar omdat de SGZ veel expertise heeft op het gebied van samenwerking en veel activiteiten in het verlengde liggen van wat de SGZ al doet."*

Indicatie-orgaan

Er is een Zoetermeers indicatieorgaan opgericht. In gezamenlijk overleg is vastgesteld dat het Transmuraal centrum en het werkapparaat van het indicatieorgaan maximaal in werkprocessen worden geïntegreerd. De integratie geldt niet voor de aansturing, want het indicatieorgaan is een eigen stichting met een eigen bestuur. Men zal gezamenlijk gehuisvest worden en van dezelfde dossiers gebruik maken. *"De werkuitvoering zelf moet naadloos op elkaar aansluiten, zodat niet allerlei bureaucratische verdubbelingen ontstaan."*

Invloedrijk

Het transmuraal centrum zal een orgaan worden dat veel invloed zal krijgen op de patiëntenstromen. *"In onze visie is dat ook nodig. Wij denken dat de cliënt uiteindelijk meer gediend is bij één orgaan waar zorgvuldig gekeken wordt naar zijn situatie, en waar niet vanuit instellingsbelang wordt gekeken. Nu de zorgtekorten groter worden*

neemt het spanningsveld tussen de instellingen toe. Instellingen roepen mechanismen in het leven om de eigen instelling te beschermen. De ontslagbureaus van ziekenhuizen en verpleeghuizen hebben vooral de opdracht patiënten te ontslaan want er moeten nieuwe mensen bij. Daar willen wij een structuur tegenover zetten om te zorgen dat alles bij ontslag geregeld is en dat dit zorgvuldig gebeurt. De grote vraag is natuurlijk hoe dat bestuurlijk dusdanig vormgegeven kan worden dat voldoende waarborgen voor de patiëntenbelangen ontstaan."

Financiering

De SGZ wordt gefinancierd via twee subsidieregelingen: het Besluit Subsidieering Gezondheidscentra en de Regeling Zwaarder Gestructureerde Samenwerkingsverbanden.

Het Coördinatiepunt Zorg wordt gezamenlijk bekostigd, namelijk door de thuiszorg, ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuizen en SGZ. De coördinatoren staan op de loonlijst van de aanbieders en zijn van daaruit gedetacheerd naar het bureau van de SGZ. *"Wellicht komen zij wel in dienst van de nieuwe stichting die t.b.v. het transmuraal centrum wordt opgericht."*

Daarnaast treedt de Stichting op als beherend rechtspersoon van de subsidie voor het (toekomstige) Transmuraal Centrum. Ook daar zullen alle betrokken partijen een aandeel in de kosten dragen.

8.3 Projecten en activiteiten

Voor een goed begrip van de toekomstplannen geven we eveneens een korte schets van de specifieke situatie in Zoetermeer.

Beperkte intramurale capaciteit en extramuralisering

Door de overheid is besloten dat de groei in Zoetermeer niet langs de intramurale weg moet plaatsvinden. Budgetten worden geëxtramuraliseerd. De extramurale ouderenzorg bijvoorbeeld zal een veel groter deel van de totale ouderenzorg gaan beslaan dan landelijk het geval is. In Nederland is circa 2% van de verzorgings- en verpleeghuiszorg geëxtramuraliseerd. In Zoetermeer loopt dat nu al tegen de 10%. Dat zal naar verwachting door gaan lopen naar 30 tot 40%.

Voor de thuiszorg betekent dat, dat een heel groot deel van de zorg die thuis geleverd gaat worden gefinancierd gaat worden uit de AWBZ-verzorgingshuisbudgetten of zelfs uit de verpleeghuiszorgbudgetten.

"Hier is de fundamentele keuze gemaakt om deze extramurale zorg voor het grootste deel te laten leveren door de mensen van de thuiszorg. Dat geldt voor de verpleeghuiszorg thuis, maar in ieder geval de verzorgingshuiszorg."

Deze ontwikkeling impliceert dat zeer nauw wordt samengewerkt tussen de drie partijen: thuiszorg, verzorgingshuis en verpleeghuis. Als bestuurlijke vormgeving sturen deze drie partijen aan op het vormen van een holding. Daarbij vindt aan de top volledige integratie plaats - bij de Raad van Toezicht en bij bestuur en directie - maar blijven de drie wel als juridisch zelfstandige organen bestaan."

Een parallelle ontwikkeling is te zien op het vlak van de somatische zorg. Ziekenhuiszorg en eerstelijns. Er is een beperkte ziekenhuiscapaciteit met daartegenover een vrij sterk georganiseerde eerstelijns. Bijvoorbeeld de Haagse regio heeft circa vier promille aan ziekenhuisbedden en Zoetermeer circa twee promille. *"Dit betekent dat de druk op het ziekenhuis erg groot is. De ligduur is nu minder dan acht dagen. Samen met*

Gorinchem is dat het laagste in Nederland. Er gebeurt veel in de dagbehandeling en er wordt snel ontslagen. Een intensieve relatie met de eerstelijns is nodig om de nazorg te regelen. En in toenemende mate zullen voor de nazorg voorzieningen moeten worden getroffen in verzorgingshuizen (wijkziekenboegen) en in het verpleeghuis (revalidatie) en de thuiszorg."

Vanuit het perspectief van een beperkte intramurale capaciteit zal de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns veel intensiever vorm moeten krijgen. De twee speerpunten van het beleid zijn op dit moment:

- a. op stedelijk niveau het transmuraal centrum (zie hiervoor); en
- b. de omvorming van de wijksamenwerkingsverbanden tot 24-uurs voorzieningen.

We lichten dit toe.

Vierentwintiguurs-voorzieningen per wijk

De gedachte is dat er in iedere wijk een zogenaamde 24-uurs voorziening voor ouderen zal komen. Die voorzieningen zouden moeten gaan integreren met de bestaande wijksamenwerkingsverbanden. Die verbanden zouden verder uit moeten groeien tot intensieve samenwerkingsverbanden waarvan de 24-uursvoorzieningen een onderdeel worden.

In die voorzieningen zal de medische zorg waarschijnlijk voor een heel groot deel door de huisarts geleverd worden en deels ook door de verpleeghuisarts voor zover het verpleeghuisbedden zijn. Een deel van de zorg in die voorzieningen wordt door de thuiszorg geleverd (wel vanuit een ander budget). De farmaceutische zorg en de fysiotherapie zullen wellicht ook vanuit de wijk worden aangeboden.

"Dit is een ontwikkeling waarbij we nog helemaal aan het begin staan. Wat we nog niet weten is hoe dit aangestuurd en georganiseerd moet gaan worden. Maar dit is wel onze toekomstvisie."

Bestuurlijke vormgeving

De holding van de drie partijen verzorgingshuizen, verpleeghuis en thuiszorg is al geschetst. Binnen het Zorg Overleg Zoetermeer leeft de gedachte dat in de toekomst ook het ziekenhuis en de SGZ bij de holding zouden kunnen aansluiten. *"Dat is nog volop in discussie. Daar zijn we beslist nog niet uit."*

Vrije beroepsbeoefenaren

Binnen de SGZ is de cruciale vraag wat de holdingvorming zou betekenen voor de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. *"Dergelijke besturingsstructuren weerspiegelen een instellingsgerichte denkwijze. Er dient nog heel goed nagedacht te worden wat dat betekent voor enerzijds de verenigingen van beroepsbeoefenaren en anderzijds de individuele beroepsbeoefenaren die niet bij de SGZ op de loonlijst staan. Wij zijn als SGZ erg betrokken op de beroepsbeoefenaren en die willen wij zowel in bestuurlijke als in uitvoerende zin daadwerkelijk betrekken."*

Belangrijke vragen zijn:

- a. in hoeverre zijn de verenigingen bereid om mede bestuurlijke verantwoordelijkheid te gaan dragen voor een gezamenlijke holding of iets dergelijks;
- b. in hoeverre zijn de verenigingen in staat om hun leden te binden aan die structuren en aan de besluiten die daarbinnen worden genomen.

"Dat is de discussie waar de transmurale zorg vaak over gaat. De klacht van veel ziekenhuizen is dat huisartsen zich zo moeilijk als groep laten aanspreken: als je met een HAGRO iets afspreekt betekent dat nog niet dat de andere zich daaraan zal conformeren."

Deze discussie zijn wij nu intensief aan het voeren, niet alleen met de huisartsen, maar ook met de apothekers en de fysiotherapeuten."

De toekomstige rol van de SGZ

In de discussies over de toekomst is de plaats van de SGZ nog open. De SGZ is op dit moment duidelijk een eerstelijnsinstelling die, wat het transmuraal centrum betreft, mede vorm geeft aan de samenwerking met de tweede lijn. De komende jaren moet duidelijk worden wat de positie van de SGZ gaat worden.

De vraag is, of de SGZ zich zal ontwikkelen tot een gezamenlijk uitvoeringsorgaan voor alle zorgaanbieders, dus ook voor ziekenhuis, verpleeghuis en verzorgingshuizen, of dat er een heel zwaar accent op de eerstelijns zal blijven (natuurlijk wel in relatie met de tweede lijn).

"Dit is een van de interessantste punten waar wij op dit moment tegenaan lopen. De SGZ is van mening dat transmurale zorg in ieder geval een stevige verankering binnen de eerstelijns moet hebben. Wil je succes hebben dan zullen de initiatieven voor een groot deel daar vandaan moeten komen. Een probleem daarbij is dat de eerstelijns het minst georganiseerde deel van de gezondheidszorg is. Kortom, de toekomst staat nog erg ter discussie."

Schaalgrootte

Een tweede discussie betreft de schaalgrootte van samenwerkingsstructuren. In de visie van de SGZ is de ideale schaalgrootte voor wijksamenwerkingsverbanden circa 20.000 inwoners. Dit is het niveau van de HAGRO. Op dit niveau is ook thuiszorg goed te organiseren evenals consultatiebureaus, jeugdgezondheidszorg en de toekomstige 24-uursvoorzieningen.

Op stedelijk niveau is de SGZ ervan overtuigd dat een regio met circa 100.000 inwoners, zoals in Zoetermeer, de ideale schaalgrootte is om processen te organiseren. Een dergelijke regio - met 40 a 50 huisartsen - is aan de ene kant groot genoeg om processen te organiseren, bijvoorbeeld een eigen indicatiebureau en een transmuraal centrum; aan de andere kant is de regio klein genoeg om de samenwerking wel op basis van persoonlijke contacten te laten plaatsvinden. *"De zorgcoördinatoren kennen bijvoorbeeld alle 40 huisartsen, en andersom. Ga je die schaal verder vergroten dan kom je per definitie uit op papieren afhandeling."*

Op dit moment wordt hierover een intensieve discussie gevoerd met verzekeraar en zorgkantoor. Aanleiding is de indicatiestelling. Het zorgkantoor is altijd voorstander geweest van één indicatieorgaan voor hun werkgebied (Den Haag en omstreken met circa 700.000 mensen). Op dat niveau wil zou men ook graag de transmurale zorg organiseren.

"Wij erkennen dat een deel van het beleid regionaal moet worden bepaald en vastgesteld: bijvoorbeeld urgentiebeleid, wachtlijstbeleid en indicatiebeleid. Dat moet in Den Haag niet anders zijn dan in Zoetermeer. De uitvoering daarvan moet je niet op het niveau van 700.000 mensen organiseren maar op een kleinere schaal."

8.4 Bevorderende en belemmerende factoren

Er zijn geen factoren die de ontwikkelingen, zoals in dit hoofdstuk geschetst, wezenlijk belemmeren. Wel zullen - zoals eerder is opgemerkt - voor een aantal zaken nog oplossingen moeten worden gevonden. Over de toekomstige ontwikkelingen zijn alle partijen nog intensief met elkaar in gesprek.

Bevorderende factoren.

Bevorderend voor het ontwikkelen van samenwerkingsstructuren zijn in ieder geval twee factoren:

1. Geografische afbakening: bevorderend is de één op één relatie in Zoetermeer: er is één ziekenhuis, verpleeghuis, thuiszorg en een woonzorgstichting. *"Dit maakt de samenwerking in organisatorische zin eenvoudig."*
2. Structurele financiering voor de infrastructuur, waardoor zaken echt kunnen worden opgebouwd.

Tenslotte kan de SGZ haar coördinerende en ondersteunende functie blijven vervullen "doordat er evenwicht is tussen wat de SGZ biedt aan en vraagt van de zorgaanbieders".

Met dank aan drs. H.A. van de Hoeven, directeur Stichting Gezondheidscentra Zoetermeer, voor het interview en de documentatie.

LITERATUUR

ROS, C.C, HUTTEN, J.B.F., GROENEWEGEN, P.P. Centra centraal. Utrecht: NIVEL, 1996

DE GROOT, R. Innovatie in de zorgsector. Jaarboek 1998. Utrecht: NIVEL, NZI, TI 1998

Meerjarenafspraken Zorgsector. Ministerie van VWS, Den Haag, 1998.

BIJLAGE 1

INVENTARISATIE REGIONALE STRUCTURELE SAMENWERKINGSVERBANDEN

DHV
Contactpersoon

Zou u hierna de bij u bekende samenwerkingsverbanden willen noteren. Graag vernemen wij:

- de naam van het samenwerkingsverband indien bekend
- de betrokken disciplines/sectoren voor zover bekend
- naam en adres (tel) van één of meer contactpersonen of van iemand die hier meer van weet

Zou u dit formulier vóór woensdag 8 oktober terug kunnen sturen in de bijgevoegde antwoordenvelop (een postzegel is niet nodig).
Bij voorbaat vriendelijk dank voor uw medewerking.

Samenwerkingsverbanden:

BIJLAGE 2 VRAGENLIJST INVENTARISATIE REGIONALE SAMENHANG

Inhoud van de vragenlijst

De vragenlijst bevat vijf onderwerpen, namelijk:

- Kenmerken van het samenwerkingsverband
- Partijen die daarin participeren
- Doel en werkwijze van het samenwerkingsverband
- Activiteiten die door het samenwerkingsverband worden ontplooid

--	--	--	--	--

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht

VRAGENLIJST

Inventarisatie regionale samenhang

november 1998

KENMERKEN VAN HET SAMENWERKINGSVERBAND

1. Heeft het samenwerkingsverband een naam?
☐ nee
☐ ja, namelijk
2. a. Omstreeks welk jaar is het initiatief tot dit samenwerkingsverband genomen?
omstreeks 19 . .
b. In welk jaar is het samenwerkingsverband daadwerkelijk gaan functioneren?
in 19 . .
3. Is het samenwerkingsverband op enige wijze op schrift vastgelegd?
(meerdere antwoorden mogelijk)
☐ ja, in notulen van gemeenschappelijke vergaderingen
☐ ja, in een intentie verklaring van de participanten
☐ ja, in een convenant
☐ ja, in een missie van het samenwerkingsverband
☐ ja, in werk afspraken
☐ anders, namelijk
4. Heeft het samenwerkingsverband een rechtspersoon, bijvoorbeeld vereniging, stichting en dergelijke?
☐ nee
☐ ja, namelijk
5. Wordt het samenwerkingsverband in een begrensd regionaal of lokaal werkgebied uitgevoerd?
☐ nee (ga verder met vraag 6)
☐ ja
Zo ja, welke plaatsen/regio's omvat dit werkgebied?
.....
.....
.....

6. a. Op welke wijze wordt het samenwerkingsverband gefinancierd?
(meerdere keuzen mogelijk)

- ☐ niet van toepassing
- ☐ eigen middelen van deelnemers in het samenwerkingsverband
- ☐ overheidssubsidie
- ☐ zorgverzekeraars
- ☐ particuliere fondsen
- ☐ anders, namelijk
-
-
-

PARTIJEN DIE IN HET SAMENWERKINGSVERBAND PARTICIPEREN

7. a. Welke instellingen zijn betrokken bij het samenwerkingsverband?
(Aankruisen hetgeen van toepassing is)

- ☐ ziekenhuis
- ☐ psychiatrisch ziekenhuis
- ☐ huisartsen
- ☐ gezondheidscentrum
- ☐ thuiszorg/kruiswerk
- ☐ verzorgingshuis
- ☐ verpleeghuis
- ☐ RIAGG
- ☐ instelling voor algemeen maatschappelijk werk
- ☐ patiëntenorganisatie
- ☐ zorgverzekeraar
- ☐ universiteit/onderzoeksinstituut
- ☐ anders, namelijk

b. Welke van de bovenstaande partijen hebben het initiatief tot het samenwerkingsverband genomen?

.....

.....

.....

8. Op welk nivo zijn de huisartsen vertegenwoordigd?

- ☐ HAGRO - huisartsengroep
- ☐ RHV - regionale huisartsenvereniging
- ☐ DHV - district huisartsenvereniging
- ☐ gezondheidscentrum
- ☐ anders, namelijk

DOEL EN WERKWIJZE VAN HET SAMENWERKINGSVERBAND

9. a. Kunt u in het kort de doelstellingen van het samenwerkingsverband aangeven?

.....

.....

.....

.....

b. Welk type werkzaamheden worden door het samenwerkingsverband uitgevoerd?
(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ beleidsontwikkeling
- ☐ werving van subsidies/fondsen
- ☐ initiëren van projecten
- ☐ coördineren/aansturen van projecten
- ☐ uitvoering van projecten
- ☐ reguliere zorgverlening
- ☐ anders, namelijk

10. Zou u in de onderstaande tabel de participanten kunnen aankruisen, die in het samenwerkingsverband de volgende functies vervullen: secretariaat, coördinatie, financier, project uitvoerend?

	secretariaat	coördinatie	financier	uitvoerend
ziekenhuis				
psychiatrisch ziekenhuis				
huisartsen				
gezondheidscentrum				
thuiszorg/kruiswerk				
verzorgingshuis				
verpleeghuis				
RIAGG				
algemeen maatschappelijk werk				
patiëntenorganisatie				
zorgverzekeraar				
universiteit/onderzoeksinstituut				
anders 1:				
anders 2:				

11. Beschikt het samenwerkingsverband over een eigen bureau en/of eigen personeel? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ nee
- ☐ ja, een eigen bureau
- ☐ ja, eigen personeel

12. a. Wat is naar schatting de jaarlijkse vergaderfrequentie van het samenwerkingsverband op bestuurlijk niveau?

Op bestuurlijk niveau wordt per jaar gemiddeld keer vergaderd

b. Wat is naar schatting de jaarlijkse vergaderfrequentie van het samenwerkingsverband op uitvoerend niveau?

Op uitvoerend niveau wordt per jaar gemiddeld keer vergaderd

13. a. Zijn er belangrijke factoren die bevorderend werken op de in stand houding van het samenwerkingsverband?

.....
.....
.....

b. Zijn er belangrijke factoren die belemmerend werken op de in stand houding van het samenwerkingsverband?

.....
.....
.....

DOOR HET SAMENWERKINGSVERBAND GEGENEREERDE PROJECTEN

14. Kunt u een schatting geven van het aantal gestarte projecten sinds de oprichting van het samenwerkingsverband?

- ☐ nog geen projecten gestart
- ☐ 1 - 3 projecten gestart
- ☐ 4 - 10 projecten gestart
- ☐ meer dan 10 projecten gestart

15. Graag zouden wij informatie over de aard van deze projecten ontvangen.
Wilt u zo vriendelijk zijn om een bestaand lijstje, jaarverslag of overzicht mee te sturen?
Indien u deze informatie niet direct voor handen heeft, zou u dan zo vriendelijk willen zijn de titels
van enkele projecten hieronder te vermelden?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ALGEMEEN

Naam contactpersoon
Adres
Woonplaats
Telefoonnummer
Faxnummer

BIJVOORBAAT HARTELIJK DANK VOOR UW MOEITE!

BIJLAGE 3 OVERZICHT VAN DE 68 RESPONDENTEN

Samenwerkingsverbanden met een rechtspersoon	initiatiefjaar
Welzijnsteam Scherpenzeel - Scherpenzeel	1970
Stichting Gezondheidscentra Zoetermeer - Regio Zoetermeer	1974
Stichting Gezondheidscentra Enschede - Stad Enschede	1975
Gezondheidscentrum Zuid-West - Zieuwent, Marienveld, Harreveld, deel van Lichtenvoorde	1975
Vereniging Zorgintegratie Zuid-Oost ZIZO - Amsterdam Zuid-Oost en Diemen	1980
Regionaal Overleg Gezondheidszorg Zaanstreek/Waterland - Regio Zaanstreek, Zaanstad en omstreken + Waterland en Purmerend	1983
Stichting Eerstelijns Samenwerkingsverband Achterveld - Achterveld en omstreken	1985
Regionaal Zorgnetwerk MidWest Utrecht - IJsselstein, Lopik, Vianen, Nieuwegein, Houten	1985
Gezondheidscentrum Merenwijk - Leiden-Noord, Merenwijk	1986
Stichting Aanvullende Thuiszorg - Ede Wageningen Barneveld Nijkerk Hoevelaken	1989
Zeeuws-Vlaams Zorg Overleg (ZVZO) - Regio Zeeuws Vlaanderen	1992
Vereniging Integrale Ouderenzorg Noord (VION) - Amsterdam Noord	1993
St. Ondersteuning Gezondheidszorg en Maatsch. Dienstverl. Den Haag - Achterstandswijken in Den Haag, Stadsdeel Centrum	1994
Provinciaal Project Gezondheidszorg SSGL - Flevoland	1995
Stichting Transmurale Zorg Velsen (RHV en SHZV) - Velsen	1995

Zonder naam, vallend onder de Zellingen (Stichting Zorgbeheer) - Capelle aan de IJssel, Krimpen aan de IJssel, Kralingse Veer	1995
Medisch Coördinerend Centrum Noord-West Veluwe - Regio Noord-West Veluwe, Harderwijk, Nunspeet, Ermelo, Putten	1996
Medisch Integratie Centrum Kempenland (MICK) - Kempen + Eindhoven Zuid	1996
Huisartsen en Specialisten (H en S) - Diaconessenhuis Eindhoven en adherentie, aansluitend op regionale afspraken DHV Zuid-Oost Brabant en regionale specialisten Verenigingen	1996
Stichting Transmuraal Netwerk Midden Holland - WZV-regio Midden Holland	1996
Stichting Thema - Ziekenhuisregio van het St. Annaziekenhuis te Geldrop	1997
Stichting Samenwerking Gezondheidszorg Oosterhout en Omstreken - Oosterhout, Dongen, Geertruidenberg, Raamsdonksveer, Rijen	1997
Hart in beweging - Oostelijk Zuid Limburg	1997
Geïntegreerde Eerstelijns Zorg Leidsche Rijn (GEL) - Stad Utrecht, Vleuten, De Meern	1997
Stichting Transmurale Zorg - Den Haag	1997
Samenwerkingsverbanden met een convenant, intentieverklaring, missie of reglement	
Netwerk Hulpsector Oost - Regio Den Bosch Oost	1980
Zonder naam - Regio Leiden-Zuid, Stadswijk Stevenshof	1985
Platform Thuiszorg Centrum - Centrumgebied Rotterdam	1986
HAAS Huisartsen - Ambulancedienst - Specialisten - RHV Deventer en omstreken	1990
Stuurgroep Thuiszorg MCL - Adherentiegebied zorggroep Noorderbreedte (Noord en Noord-West Friesland)	1990

Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland-Noord - WZV-regio Leiden (Zuid-Holland-Noord)	1991
Zonder naam - Leiden - Alphen en gemeentes, adherentiegebied van Thuiszorg Groot Rijnland	1993
TRAZOR - West-Betuwe en Land van Maas en Waal	1994
Zorgnetwerk Land van Cuijk - Land van Cuijk, Boxmeer, Grave, St'Anthonis, Cuijk, Mill	1994
Werkafsprakenproject - District DHV Holland Noord, verdeeld in vijf regionale werkgebieden: MCA-gebied, GEMINI-gebied, WFG-gebied, + gebieden Waterland en Zaanland	1994
Deilgroep (en later ook ook de Rivas Zorggroep) - Alblasserwaard, Vijfheerenlanden, Land van Heusden en Altena	1994
Zorgvernieuwingsexperiment Noord Limburg (ZVE) - Regio Noord Limburg	1995
Regionaal Overleg Thuiszorgtechnologie Utrecht (ROTU) - Regio Utrecht	1995
Zorgnetwerk Nieuw-West - Regio Amsterdam Nieuw-West en aanpalend gebied Zuid + Oud-West	1995
Project Huisverpleegkundige - Werkgebied van groepspraktijk Veldhuizen	1995
Transmurale Samenwerking - Zeeuws Vlaanderen	1996
Transmuraal Ontwikkelings Project (TOP) - Regio Zuid West-Friesland	1996
Zonder naam - Regio Maasland van Brabant Noord-Oost, Oss, Maasdonk Deel van Bernheerze, Ravenstein, Lith, deel van Landerd	1996
Transmurale Zorg Midden Twente - Regio Midden Twente	1996
Samenwerkingsverband Transmurale Zorg Gelderse Vallei - Regio Gelderse Vallei	1997
Diabetes Zorgsysteem West Friesland - Oostelijk West Friesland	1997

Stuurgroep Transmurale Zorg Midden Kennemerland Noord - Beverwijk, Heemskerk, Uitgeest, Castricum	1997
Samenwerking Huisarts-Wijkwelzijnsorganisatie-RIAGG Stad Utrecht - Stad Utrecht	1998
Samenwerkingsverbanden met werkafspraken of notulen en overig	
Ziekenhuis Contact Commissie - Oosterhout, Dongen, Raamsdonkveer, Rijen, Made	1978
Eerstelijnsoverleg - Delden	1978
Het Sociaal Café - Ootmarsum, Lattrop, Tilligte, Beekenkamp, Mutter, Agelo	1978
Coördinatiegroep Migranten van het GVO Den Haag - Gemeente Den Haag	1983
"Huisartsenoverleg" - Centraal Twente	1992
Zonder naam - West Friesland	1994
Transmurale stuurgroep Septet - Adherentiegebied Scheper Ziekenhuis Emmen	1995
Interlijn - Adherentiegebied Wilhelmina Ziekenhuis Assen	1995
Trio zorg - Amsterdam, Dekkingsgebied van ZAO-zorgverzekeraar	1995
Klankbordgroep Huisartsen - Regio Zuid Holland Noord	1995
Projectstructuur Transmurale Zorg - Regio West Friesland (Noord-Holland-Noord)	1996
'Open Staf' RIAGG afdeling ouderen - Oostelijk Zuid Limburg	1996
Zonder naam - Soest (gebied Gezondheidscentrum en HAGRO)	1996
Transmuraal Coördinatoren Overleg - DHV Zuid Oost Brabant	1996
Stuurgroep Transmurale Zorg CVA Zuid Kennemerland	1996

- Zuid Kennemerland

Platform Transmurale Zorg Zuid Holland Zuid

1997

- Dordrecht + eiland van Dordrecht, West Alblasserwaard,
Hoeksewaard, Zwijndrechtse Waard

Transmurale Farmacie West Friesland

1997

- West-Friesland

Ouderenoverleg

1998

- Regio Zuid-West Overijssel

Stuurgroep Transmurale Zorg

1998

- Regio Oost Achterhoek

Zonder naam

1998

- De gezondheidsregio Zuid Holland Zuid-Oost

BIJLAGE 4 SCHEMA 1: OVERZICHT VAN ONDERWERPEN WAAROP DE GEGENEREERDE PROJECTEN ZIJN GERICHT

Doelgroepen	aantal projecten
ouderen	15
migranten/allochtonen	7
jongeren	4
vrouwen	4
mantelzorgers	4
kinderen (opvang)	2
vrijwilligers	1
lichamelijk gehandicapten	1
verstandelijk gehandicapten	1
illegalen	1
dak- en thuislozen	1
Aandoeningen	
Diabetes	25
CVA	15
CARA/astma	11
psychogeriatric/dementie	8
trombose	6
reumatoïde artritis	5
total hip	4
decubitus	2
ulcus cruris	2
hypothyreoïdie	2
multiple sclerose	1
borstkanker	1
prostaataandoeningen	1
incontinentie	1
urinesteen	1
osteoporose	1
decompensatio cordis	1
stoma	1
Down-syndroom-teams	1
Disciplines en specialismen	
oncologie	9
cardiologie	7
orthopedie	5
psychiatrie	4
dermatologie	2
oogheelkunde	2
radiologie	1
chirurgie	1
geriatrie	1
KNO	1

urologie	1
longgeneeskunde	1
verpleegkundigen	1
verpleegkundig consulent	1
specialistische verpleegkundige	1
ergotherapie	1
fysiotherapie	1

Transmuralezorg/substitutie

transmuraal werken/consult	12
transmuraal/liaison verpleegkundige	7
tussenvoorzieningen/bedden	5
extramurale bedden	2
transmuraal verpleegkundig consulent	1
ziekenhuisbedden in verpleeghuis	1
substitutie	1
24-uursvoorzieningen	1
wijkziekenboeg	1
ziekenhuisverplaatste zorg	1
ligduurverkorting	1

Zorgcoördinatie/logistiek

transferpunt/bureau	6
indicatiestelling	5
case/circuitmanagement	5
wachtrijst/tekorten	5
opname- en ontslagcoördinatie	4
coördinatie-service-punt	2
vervroegd ontslag	1
zorgtoewijzing	1
verwijzen	1
clientvolgssysteem	1
patiëntenlogistiek	1
een loket	1
wijksamenwerking	1
continuïteitsbezoeken	1

Huisartsen

huisarts specialist	9
feedback aan huisarts (diagn)	5
aanvullende diagnostiek	4
praktijkverpleegkundige	3
huisartsenpost	2
huisarts kliniek	1
organisatie huisartsenzorg	1
gezamenlijk consult	1
huisarts welzijnswerk	1
huisarts - RIAGG	1

Preventie, voorlichting, welzijn

voorlichting	8
gezondheids cursussen	7

klussendienst	3
veiligheid	2
sociaal cafe	2
huiskamerproject	1
maaltijdvoorziening	1
buurtbus	1
pedagogische ondersteuning	1
Kwaliteit	
protocollair werken/werkafspraken	7
deskundigheidsbevordering	3
communicatie	2
kennisnetwerk	1
nascholing	1
Zorgvormen	
thuiszorgtechnologie	6
farmacotherapie	4
palliatieve zorg	3
intensieve thuiszorg	2
infuusbeleid	2
spoedeisende hulp	2
verloskunde	2
begeleid wonen	2
rugschool	1
dialyse	1
tractie	1
verpleeghuiszorg	1
verzorging/verpleging	1
individuele meerzorg	1
aanvullende thuiszorg	1
crisisopname	1
Diversen	
automatisering/EDI/infosystemen	8
overleg	5
keuken/voeding	3
arbeidsmarkt	2
integraal budget	1
vervoer	1
bloedproducten	1
nieuwbouw	1
zelfzorg	1
kwaliteitsproject	1
overig	7

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Centra Centraal. Onderzoek naar kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra en de productiecijfers van huisartsen.

Auteurs: C.C. Ros, J.B.F. Hutten, P.P. Groenewegen

Utrecht: NIVEL, 1998, 108 pag., fl. 20,00

In dit onderzoek staan de gezondheidscentra in Nederland centraal. De subsidie die deze samenwerkingsverbanden van hulpverleners in de eerste lijn ontvangen van de Ziekenfondsraad zou begin jaren negentig worden afgebouwd. Een goed beeld van hoe de centra functioneerden ontbrak echter. Het NIVEL kreeg de opdracht in kaart te brengen in hoeverre gezondheidscentra aan de LVG-kwaliteitskenmerken voldeden. In het algemeen blijken gezondheidscentra in hoge mate te voldoen aan de kwaliteitskenmerken. De hulpverleners van de verschillende disciplines zijn beter in staat gestructureerd, volgens protocollair afspraken samen te werken dan hulpverleners die in principe monodisciplinair werken. Daarnaast zijn de productiecijfers van de huisartsen in gezondheidscentra onderzocht. Uit diverse bronnen blijkt dat huisartsen in gezondheidscentra minder verwijzen dan huisartsen buiten centra. Wat betreft het voorschrijfgedrag is er een minder duidelijk beeld, maar specifieke onderzoeken waarbij duidelijk is om welk soort centra het gaat, namelijk BSG-gesubsidieerd met eigen apotheek, geven wel een indicatie dat de centra minder voorschrijven. Over het aantal verrichtingen en het aantal verpleegdagen zijn te weinig gegevens bekend om een eenduidige conclusie te trekken.

Doelmatigheid en kwaliteit. Een overzicht van de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten binnen de lokale initiatieven

Auteurs: D.M.Doeglas, D.M.J.Delnoij, R.Schuller-Punt

Utrecht: NIVEL, 1998, 328 pag., fl. 53,00

In dit rapport worden de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten geïnventariseerd die ziekenhuizen en specialisten hebben opgezet in het kader van de lokale initiatieven. nagegaan wordt onder meer wie de participanten zijn, wat het doel is van de projecten, welke patiëntengroepen het betreft en welke middelen worden ingezet. Het rapport bevat een overzichtshoofdstuk, een beschrijving van projecten en een trefwoordenregister.

