INTEGRATIE KRUISWERK

EN GEZINSVERZORGING

Ervaringen van hulpverleners en cliënten

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

R.A. Verheij
W.M.C.M. Caris-Verhallen
A. Kerkstra

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - tel. 030 - 319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Verheij, R.A.

Integratie Kruiswerk en Gezinsverzorging : ervaringen van hulpverleners en cliënten / R.A. Verheij, W.M.C.M. Caris-Verhallen, A. Kerkstra. - Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
Met lit. opg.
ISBN 90-6905-232-6
Trefw.: wijkverpleging / gezinszorg.

Omslag : Mieke Cornelius
Lay-out : Marcelle van der Meulen

INHOUD

VOORWOORD v

LEESWIJZER vii

DEEL 1 Evaluatie van de experimenten

1. INLEIDING 1
1.1 Inleiding 1
1.2 Achtergrond van het onderzoek 2
1.2.1 Beleid 2
1.2.2 Een overzicht van reacties in de vakliteratuur 7
1.3 De stand van zaken voor wat betreft samenwerking en integratie 12
1.4 Vraagstellingen en opbouw van het rapport 14

2. EEN OVERZICHT VAN DE EXPERIMENTEN 15
2.1 Inleiding 15
2.2 Indicatiestelling 19
2.2.1 De aanmelding 19
2.2.2 De intakers 22
2.2.3 Intake-instrumenten 23
2.2.4 De indicatiestelling 24
2.2.5 Herindicaties 27
2.3 Geïntegreerd zorgaanbod 27
2.4 Coördinatie 31
2.4.1 Coördinatie van de teams 31
2.4.2 De coördinatie van zorg 32
2.5 Retributie 35
2.6 Conclusies 36
2.6.1 Conclusies met betrekking tot indicatiestelling 36
2.6.2 Conclusies met betrekking tot geïntegreerd zorgaanbod 37
2.6.3 Conclusies met betrekking tot coördinatie van zorg 38

3.	**OPZET EN METHODE**	39
3.1	Inleiding	39
3.2	Onderzoeksmodel	40
3.2.1	Onafhankelijke variabelen	41
3.2.2	Meningen en ervaringen	42
3.2.3	Interveniërende variabelen	43
3.3	Steekproefomvang en werkwijze bij de dataverzameling	45
3.4	Respons	48
3.5	Vergelijkbaarheid van experimentele- en controlegroepen	50
3.6	Methode van analyse	51
4.	**AANMELDING INTAKE EN INDICATIESTELLING**	52
4.1	Hulpverleners	52
4.1.1	Draagvlak voor geïntegreerde en van zorgverlening losgekoppelde intake	52
4.1.2	Wie zou een geïntegreerde intake moeten uitvoeren	55
4.1.3	De kwaliteit van de intake	55
4.1.4	Na de intake: opstelling van een zorgplan en start van de hulpverlening	57
4.2	Cliënten	59
4.2.1	De aanmelding	60
4.2.2	De intake en start van de hulpverlening	62
4.3	Samenvatting	65
5.	**GEÏNTEGREERD ZORGAANBOD, HET WERKEN IN GEÏNTEGREERDE TEAMS**	67
5.1	Hulpverleners	67
5.1.1	Draagvlak voor het werken in geïntegreerde teams	67
5.1.2	Efficiëntie van de taakverdeling	69
5.1.3	Veranderingen in taken	71
5.1.4	Duidelijkheid van de taakafbakening	72
5.1.5	Overleg	73
5.1.6	Feedback en autonomie	75
5.1.7	Werkdruk	78
5.1.8	Tevredenheid over een aantal aspecten	79
5.2	Cliënten	82

5.2.1 Tevredenheid over de continuïteit in de hulpverlening 83
5.2.2 Tevredenheid met de hulpverlening zelf 85
5.3 Samenvatting 86

6. COÖRDINATIE 88
6.1 Hulpverleners 88
6.2 Cliënten 92
6.3 Samenvatting 94

7. SAMENVATTING EN CONCLUSIES 95
7.1 Intake en indicatiestelling 95
7.1.1 Het oordeel van hulpverleners 96
7.1.2 Het oordeel van cliënten 98
7.2 Geïntegreerd zorgaanbod 99
7.2.1 Het oordeel van hulpverleners 102
7.2.2 Het oordeel van cliënten 105
7.3 Coördinatie van zorg 106
7.3.1 Het oordeel van hulpverleners 106
7.3.2 Het oordeel van cliënten 107
7.4 Integratiewinst? 108

LITERATUUR 111

DEEL 2 Beschrijving van de experimenten

1. INLEIDING 1
1.1 Intake 1
1.2 Geïntegreerd zorgaanbod 2
1.3 Coördinatie 3
1.4 Opbouw van deel 2 4

2. DRENTHE 5

3. DEN HAAG 14

4. GRONINGEN STAD 25

5. SCHIEDAM 34

6. CENTRAAL TWENTE 43

7. ZUID WEST FRIESLAND 52

8. ROTTERDAM 59

9. NOORD WEST VELUWE 69

10. IJMOND 78

11. OOST GRONINGEN 86

12. MIDDEN LIMBURG 91

BRONNEN 95

BIJLAGE 1 Begrippenlijst

VOORWOORD

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

Op basis van de onderzoeksresultaten wordt geconcludeerd dat de beoogde doelmatigheidsverbetering het best kan worden gerealiseerd door integratie van kruiswerk en gezinsverzorging.
Om deze organisatorische ontwikkelingen te ondersteunen, wordt door de overheid een stimuleringsbeleid ontwikkeld. Dit beleid houdt in dat in een aantal regio's projecten zijn gesubsidieerd die een innovatief karakter hebben waarmee ze tot voorbeeldprojecten voor integratieprocessen elders in het land zouden kunnen dienen en waarbij een verbetering van de hulp aan de cliënt een belangrijke richtsnoer is.

Op verzoek van het Ministerie van WVC heeft een evaluatie plaats gevonden van deze projecten en het integratieproces bij de instellingen waar deze projecten plaats vinden cq hebben plaats gevonden.
De evaluatie van de integratieprocessen, de breedte-evaluatie genoemd, is uitgevoerd door bedrijfskundig adviesbureau Hoeksma, Homans & Menting (Bureau HMM). De evaluatie van de projecten (diepte-evaluatie) is uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), en richt zich op een drietal aspecten van het primaire zorgproces binnen de experimenten: de indicatiestelling, het geïntegreerde zorgaanbod en de zorgcoördinatie.

Met betrekking tot de breedte-evaluatie en de diepte-evaluatie wordt door beide onderzoeksinstellingen afzonderlijk gerapporteerd.
Voorliggende rapportage heeft betrekking op de diepte-evaluatie uitgevoerd door het NIVEL.

Dit rapport is mede tot stand gekomen dankzij de leden van een voor het onderzoek ingestelde begeleidingscommissie:

De heer C.P. Schouwstra, arts (voorzitter)
Mevrouw Drs C.C. Alberda-Harmsen, namens het ministerie van WVC
De heer P.M. Oudhof, Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars
Mevrouw H.E.M. Sales, Thuiszorg Centraal Twente
De heer Drs R.A. Willemsen, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg

Wij danken de leden van de begeleidingscommissie voor de constructieve bijdrage die ze hebben geleverd aan de totstandkoming van dit verslag.

Utrecht, juli 1993.

LEESWIJZER

De opdracht zoals deze door het ministerie van WVC aan het NIVEL is gegeven en de daaruit voortvloeiende onderzoeksactiviteiten, waarover in dit rapport verslag wordt gedaan hebben geleid tot een rapport van nogal grote omvang.
Voor de lezer die niet alle onderdelen van dit rapport wenst te bestuderen is deze leeswijzer opgenomen. Een aantal van de hoofdstukken is namelijk zelfstandig leesbaar.
De inhoud van het rapport heeft betrekking op de onderzoeksactiviteiten die het NIVEL heeft verricht in elf projectgebieden voor integratie van kruiswerk en gezinsverzorging.
Tijdens het onderzoek zijn er op diverse wijzen data verzameld. Er is gebruik gemaakt van mondelinge en schriftelijke enquêtes onder hulpverleners en patiënten/cliënten. Dit materiaal heeft vooral cijfermatige gegevens opgeleverd. Daarnaast is er gebruik gemaakt van projectvoorstellen en evaluatierapporten die bij de onderzochte organisaties beschikbaar waren en zijn er functionarissen van het middenkader en intakers geïnterviewd. Deze bronnen hebben voornamelijk geleid tot kwalitatief materiaal.
Hieruit voortkomend is het rapport opgebouwd uit twee delen.

Overzicht van deel I
In deel 1 worden de experimenten geëvalueerd. De evaluatie betreft een drietal aspecten van het primaire proces: de intake/indicatiestelling, het geïntegreerde zorgaanbod en de zorgcoördinatie.
Na de inleiding en achtergronden van het onderzoek (hoofdstuk 1), wordt in hoofdstuk 2 een beschrijvend overzicht gegeven van de elf betrokken experimenten. Tijdens de gegevensverzameling bleek dat in twee van de elf gebieden nog geen experiment was gestart met betrekking tot de bovengenoemde drie aspecten van het primaire zorgproces. Deze worden dan ook niet nader belicht. Voor de negen resterende gebieden wordt beschreven met welke van de drie aspecten van het primaire proces is geëxperimenteerd. Wil men een indruk krijgen hoe er in de negen experimentele gebieden is gewerkt dan biedt hoofdstuk twee in deel 1 daar toe de gelegenheid. Daarnaast is elk experimenteel gebied afzonderlijk beschreven in deel 2. Dit deel zal met name van belang zijn voor mensen in de praktijk die precies willen weten hoe men in een bepaald gebied heeft geëxperimenteerd en wat de ervaringen met de

experimenten zijn. Het is immers de bedoeling dat de experimenten een voorbeeldfunctie hebben (hetgeen niet betekent dat de experimenten noodzakelijk het *goede* voorbeeld moeten geven). Hoofdstuk 2 in deel 1 geeft als het ware een samenvatting van deze beschrijvingen en is als zodanig zelfstandig te lezen.
In hoofdstuk 3 t/m 6 worden de intake en indicatiestelling, het werken in geïntegreerde teams en de coördinatie van zorg geëvalueerd aan de hand van de meningen en ervaringen van hulpverleners (wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden en helpenden) en hun cliënten. Hiervoor is kwantitatieve informatie verzameld.
In hoofdstuk 7 wordt een samenvatting gegeven van het onderzoek. In deze samenvatting wordt zowel ingegaan op het kwantitatief deel van het onderzoek, het hoofdonderwerp van deel I, alsmede op het kwalitatief deel van het onderzoek, deel II.

Overzicht van deel II
In deel II worden de experimenten afzonderlijk beschreven. Met uitzondering van de inleiding waarin wordt aangegeven hoe dit deel is opgebouwd en aan welke aspecten aandacht wordt besteed is in deel II elk hoofdstuk zelfstandig te lezen. Bij de beschrijvingen van de experimenten dient de lezer er steeds rekening mee te houden dat het integratieproces overal nog in volle gang is. De ervaringen en meningen die in deze hoofdstukken zijn beschreven betreffen een momentopname. Bovendien moet nadrukkelijk gesteld worden dat het over het algemeen (behalve in de regio Centraal Twente) gaat om *experimenten*. Feitelijke effecten van de integratie zullen pas over enige jaren zichtbaar worden. Deze informatie is vooral relevant voor mensen in het 'veld' die bezig zijn of plannen hebben om een geïntegreerde intake/indicatiestelling in te voeren, een geïntegreerd zorgaanbod of de coördinatie van zorg in de praktijk gestalte te gaan geven.

Naast het onderzoek zoals door het NIVEL is verricht heeft het bedrijfskundig adviesbureau Hoeksma, Homans & Menting (Bureau HMM) een onderzoek verricht naar organisatie-aspecten van integratie. In tegenstelling tot het NIVEL-onderzoek dat zich richt op een zorginhoudelijke kant heeft bureau HHM zich vooral gericht op de bedrijfskundige kant. In dat onderzoek waren twee proefregio's meer betrokken dan in het NIVEL-onderzoek, namelijk Zoetermeer en Midden Brabant. Deze twee gebieden zijn toegevoegd nadat het onderzoek van het NIVEL reeds begonnen was. Het bureau HHM heeft zich met name gericht op een breedte-evaluatie, waarbij inzicht wordt gegeven

in de uitgangspunten, de opzet en het verloop van de fusie- en integratieprocessen, in organisatorisch opzicht.
In het onderstaande schema zijn alle regio's weergegeven waar een evaluatie heeft plaatsgevonden. Er wordt daarbij aangegeven in welke gebieden door het NIVEL onderzoek is gedaan en waar het bureau HHM activiteiten heeft verricht. Tevens is vermeld in welke delen van dit rapport de diverse projectgebieden aan bod komen.

Tabel 1:

Project gebied	evaluatie HHM gericht op organisatieaspecten	evaluatie zorginhoudelijke kant door NIVEL aan de hand van statistisch materiaal	beschrijving zorginhoudelijke kant door NIVEL aan de hand van kwalitatief materiaal	verslag NIVEL-RAPPORT in:
Drenthe	X		X	deel 2 hfd.2
Den Haag	X	X	X	deel 1 hfd.3,4,5,6, deel 2 hfd.3
Groningen stad	X	X	X	deel 1 hfd.3,4,5,6, deel 2 hfd.4
Schiedam	X	X	X	deel 1 hfd.3,4,5,6, deel 2 hfd.5
Centraal Twente	X	X	X	deel 1 hfd.3,4,5,6, deel 2 hfd.6
Z-W.Friesland	X	X	X	deel 1 hfd.3,4,5,6, deel 2 hfd.7
Rotterdam	X	X	X	deel 1 hfd.3,4,5,6, deel 2 hfd.8
N-W.Veluwe	X	X	X	deel 1 hfd.3,4,5,6, deel 2 hfd.9
IJmond	X	X	X	deel 1 hfd.3,4,5,6, deel 2 hfd.10
Oost Groningen	X		X	deel 2 hfd.11
Mid. Limburg	X		X	deel 2 hfd.12
Mid. Brabant	X			
Zoetermeer	X			

Voor informatie over de procesgang in de dertien regio's wordt verwezen naar het rapport "Evaluatie-onderzoek integratie Kruiswerk en Gezinsverzorging" van Hoeksma en Homans, juni 1993.

Tot slot wordt opgemerkt dat in het voorliggende rapport een begrippenlijst is opgenomen (zie bijlage 1), waarin essentiële begrippen zijn omschreven.

DEEL 1

Evaluatie van de experimenten

1. INLEIDING

1.1 Inleiding

De publikatie van het heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan' heeft zowel bij de gezinsverzorging als bij de wijkverpleging geleid tot veel reacties. Het Ministerie van WVC heeft als reactie een aantal projecten gesubsidieerd waarin geëxperimenteerd wordt met de integratie op het niveau van het primaire proces. In dit rapport wordt een aantal van deze experimenten geëvalueerd (zie leeswijzer).

De integratie van kruiswerk en gezinsverzorging is een complexe operatie waarbij zowel positieve als negatieve effecten kunnen optreden. Die effecten kunnen betrekking hebben op de organisatie van thuiszorg als zodanig, op de taakuitoefening binnen de organisatie en op de ervaringen en waarderingen van uitvoerenden en cliënten.
In dit onderzoek gaat het met name om de effecten op de taakuitoefening van hulpverleners en om de ervaringen en waardering van uitvoerenden en cliënten. Daarbij wordt aandacht besteed aan een drietal onderwerpen binnen het primaire zorgproces in de thuiszorg:
- de intake/indicatiestelling
- de wijze waarop het integrale zorgaanbod gestalte heeft gekregen
- de coördinatie van zorg

Met de intake/indicatiestelling wordt de eerste fase van het zorgproces bedoeld. Het tweede aspect heeft betrekking op de samenstelling van het zorgaanbod en de samenstelling van integrale teams. Bij het derde aspect gaat het over de vraag hoe, door wie en op welk niveau de zorg wordt gecoördineerd.

Alvorens op resultaten van het onderzoek in te gaan, zullen eerst de achtergronden worden geschetst.

1.2 Achtergrond van het onderzoek

Om de achtergronden van het onderzoek te schetsen, wordt eerst een samenvatting gegeven van het heroverwegingsrapport, vervolgens worden de reacties van belangengroeperingen en beleidmakers gegeven. Tenslotte wordt een overzicht gegeven van relevante artikelen in de vakliteratuur. Daarbij worden achtereenvolgens de verschillende standpunten ten aanzien van de indicatiestelling/intake, zorgtoewijzing, uitvoering en coördinatie weergegeven.

1.2.1 Beleid

De aanleiding voor deze studie en de experimenten die er in besproken worden ligt in het heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan' (Ministerie van WVC, 1990). Dit onderzoek werd uitgevoerd vanuit de gedachte dat verbeteringen in het functioneren van de gezinsverzorging en het kruiswerk in combinatie met elkaar, ertoe kunnen leiden dat deze zorgsector beter wordt toegerust voor de toekomstige taakverzwaring die voortvloeit uit de substitutie van intramurale zorg door extramurale zorg en uit de demografische ontwikkelingen. Het gaat daarbij met name om het verhogen van de doelmatigheid. Doelmatigheid wordt enerzijds gezien als een belangrijk bestanddeel van het begrip 'kwaliteit van zorg' en anderzijds als een manier om kosten te besparen. Kostenbesparing wordt verwacht van verschuivingen van indirecte kosten (overhead) naar directe kosten (patiëntenzorg) en van substitutie binnen de directe kosten. Met dat laatste wordt een verschuiving van hogere (en dus duurdere) deskundigheidsniveaus naar lagere (goedkopere) deskundigheidsniveaus bedoeld. Hieronder volgt een puntsgewijze samenvatting van het heroverwegingsrapport.

1. Daar een kostenbesparing door alleen samenwerking onwaarschijnlijk werd geacht, werden de mogelijkheden op dit gebied gezocht in schaalvoordelen en verandering van de verhouding tussen indirecte kosten en directe kosten. Voor een tweetal organisatiemodellen zijn vervolgens kostenberekeningen gemaakt. Bij een werkgebied met 400.000 inwoners is een bruto besparing van fl. 300 miljoen per jaar mogelijk op indirecte kosten; een werkgebied van 250.000 inwoners kan leiden tot een te besparen bruto bedrag van ongeveer fl. 250 miljoen.
2. Door verschuiving van taken van wijkverpleegkundigen naar wijkziekenverzorgenden (substitutie) en door samenvoeging van de functies gezinsverzorgende en wijkziekenverzorgende kan een besparing van fl. 50 miljoen per jaar bereikt worden.

3. Om deze besparingen te kunnen bereiken is een harmonisatie van de eigen bijdrage voor gezinsverzorging en kruiswerk noodzakelijk. Op die manier wordt gelijke toegankelijkheid gewaarborgd.
4. Er dienen landelijk uniforme richtlijnen te komen voor de indicatiestelling, gecombineerd voor wijkverpleging en gezinsverzorging waar het gaat om langdurig zieken. Deze kan gescheiden van de zorgverlening plaats vinden als het gaat om de functie 'verzorging'. Of een indicatiestelling voor curatieve hulpverlening door de wijkverpleging aan herstellende patiënten gescheiden moet worden van de uitvoering dient onderzocht te worden.
5. De produktiviteit kan verbeterd worden door het ziekteverzuim in de gezinsverzorging terug te dringen.
6. In de geïntegreerde thuiszorgorganisaties dienen maatregelen getroffen te worden, die er voor zorgen dat de wens van een cliënt om door een hulpverlener van dezelfde religie of levensovertuiging verzorgd te worden, kan worden ingewilligd.
7. De werkgroep is van mening dat het integratieproces moet worden ondersteund met financiering van een deel van de aanloopkosten. De werkgroep denkt daarbij aan 5 miljoen op jaarbasis over de periode 1991-1996 (en 2 miljoen voor 1990).
8. Er dienen projecten te worden ondersteund die zich richten op het ontwikkelen van een gemeenschappelijk informatie- en registratiesysteem voor gezinsverzorging en kruiswerk. Een dergelijk systeem zou een adequaat managementinstrument moeten zijn voor een geïntegreerd doelmatig hulpaanbod en de afstemming daarvan op de hulpvraag.

In het definitieve standpunt van de *regering* worden de aanbevelingen en conclusies van de onderzoekscommissie grotendeels onderschreven. Daarbij worden echter de volgende kanttekeningen gemaakt (Ministerie van WVC, 1990). Ten aanzien van de inhoud van de zorg is de regering van mening dat de jeugdgezondheidszorg (0-4 jarigen) in de nieuwe thuiszorgorganisaties een plaats dient te hebben. Ook de kraamzorg kan binnen de nieuwe organisaties een plaats vinden, evenals het maatschappelijk werk. De regering legt tenslotte de nadruk op het vergroten van de mogelijkheden tot substitutie.
Voor wat betreft de omvang van de thuiszorgorganisaties gaat de voorkeur van de regering uit naar werkgebieden van gemiddeld 200.000 inwoners. Daarbij wordt verwacht dat een doelmatigheidswinst te realiseren is van bruto fl. 225 miljoen op de indirecte kosten.
Ten aanzien van financiële zaken is de regering het eens met de heroverwe-

gingswerkgroep dat het verschil in eigen bijdrage-systeem tussen kruiswerk en gezinsverzorging opgeheven dient te worden. De gescheiden financiering van wijkverpleging en gezinsverzorging dient te worden opgeheven en worden omgevormd tot een verstrekking 'thuiszorg'. De regering is bereid om op jaarbasis een totaal bedrag van 6 miljoen voor 1990, 1991 en 1992 beschikbaar te stellen (d.w.z. fl. 2 miljoen per jaar), hetgeen minder is dan door de werkgroep werd voorgesteld. Deze bedragen zijn bedoeld om projecten te ondersteunen waaraan innovatieve aspecten zijn te onderkennen, waarvan een landelijke voorbeeldfunctie mag worden verwacht en waarbij verbetering van de hulpverlening ten behoeve van cliënten een belangrijke richtsnoer vormt.
In het regeringsstandpunt wordt overigens tevens aangegeven dat een gedeelte van de winst die uit de integratie voort zal vloeien reeds zal worden aangewend voor de Tussenbalans (1991). Het gaat daarbij om een bedrag oplopend tot 100 miljoen structureel in 1994.

De *Landelijke Vereniging voor Thuiszorg* (1991) onderschrijft de integratie van gezinsverzorging en kruiswerk. Aanvullend op het advies van de heroverwegingswerkgroep is zij echter van mening:

- dat ook de zorg voor 0-4 jarigen dient te worden opgenomen in de nieuwe organisatie;
- dat de CAO's voor wijkverpleging en gezinsverzorging geharmoniseerd moeten worden;
- dat de eigen bijdrage geharmoniseerd dient te worden in de vorm van een nominale premie;
- dat er op korte termijn meer duidelijkheid moet komen over de financiële bijdrage van de overheid voor de aanloopkosten;
- dat er meer financiële zekerheid moet komen op een langere termijn dan 5 jaar.

De *Nationale Raad voor de Volksgezondheid* (1991) legt na het verschijnen van het heroverwegingsonderzoek op het inhoudelijke vlak de nadruk op:

- dat de hulpvraag het uitgangspunt moet zijn en dat de integratie bekeken moet worden in relatie met andere voor de thuiszorg noodzakelijke functies;
- dat preventieve activiteiten veilig moeten worden gesteld;
- dat er bezwaren zijn tegen het onderscheid tussen aan de ene kant kortdurende zorg en aan de andere kant langdurige zorgverlening. Volgens het heroverwegingsonderzoek zou daar een organisatorische

tweedeling uit voortvloeien tussen aan de ene kant de wijkverpleging (voor de kortdurende, curatieve zorg) en aan de andere kant de wijkziekenverzorgenden en gezinsverzorgenden (voor de langdurige zorg). Volgens de NRV dient de complexiteit van de verpleeg-/zorgsituatie het uitgangspunt te zijn;

- dat er geen aandacht besteed wordt aan het wel degelijk bestaande verschil in deskundigheid tussen gezinsverzorgenden en wijkziekenverzorgenden;
- dat de voorstellen met betrekking tot de indicatiestelling onduidelijk zijn.

Met betrekking tot de doelmatigheid merkt de NRV het volgende op:

- de overlap tussen het totale werkterrein van kruiswerk en gezinsverzorging bedraagt slechts 15 tot 20%. Het blijft daarom de vraag of hiervoor zo'n ingrijpende wijziging in gang gezet moet worden;
- pluriformiteit van het aanbod is belangrijk. Dat wil zeggen dat er ruimte moet zijn voor andere dan de voorgestelde organisatievorm van een geïntegreerde gezinsverzorging en kruiswerk.

De *Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde* (NMV, 1990) (thans NU'91) onderschrijft de gedachte dat het realiseren van integratie van gezinsverzorging en kruiswerk een goed middel kan zijn om te komen tot een vergroting van de doelmatigheid in de thuiszorg. Beroepsinhoudelijk wordt echter op het volgende gewezen:

- Door fusies en reorganisaties in het kruiswerk en in de gezinsverzorging is in het verleden al veel van het aanpassingsvermogen van de medewerkers gevraagd. De integratie dient dan ook gefaseerd plaats te vinden en in een tempo dat door de medewerkers bij te houden is.
- Daarbij zal door middel van scholing en vorming voldoende aandacht besteed moeten worden aan cultuurverschillen bij direct uitvoerenden.
- De toedeling van de herstelfunctie aan de wijkverpleegkundige en van de zorg voor chronisch hulpbehoevenden aan de wijkziekenverzorgende is onwenselijk. De complexiteit van de zorg dient hierbij het criterium te zijn.
- Er wordt vanuit gegaan dat integratie van kruiswerk en gezinsverzorging automatisch tot een optimaal hulpaanbod zal leiden. De NMV vindt dit een simplificatie van de werkelijkheid.
- De NMV beschouwt (op grond van het verpleegkundig beroepsprofiel) de indicatiestelling als een wezenlijk onderdeel van het verpleegkundig beroep, dat niet zonder meer op grond van economische overwegingen tot een financieel beheersinstrument gemaakt kan worden.

- De numerieke verhouding tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden dient gerelateerd aan de behoefte plaats te vinden. Hiertoe is meer onderzoek noodzakelijk.
- Samenvoeging van de functie van wijkziekenverzorgende en gezinsverzorgende wordt van de hand gewezen.
- Bij harmonisatie van de eigen bijdragen dient er voor gewaakt te worden de eigen bijdrage niet te hoog te maken, daar anders een verschuiving naar duurdere zorgverlening (huisarts, intramuraal) dreigt.

De *Gehandicaptenraad* (1990) juicht de gedachte meer hulp te kunnen bieden binnen dezelfde financiële mogelijkheden toe, alsmede het totstandkomen van één duidelijk aanspreekbaar loket. Op onderdelen is er commentaar:
- Er wordt in het rapport ten onrechte vanuit gegaan dat chronisch zieken minder gekwalificeerde hulp nodig hebben. Dit zou per individueel geval bekeken dienen te worden.
- De eigen bijdrage dient niet te hoog gesteld te worden.
- De indicatiestelling dient niet alleen losgekoppeld te worden van de zorgverlening (zoals in het rapport staat) maar tevens plaats te vinden vanuit een onafhankelijke instelling. Als dat laatste niet het geval is, blijft de werkdruk van het thuiszorgbedrijf de omvang van de zorg bepalen.

Het *Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars* (KLOZ, 1990) laat in een reactie op de heroverwegingsnota weten mee te willen werken aan de voorstellen van de werkgroep, met dien verstande dat zij alleen mee wil werken aan veranderingen die op zichzelf (dus los gezien van de stelselherziening) ook verbeteringen zijn. De KLOZ maakt daarbij wel bezwaar tegen het garanderen van een soort monopoliepositie van thuiszorgorganisaties gedurende het overgangstraject dat leidt tot integratie. De KLOZ pleit voorts voor een zo spoedig mogelijke opheffing van het verschil in eigen bijdrage tussen kruiswerk en gezinsverzorging. Tenslotte is de KLOZ van mening dat de weg naar efficiency-verbetering niet noodzakelijkerwijs hoeft te gaan via fusie van instellingen voor wijkverpleging en gezinsverzorging. Het gaat om een verlaging van de kostprijs en welke weg daarvoor gekozen wordt moet in principe vrij zijn.

Ook de *Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen* (VNZ, 1990) kan zich vinden in de doelstelling om kruiswerk en gezinsverzorging doelmatiger te organiseren. De VNZ verwacht echter dat als aan de noodzakelijke voorwaarden van harmonisatie van de eigen bijdragen en het indicatiesysteem

wordt voldaan, er vanzelf een integraal aanbod zal ontstaan dat lijkt op het thuiszorgbedrijf zoals dit door de heroverwegingswerkgroep is voorgesteld. In de conclusies van de heroverwegingswerkgroep mist de VNZ de noodzaak om te komen tot functionele omschrijvingen binnen de gezondheidszorg. Evenals de KLOZ maakt de VNZ bezwaar tegen de voorgestelde garantie van een monopoliepositie voor thuiszorgorganisaties gedurende het overgangstraject. Dit in verband met de voorgenomen stelselwijziging.

1.2.2 Een overzicht van reacties in de vakliteratuur

Het 'veld' heeft zich naar aanleiding van de integratieplannen niet onbetuigd gelaten. Dat is niet zo vreemd aangezien het gaat om zeer ingrijpende wijzigingen zowel op uitvoerend als op organisatorisch niveau en gezien het feit dat het gaat om onuitgewerkte plannen, die voornamelijk gebaseerd zijn op kostenaspecten en minder op praktische zaken als de gevolgen voor de cliënt, de vraag hoe een gezamenlijke intake er uit moet zien, hoe gezinsverzorgenden en wijkziekenverzorgenden straks met elkaar moeten samenwerken of hoe teams van uitvoerenden er uit moeten zien.
Op ieder onderdeel van het zorgverleningsproces moeten keuzen gemaakt worden. Aan de hand van de stappen in het zorgverleningsproces wordt hieronder, op basis van de vakliteratuur, een overzicht gegeven van de openbare discussie die zich afspeelt rond de integratie. De discussie spitst zich toe op de integratie van de verplegende en verzorgende functies uit het kruiswerk en de gezinsverzorging. Hoewel niet per definitie buiten het integratieproces (zie hierboven), wordt de jeugdgezondheidszorg en de kraamzorg buiten beschouwing gelaten.

Intake, zorgtoewijzing en zorgplan

De voorgenomen invoering van centrale indicatiestelling/intake (de term 'intake' komt uit het kruiswerk, de term 'indicatiestelling' uit de gezinsverzorging) roept een groot aantal vragen op.
Een eerste punt van discussie aangaande de intake is of er inderdaad behoefte is aan een geïntegreerde intake. Voorstanders wijzen er op dat door middel van een geïntegreerde intake substitutie bewerkstelligd kan worden, met name van wijkziekenverzorgenden naar gezinsverzorgenden. Tevens kan daardoor een betere afstemming van de zorgverlening op de hulpbehoefte van de cliënt bewerkstelligd worden. Tegenstanders vrezen dat er steeds meer taken (onterecht) van hogere naar lagere deskundigheidsniveaus worden doorgeschoven (Van Westering, 1991). Over de haalbaarheid van substitutie is ook niet iedereen het eens. Er wordt gevreesd dat de wirıst die

met substitutie behaald kan worden zal tegenvallen (Buijssen, 1990): in veel gevallen zal de wijkverpleegkundige de eindverantwoordelijke blijven, waardoor er veel tijd moet worden besteed aan overleg.
Overigens dient, bij de wens tot substitutie te komen, rekening gehouden te worden met een algemeen probleem: het tekort aan personeel bij de gezinsverzorging (Van Tits en Groot, 1991), waardoor het moeilijk wordt taken daadwerkelijk door te schuiven.

Een tweede discussiepunt is welke onderdelen van het zorgverleningsproces bij de intake behoren. Slingerland en Van Amelsvoort (1991) onderscheiden twee soorten intake: de harde en de zachte intake. Met de harde intake wordt bedoeld dat ook de toewijzing van zorg er onder valt. Een zachte intake daarentegen beperkt zich tot het vaststellen van de benodigde hulp. Bij de zachte optie gaat het dus om een advies, terwijl de intake bij de harde optie taakstellend is. Volgens Slingerland en Van Amelsvoort kent de harde optie betere mogelijkheden voor het management om greep op het produktieproces te verkrijgen.

Of het nu gaat om de zachte of om de harde optie, een volgend discussiepunt is of de intake dient te worden losgekoppeld van de zorgverlening of niet. Volgens voorstanders biedt een losgekoppelde intake voor de klant meer overzicht. Deze heeft nu nog maar met één loket te maken en hoeft niet én bij de wijkverpleging én bij de gezinsverzorging zijn verhaal te doen (Wiercx, 1991). Ook wordt betoogd dat 'je de kwaliteit van de intake kunt verhogen door de intake neer te leggen bij zes wijkverpleegkundigen in plaats van bij veertig' (Vogels, 1992). Deze zes intakers worden erg bedreven in het doen van intakes en dat verhoogt de kwaliteit (ibid.).
In de gezinsverzorging is de intake al sinds lange tijd losgekoppeld van de zorgverlening en tegenstanders zijn dan ook met name te vinden onder wijkverpleegkundigen. Volgens tegenstanders maakt een centrale intake het voor de klant juist meer verwarrend. Daarvoor worden de volgende argumenten gebruikt:

- Nadat de cliënt zijn verhaal heeft gedaan bij de centrale intaker, moet hij het nogmaals doen bij degene die de zorg komt verlenen. Immers de intaker is ten eerste niet in staat om in korte tijd een compleet overzicht van de situatie van de cliënt te krijgen en ten tweede dient ook de zorgverlener vertrouwd te raken met de situatie (Buijssen, 1992; Kramer, 1991). De continuïteit van zorg heeft zo onder de losgekoppelde intake te lijden.

- Tevens wordt gevreesd dat het niet duidelijk zal zijn welke persoon hij/zij moet aanspreken indien de cliënt klachten heeft over de zorgverlening.
- In een aantal gevallen heeft de cliënt direct vanaf de intake zorg nodig. De vraag is of dat bij een losgekoppelde intake mogelijk is.

Voorts wordt door tegenstanders aangevoerd dat de informatie die wordt ingewonnen bij de intake gedurende het zorgproces wordt aangevuld en veranderd, enerzijds door veranderingen in de situatie van de cliënt, anderzijds doordat de cliënt steeds meer achtergrondinformatie verstrekt. Door een centrale bindende intake wordt het moeilijker de zorgverlening daaraan aan te passen (Buijssen, 1991). Vanuit het oogpunt van efficiëntie wordt verder aangevoerd dat - ondanks de beschikbaarheid van een goed intake-instrument - de overdracht van intaker naar uitvoerende veel overlegtijd zal vergen. Vanuit een beroepsinhoudelijk perspectief, tenslotte, wordt de intake door veel wijkverpleegkundigen als een essentieel onderdeel van het vak beschouwd. Loskoppeling wordt dan ook als een degradatie van het vak beschouwd en beïnvloedt de arbeidssatisfactie negatief (ibid.).

Loskoppeling van de intake kan plaats vinden binnen een uitvoerende organisatie of binnen een aparte organisatie. Volgens Slingerland en Van Amelsvoort (1991) doen zich betere sturingsmogelijkheden in het bijzonder voor als een harde intake plaats vindt binnen een uitvoerende organisatie. In een dergelijk geval kan immers worden aangenomen dat de intaker beter zicht heeft op de mogelijkheden binnen de instelling en dat deze de zorgtoewijzing daardoor kan laten beïnvloeden. Vindt een harde intake plaats in een aparte organisatie, dan komt dat meer tegemoet aan de wensen van de cliënt. In dat geval is de gehele intake, inclusief de zorgtoewijzing niet (meer) afhankelijk van het aanbod (aanbodgerichte indicatiestelling) maar alleen van de vraag (vraaggerichte indicatiestelling) (Slingerland en Van Amelsvoort, 1991).

Bij een samengaan van wijkverpleging en gezinsverzorging en een eventueel losgekoppelde intake doet zich vervolgens de vraag voor wie die intake moet gaan doen. Zowel wijkverpleging als gezinsverzorging kan worden geïndiceerd. Veel verpleegkundigen zijn van mening dat een verpleegkundige achtergrond noodzakelijk is voor een verpleegkundige intake en dat voor het deel van de intake dat betrekking heeft op de gezinsverzorging een nascholingscursus voldoende is (Vogels, 1991; Buijssen, 1992). Van de kant van de gezinsverzorgenden wordt ten eerste betoogd dat een verpleegkundige niet zonder bijscholing een gezinsverzorgingsintake kan doen. Ten tweede wordt betoogd dat een leidinggevende in de gezinsverzorging met de nodige

bijscholing wel een verpleegkundige intake kan doen (Slingerland, 1992).

Bij een geïntegreerde intake, en zeker bij een losgekoppelde intake is een objectief en werkbaar instrument onontbeerlijk. Dit wordt door niemand ontkend. Het ontbreken van een goed intake-instrument is binnen de verpleging al lange tijd een probleem. In de loop der jaren, sinds het eind van de jaren '80 is er een aantal geïntegreerde intake-instrumenten ontwikkeld.

Opstelling van het zorgplan is de volgende fase in het zorgverleningsproces. Ook dit onderdeel kan worden ondergebracht bij de intake, maar kan tevens aan uitvoerenden worden overgelaten. Aan dit thema wordt in de vakliteratuur geen aandacht besteed, althans niet in relatie tot de integratie.

Uitvoering

Als de zorg is toegewezen begint de uitvoering ervan. De integratie van kruiswerk en gezinsverzorging betekent dat er ook op uitvoerend niveau meer samengewerkt zal moeten worden. Bij een geïntegreerde organisatie zou dit kunnen gebeuren door instelling van geïntegreerde teams. In totaal kunnen er aan een geïntegreerd team vijf verschillende soorten functionarissen deelnemen: wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, (on)gediplomeerde gezinsverzorgenden, (on)gediplomeerde helpenden en alfahulpen. Men kan zich afvragen of dat zinnig is. Tegenstanders wijzen op de cultuurverschillen tussen wijkverpleging en gezinsverzorging, en vragen zich af of de werkzaamheden, cliëntenpopulaties en werkwijzen van al deze functionarissen niet te sterk uiteen lopen om vruchtbaar overleg en teamvorming mogelijk te maken. Het zou beter kunnen zijn om te werken in sub-teams van functionarissen met min of meer vergelijkbare cliëntenpopulaties, werkzaamheden en deskundigheidsniveaus (Van Westering, 1992).

De vraag waar de meeste 'substitutie-winst' vandaan gehaald kan worden dient hierbij ook een rol te spelen. Bij het samenstellen van teams komt overigens een al eerder genoemd en algemeen probleem om de hoek kijken: het tekort aan personeel in de gezinsverzorging (Van Tits en Groot, 1991) en het tekort aan ziekenverzorgenden (Evers e.a., 1992). Evers e.a. verwachten daarnaast aanbodoverschotten op het hoogste niveau (verpleegkundigen) én op het laagste niveau (helpenden). Men zou volgens hen 'door het afstoten van taken van ziekenverzorgenden aan verpleegkundigen enerzijds, en van verzorgenden aan helpenden anderzijds de tekorten van de middenberoepen zoveel mogelijk kunnen opvangen'.

Coördinatie van zorg

De werkzaamheden van verschillende hulpverleners dienen bij sommige patiënten/cliënten gecoördineerd te worden. Onder coördinatie wordt verstaan het samenstellen en in standhouden van een op de individuele hulpvrager toegesneden pakket van verschillende soorten zorg, hulp en diensten (Willems, 1991). Dit kan op twee verschillende niveaus: coördinatie door mensen die zich tevens bezig houden met de zorgverlening zelf en coördinatie op een hoger niveau, door iemand die niet noodzakelijkerwijs bij de directe zorgverlening betrokken is. Er kan een keuze gemaakt worden voor één van deze vormen of voor beide. In Amsterdam-West is geëxperimenteerd met deze mogelijkheden, waarbij de coördinatoren ook nog verschillende achtergronden hadden (wijkverpleging of gezinsverzorging) (Dokter, 1991). De voorlopige resultaten zetten vraagtekens bij de competentie van uitvoerende gezinsverzorgsters als coördinatoren. Voorts wordt het nut van een coördinator (met welke achtergrond dan ook) die niet deelneemt aan de directe zorgverlening bij sommige patiëntencategorieën (terminale patiënten) betwijfeld. Toch zijn vooral de wat mondiger klanten blij met één vaste persoon die kan worden aangesproken (ibid.).

De noodzaak van coördinatie bij tenminste sommige cliënten waar verschillende hulpverleners bij betrokken zijn, wordt door niemand in twijfel getrokken. De vraag is echter wel wie dat dan moet gaan doen. Sommigen zijn van mening dat alleen een wijkverpleegkundige dit kan, zeker als het gaat om coördinatie vanaf de werkvloer. De zorgcoördinator 'moet immers kennis hebben van mogelijke oorzaken van een zelfzorgtekort en moet terug kunnen kijken en vooruit kunnen kijken als het gaat om de ontwikkeling van de hulpvraag' (Aretz e.a., 1991). Anderen zijn het hier niet direct mee eens en stellen dat er vooral een goede kennis van de 'sociale kaart' nodig is, een goede kennis van het functioneren van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening op het terrein van de behoeftenpatronen van groepen hulpvragers. En dat hoeft niet perse een wijkverpleegkundige te zijn (Willems, 1991). Van de kant van de gezinsverzorging wordt tegelijkertijd gepleit voor een meer coördinerende rol voor de gezinsverzorgster (Herbschleb, 1990). Daarmee zou het werkklimaat en de arbeidssatisfactie in de gezinsverzorging worden verbeterd en het ziekteverzuim kunnen worden teruggedrongen.

Tenslotte doet zich nog de vraag voor welke relatie er bestaat tussen intaker en coördinator. Immers een geïntegreerde intake kan worden beschouwd als een coördinatie-instrument bij uitstek. Indien de coördinator merkt dat de geïndiceerde zorg niet voldoende is heeft deze dan de mogelijkheid de zorg aan te passen? En zo ja hoe gaat dat in zijn werk. Of is het de taak van de

intaker om in dergelijke gevallen een herindicatie te verrichten. Met de vereniging van intake en coördinatie in één persoon is ervaring opgedaan in Aalten (MGZ, 1991). Dit bleek vooral vanuit het ziekenhuis positief beoordeeld te worden. Men kreeg daar immers maar met één persoon in de thuiszorg te maken.

Evaluatie/herindicatie
Ten aanzien van de vraag hoe de evaluatie en herindicatie geregeld moet zijn, is geen literatuur gevonden. Toch is ook dit van belang. In de oude situatie waren er rond de evaluatie en herindicatie bij de wijkverpleging geen formele regels. Bij de gezinsverzorging was dat vaak wel het geval. In een geïntegreerde situatie doet de vraag zich voor wie deze taak op zich gaat nemen en hoe die taak er precies uit gaat zien.

1.3 De stand van zaken voor wat betreft samenwerking en integratie

Op dit moment wordt op grote schaal samengewerkt tussen gezinsverzorging en kruiswerk. Per 1 februari 1992 werkte al bijna 60% van de kruisorganisaties samen op management- en/of bestuursniveau. Bijna 90% werkte samen op uitvoerend niveau (Jansen en Kerkstra, 1993). Instellingen voor gezinsverzorging rapporteerden vergelijkbare cijfers. Hierbij dient te worden opgemerkt dat samenwerking meestal niet betekent dat de betreffende organisaties reeds gefuseerd zijn of geïntegreerd werken.
De samenwerking op management/bestuursniveau heeft met name betrekking op een gezamenlijk optreden naar buiten. Daarnaast is er bij een kwart tot eenderde van de kruisorganisaties sprake van gezamenlijke overhead en/of management en/of bestuur en/of huisvesting.

De samenwerking op uitvoerend niveau heeft met name betrekking op gezamenlijke taakafbakening en taakafstemming, het gezamenlijk optreden naar derden (tabel 1.2). Een gezamenlijke intake vindt minder vaak plaats.

Er zijn maar weinig kruisorganisaties (9%) die geen plannen voor samenwerking hebben. Dit zijn er bij de instellingen voor gezinsverzorging meer (16%).

Uit tabel 1.2 kan worden afgeleid dat de samenwerking in een aantal gevallen al vrij ver gaat. In 27% van de kruisorganisaties is sprake van een gezamenlij-

ke intake. Deze intake blijkt echter zeker niet altijd losgekoppeld te zijn van de zorgverlening. Slechts bij 9% van de kruisorganisaties is dat zo. Bij de instellingen voor gezinsverzorging bestaat in 63% van de gevallen een centrale intake. In 56% van deze instellingen betrof het een intake-team. In de resterende 44% ging het om een speciale intake-functionaris.

Tabel 1.1: Aard van de samenwerking op management- en/of bestuursniveau tussen erkende kruisorganisatie en instellingen voor gezinsverzorging (momenteel en in de toekomst)

	erkende kruisorganisaties samenwerking:		instellingen voor gezinsverzorging samenwerking:	
	momenteel (N=34) %	toekomst (N=52) %	momenteel (N=58) %	toekomst (N=85) %
gezamenlijk optreden naar buiten	71	77	60	71
gezamenlijke huisvesting	35	48	33	46
gezamenlijke management	32	52	31	52
gezamenlijke overhead	26	48	19	41
gezamenlijk bestuur	24	48	19	41

Bron: Jansen en Kerkstra, 1993

Tabel 1.2: Aard van de samenwerking op uitvoerend niveau tussen erkende kruisorganisaties en instellingen voor gezinsverzorging (momenteel en in de toekomst)

	erkende kruisorganisaties samenwerking:		instellingen voor gezinsverzorging samenwerking:	
	momenteel (N=52) %	toekomst (N=57) %	momenteel (N=95) %	toekomst (N=100) %
Gezamenlijke taakafbakening en afstemming	88	88	96	96
gezamenlijk optreden naar derden	52	54	69	71
gezamenlijke intake	27	32	15	19
gezamenlijke bereikbaarheid achter 1 loket	25	30	17	21
intensieve thuiszorg	17	16	25	24
gezamenlijke registratie	15	21	15	18
gezamenlijke uitvoering in 1 team van verplegenden en verzorgenden	13	19	9	14

Bron: Jansen en Kerkstra, 1993

1.4 Vraagstellingen en opbouw van het rapport

Naar aanleiding van het bovenstaande zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd.

1. Hoe wordt de geïntegreerde intake, losgekoppeld van de zorgverlening op dit moment ervaren door verschillende hulpverleners?
2. Op welke verschillende manieren wordt het werken in/vanuit geïntegreerde teams op dit moment ervaren door verschillende hulpverleners?
3. Hoe worden verschillende manieren ven zorgcoördinatie op dit moment ervaren door de verschillende hulpverleners?
4. Hoe wordt de geïntegreerde intake, losgekoppeld van de zorgverlening op dit moment door cliënten ervaren?
5. Op welke verschillende manieren wordt het werken in/vanuit geïntegreerde teams op dit moment ervaren door cliënten?
6 Hoe worden verschillende manieren van zorgcoördinatie op dit moment ervaren door cliënten?

In Deel II van het rapport worden de 11 experimenten afzonderlijk behandeld. Daarbij wordt de organisatie van de indicatiestelling, het geïntegreerde zorgaanbod en de coördinatie van zorg beschreven. Tevens wordt aandacht besteed aan de ervaringen van intakers en teamcoördinatoren met de beschreven werkwijze.
In hoofdstuk 2 van Deel I wordt een beknopte beschrijving gegeven van de experimenten. Dit hoofdstuk is te lezen als een samenvatting van Deel II. In de hoofdstukken 3 tot en met 6 worden de verschillen in ervaringen en meningen van hulpverleners en cliënten tussen experimentele gebieden en niet-experimentele gebieden behandeld (vraagstelling 1 t/m 6). In hoofdstuk 7 wordt een samenvatting van de resultaten gegeven en worden conclusies getrokken.

2. OVERZICHT VAN DE EXPERIMENTEN

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de 11 integratie-experimenten die in de verschillende projectgebieden hebben plaatsgevonden. In negen van die gebieden betreft het experimenten met betrekking tot het hulpverleningsproces aan de cliënt.
Dit hulpverleningsproces bestaat uit diverse fasen (Slingerland et al, 1991):

0 De aanmelding
1a De verheldering van de hulpvraag
1b Vaststelling van de problematiek
2a Doelformulering
2b Vaststellen van de benodigde hulp
3 Toewijzing van de benodigde hulp
4 Planning van de hulp
5 Uitvoering van de hulp
6 Evaluatie en eventuele bijstelling van de benodigde hulp
7 Afsluiting van de hulp

De evaluatie in dit rapport richt zich op de zorginhoudelijke kant van dit hulpverleningsproces bij projecten waar men zich richt op integratie tussen wijkverpleging en gezinsverzorging. Daarbij wordt aandacht besteed aan drie aspecten van zorgverlening in de thuissituatie:
- intake/indicatiestelling
- geïntegreerd zorgaanbod
- coördinatie van zorg

De intake is de fase in het zorgverleningsproces waarin de cliënt, op grond van zijn hulpvraag in het zorgsysteem wordt opgenomen. De intake wordt afgerond met een indicatiestelling. Afhankelijk van de werkwijze van de instelling omvat de intake de stappen 1a t/m 2b wanneer men uitgaat van een zogenaamde zachte optie. Dat wil zeggen dat de intaker vaststelt welke hulp de cliënt nodig heeft, terwijl de zorgtoewijzing plaatsvindt bij de organisatie die de zorg verleent. De intake omvat de stappen 1a t/m 3 bij de zogenaamde harde optie. In dat geval bepaalt de intaker tevens welke hulp wordt toegewe-

zen (Slingerland et al, 1991).
In de traditionele situatie, dat wil zeggen vóór de periode van projecten op het gebied van integratie tussen wijkverpleging en gezinsverzorging, vond de intake bij de wijkverpleging en de gezinsverzorging op een verschillende wijze plaats. Bij de wijkverpleging werd de intake verricht door de wijkverpleegkundige, die in veel gevallen ook zelf bij de zorgverlening aan de betreffende patiënt betrokken was. Men handelde bij de intake volgens de methodiek van het verpleegkundig methodisch handelen. Het begrip indicatiestelling werd bij de wijkverpleging niet gebruikt. Bij de gezinsverzorging waar men wel de term indicatiestelling gebruikte, werd door een leidinggevende of door een speciaal daarvoor aangestelde functionaris de noodzaak van professionele hulp vastgesteld, op basis van algemene richtlijnen. De uiteindelijke inzet van een hulpverlener van de gezinsverzorging geschiedde door degenen die verantwoordelijk waren voor de organisatie en uitvoering van zorg, maar die zelf niet betrokken waren bij de directe zorgverlening (Slingerland, 1991).
In het kader van een nauwere samenwerking tussen kruiswerk en gezinsverzorging heeft men in een aantal projecten gestreefd naar een gezamenlijke indicatiestelling voor de verschillende disciplines in de thuiszorg. Daarbij vindt in een aantal gevallen een loskoppeling plaats tussen de intake en de uitvoering van zorg, zodat een indicatiestelling kan plaatsvinden onafhankelijk van de capaciteit van de zorgverlenende organisaties.
Tevens wordt in deze projecten de intake voor beide disciplines centraal georganiseerd, dat wil zeggen dat men voor zowel kruiswerk als gezinsverzorging op één aanmeldingspunt terecht kan.

Naast projecten die zich richten op een geïntegreerde intake is er ook een vijftal regio's die geëxperimenteerd hebben met een geïntegreerd zorgaanbod. Dat wil zeggen dat daar met teams wordt gewerkt die het totale basispakket van functies voor kruiswerk en gezinsverzorging aanbieden. De wijze waarop de geïntegreerde teams zijn samengesteld, verschilt van gebied tot gebied. Er zijn teams waarin alle functiegroepen van kruiswerk en gezinsverzorging zijn vertegenwoordigd. Dit is bijvoorbeeld in Drenthe het geval tijdens het project. In Den Haag daarentegen heeft men geïntegreerde teams die zorg bieden aan cliënten die zowel verpleging als huishoudelijke zorg behoeven. Daarnaast werkt men met aparte huishoudelijke teams die voornamelijk uit helpenden bestaan. Deze teams verlenen hulp in situaties waar vooral om huishoudelijke zorg wordt gevraagd.

In een aantal projecten is tevens aandacht besteed aan de coördinatie van zorg. Hiermee worden alle activiteiten bedoeld die plaatsvinden ten behoeve van de afstemming van zorg voor de individuele cliënt. Aspecten van zorgcoördinatie zijn bijvoorbeeld het op uitvoerend niveau samenstellen en in stand houden van een zorgplan, dat op de behoefte van de hulpvrager en zijn omgeving is afgestemd. Tevens dient er onderlinge afstemming plaats te vinden wanneer meerdere disciplines bij de hulpverlening betrokken zijn.

Dit hoofdstuk geeft een algemeen beeld van de werkwijze met betrekking tot de drie genoemde aspecten, namelijk de intake/indicatiestelling, een geïntegreerd zorgaanbod en de coördinatie van zorg. Dit hoofdstuk kan gezien worden als een samenvatting van deel II. In deel II wordt de werkwijze per projectgebied in de hoofdstukken 2 t/m 12 beschreven.

De projectgebieden zijn weergegeven in tabel 2.1.

Tabel 2.1: Overzicht van de projectgebieden

Project-gebied	centrale intake + geïntegreer-de teams	centrale intake + traditionele teams	geen experiment met integra-gratie primair proces	begin expe-rimentele periode	einde expe-rimentele periode
Drenthe	x			1-11-1990	1-6- 1991
Den Haag	x			1-11-91	loopt nog
Groningen stad	x			september 1991	juni 1992
Schiedam	x			oktober 1991	december 1992
Centraal Twente	x			fusieplannen in 1989	fusie gerea-liseerd
Zuid-West Friesland		x		1-9-1991	1-12-1992
Rotterdam		x		januari 1990	juli 1992
Noord-West Veluwe		x		april 1991	oktober 1991
IJmond		x		september 1991	maart 1992
Oost Groningen			x	n.v.t.	n.v.t.
Midden Limburg			x	n.v.t.	n.v.t.

In alle genoemde gebieden heeft men zich gericht op een nadere integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging. De wijze waarop dat is gebeurd is zeer

verschillend. Voor de beschrijving van de experimenten is gebruik gemaakt van schriftelijk materiaal zoals projectvoorstellen en rapporten die bij de instellingen beschikbaar waren. Daarnaast is een aantal intakers en middenkaderfunctionarissen geïnterviewd. Peildatum van het onderzoek is 1 januari 1993.

In vier gebieden heeft men vooruitlopend op de verdere integratie gekozen voor een experiment met alleen een centrale intake. Dit is het geval in Zuid-West Friesland, Rotterdam, Noord-West Veluwe en IJmond. In een aantal van deze gebieden is de experimentele periode voorbij, maar heeft men de werkwijze van de experimentele periode met of zonder aanpassingen doorgevoerd, met het oog op het traject van de verdere integratie.
In vijf gebieden heeft men naast de centrale intake ook geëxperimenteerd met geïntegreerde teams. Dit is in Drenthe, Den Haag, Groningen stad, Schiedam en Centraal Twente het geval. Hier zijn de experimentele periodes soms al achter de rug en is met of zonder aanpassingen gekozen voor een meer algemene invoering van de werkwijze. Centraal Twente maakt hierop een uitzondering. Men is daar gestart met een fusie waarvoor een modelstructuur was ontwikkeld. Tijdens het traject is deze structuur steeds verder ingevoerd. Men kan daar dus niet spreken van een echte experimentele periode. De integratie is daar nog steeds in ontwikkeling (zie tabel 2.1). Ook in de andere gebieden gaan de ontwikkelingen op het gebied van integratie gewoon door.
In twee gebieden hebben geen experimenten met betrekking tot de integratie van het primaire zorgproces plaatsgevonden. Daar heeft men dus met een traditionele intake gewerkt en met traditionele teams.
De regio Groningen Oost had op het moment van dataverzameling wel plannen voor een centrale intake en een geïntegreerd zorgaanbod, maar door een stagnatie in het integratieproces, zijn nog geen van die plannen gerealiseerd. Deze plannen zijn weergegeven in hoofdstuk 11 van deel II.
In het gebied Midden Limburg zijn allerlei ontwikkelingen gaande, ter voorbereiding van een integratie van kruiswerk en gezinsverzorging, maar op het moment van dataverzameling vonden daar nog geen experimenten plaats op het gebied van een centrale intake, een geïntegreerd zorgaanbod of de coördinatie. De ontwikkelingen daar zijn beschreven in hoofdstuk 12 van deel II.

Dit hoofdstuk richt zich op de regio's waarin ook daadwerkelijk experimenten hebben plaatsgevonden. Dat betekent dat Midden Limburg en Oost Groningen in dit overzicht niet betrokken worden.

In de volgende drie paragrafen komen de drie aspecten van de thuiszorg, waar dit onderzoek zich op richt, aan bod. Paragraaf 2.2 gaat over de indicatiestelling. In het oog lopende verschillen en ervaringen worden weergegeven. In paragraaf 2.3 wordt ingegaan op het geïntegreerde zorgaanbod. Beschreven wordt hoe men daarmee in vijf verschillende projectgebieden is omgegaan. In het kort wordt ingegaan op de voor- en de nadelen van de integratie. Paragraaf 2.4 besteedt aandacht aan de coördinatie en wel op twee niveaus. Besproken wordt de wijze waarop teamcoördinatie plaatsvindt en de werkwijze met betrekking tot coördinatie rondom de individuele cliënt.
Ondanks het feit dat dit onderzoek zich richt op indicatiestelling, geïntegreerd zorgaanbod en coördinatie, wordt in dit hoofdstuk expliciet aandacht besteed aan het verschil in eigen bijdrage. De reden hiervan is dat dit verschil expliciet genoemd wordt in het heroverwegingsrapport en omdat het bij integratie van de intake een belangrijk aspect is. Tot slot worden enkele conclusies getrokken.

2.2 Indicatiestelling

De manier waarop de intake heeft plaats gevonden in de 9 experimentele gebieden verschilt sterk per gebied, hoewel er ook overeenkomsten zijn. Deze paragraaf behandelt achtereenvolgens de aanmelding, de gebruikte intake-instrumenten, de intakers, het intakebezoek en de status van de indicatiestelling. Als laatste komt de werkwijze aan bod met betrekking tot de herindicatie.

2.2.1 De aanmelding

Bij vrijwel alle experimenten geschiedt de aanmelding centraal, dat wil zeggen dat hulpvragers voor één of beide werksoorten op één telefoonnummer terecht kunnen. Dit is alleen niet het geval in de experimentele gebieden van Groningen Stad. Alle werkgebieden hebben vaste spreekuren voor de aanmelding. Bij sommige beperkt dit zich tot een deel van de dag, bij andere kan men gedurende de hele dag aanmelden. In Zuid-West Friesland heeft men slechts een spreekuur van één uur. Op dit spreekuur zitten de intakers zelf aan de telefoon. De tijdsduur van een uur blijkt daar te kort. Men is vaak langdurig in gesprek. De intakers vinden het overigens wel een voordeel dat zij zelf een direct contact hebben met de hulpvrager. Men kan zo gericht doorvragen en de hulpvraag goed traceren.
Wanneer de aanmeldpost niet bereikbaar is, is er overal een voorziening getroffen voor de urgente gevallen. Het kan zijn dat de hulpvrager automatisch

telefonisch wordt doorgeschakeld, of dat er een antwoordapparaat aanstaat, dat verwijst naar de reguliere spreekuren of voor urgente gevallen naar een ander telefoonnummer. Centraal Twente vormt hierop een uitzondering. Men heeft daar een meldpost die zeven dagen per week, 24 uur per dag bereikbaar is en bemand door een meldpostfunctionaris. Daar treft men dus nooit een antwoord-apparaat.
In het oog lopende verschillen in de aanmeldingsfase zijn weergegeven in tabel 2.2. Ze betreffen de persoon bij wie wordt aangemeld, de taken van de aanmeldfunctionaris en de vraag of er op basis van de aanmeldgegevens al een keuze voor een bepaalde intaker wordt gemaakt. Tevens is aangegeven wie deze keuze dan maakt.
De verschillen in de aanmelding ziet men vooral in de persoon bij wie wordt aangemeld en de taak van de aanmeldfunctionarissen. In de meeste gevallen wordt aangemeld bij een telefoniste, hier en daar ook spreekuurmedewerker of bureaufunctionaris genoemd. Soms houdt de taak van de zo'n aanmeldfunctionaris niet meer in dan het doorverbinden naar een intaker of het noteren van naam en telefoonnummer, zodat de cliënt wordt teruggebeld door een intaker. Dit is bijvoorbeeld in Drenthe het geval. De intaker heeft daarmee dus al in een vroeg stadium contact met de hulpvrager. Ook in Zuid-West Friesland, waar de intakers tijdens het spreekuur zelf de telefoon bemannen, is er in een vroeg stadium contact met de hulpvrager. Deze werkwijze heeft voordelen. Immers de intaker kan goed doorvragen, een inschatting maken van de urgentie van een bepaald geval en zonodig meteen een afspraak maken voor een intakebezoek.
In de andere gevallen vraagt de aanmeldfunctionaris, via een vast protocol, algemene gegevens op en geeft een korte omschrijving van de hulpvraag. Daarbij wordt doorgaans een aanmeldformulier gebruikt. Er wordt nogal eens aangegeven dat de aanmeldfunctionarissen niet goed dóórvragen, om te weten wat nu precies de hulpvraag is. Dit kan problemen leveren wanneer men op basis van de aanmeldgegevens een schifting maakt naar hulpsoort.
In zes van de regio's maakt men zo'n schifting in de aanmeldingen naar discipline. Wanneer de hulpvraag duidelijk huishoudelijk van aard is wordt de intake doorgegeven aan een intaker die uit het werkveld van de gezinsverzorging komt. Heeft de vraag een verplegend en/of verzorgend aspect of is er sprake van een gecombineerde hulpvraag dan gaat een intaker met een verpleegkundige achtergrond op intake-bezoek. Wanneer de aanmeldfunctionaris te weinig gegevens heeft opgevraagd of de hulpvraag te algemeen of te vaag heeft geformuleerd, kan er dus een verkeerde intaker op bezoek komen. Dit probleem wordt voorkomen in de gevallen waarbij de intaker zelf

Tabel 2.2: Werkwijze bij aanmelding in 9 projectgebieden

Naam project-gebied	aanmelding bij	taken bij aanmelding	schifting naar werksoort, op basis van aanmeldgegevens	schifting door wie
Drenthe	telefoniste	doorverbinden met intaker of naam en tel.nr noteren	n.v.t., er werkt één intaker voor elk experimenteel gebied	n.v.t.
Den Haag	via telefonist naar aanmeldfunctionaris	invullen van aanmeldformulier,invoeren computer en doorgeven aan intaketeam	nee, tenzij specifieke deskundigheid wordt gevraagd	intake-team
Groningen Stad	telefoniste op hoofdkantoor, wijkverpleegkundige op wijkgebouw of leidinggevende in regiokantoor	algemene gegevens en hulpvraag beschrijven	ja, wanneer de hulpvraag een zorgaspect bevatte, door geven aan wijkverpleegkundige intaker	administratie, leidinggevende of wijkverpleegkundige
Schiedam	baliefunctionaris	algemene gegevens en hulpvraag beschrijven	grove schifting voor VV-sector en HZ-sector	baliefunctionaris
Centraal Twente	centraal bij meldpostfunctionaris, decentraal bij administratieve kracht van de lokatie of bij wijkverpleegkundige	algemene gegevens en hulpvraag noteren	ja	door een lid van het intaketeam, dat coördinatie-dienst heeft
Zuid-West Friesland	tijdens spreekuur bij intakers	algemene gegevens en hulpvraag registreren, afspraak maken voor intakebezoek	ja	intakers
Rotterdam	spreekuurmedewerker	registratie persoons,-basisgegevens en hulpvraag	ja	spreekuurmedewerker
Noord West Veluwe	bureaufunctionarissen	algemene gegevens en hulpvraag registreren	soms, wanneer de hulpvraag erg specifiek is	intakers
IJmond	telefoniste	algemene gegevens en hulpvraag registreren	ja	telefoniste

al in de aanmeldingsfase contact met de hulpvrager heeft, zoals in Drenthe of Zuid-West Friesland.

2.2.2 De intakers

De functionarissen die de intake verrichten hebben doorgaans een opleiding op HBO-niveau. De intakers afkomstig uit de wijkverpleging hebben een HBO-opleiding (HBO-V of verpleegkundige met MGZ) en ervaring als wijkverpleegkundige. De intakers van de gezinsverzorging hebben doorgaans ook een HBO-opleiding. In sommige gevallen heeft men MBO-sd opleiding, aangevuld met een ruime ervaring als leidinggevende in de gezinsverzorging. In Centraal Twente heeft men in het intake-team ook intakers afkomstig uit het maatschappelijk werk. Deze hebben allen een HBO-opleiding.
Voor het verrichten van een geïntegreerde intake heeft een aantal intakers een bijscholing gevolgd, of men heeft een periode 'meegelopen' met de discipline van het werkveld waarop men zelf onvoldoende deskundigheid had. Opvallend daarbij is dat men sneller aanneemt dat een wijkverpleegkundige in staat is om intakes van huishoudelijke aard te doen, dan dat een intaker afkomstig van de gezinsverzorging in staat is om intakes op het verpleegkundige vlak uit te voeren. Het werk van de wijkverpleging wordt meer als eigen professie gezien dan het werk van de gezinsverzorging.
Zo worden in Den Haag de intakers van de gezinsverzorging wel bijgeschoold op het wijkverpleegkundige vlak. Terwijl de intakers van de wijkverpleging geen bijscholing krijgen op het huishoudelijk gebied.

Een ander in het oog lopend verschil voor de intakers is het werken volgens het all-round principe of het gedifferentieerde model. Bij het all-round principe doet elke intaker, onafhankelijk uit welke discipline deze afkomstig is, elk type intake, ongeacht de zorgsoort die gevraagd wordt.
Deze werkwijze wordt gehanteerd in Drenthe, Den Haag, en Noord-West Veluwe. In Den Haag en Noord-West Veluwe maakt men echter bij een zeer specifieke hulpvraag wel een keuze voor de intaker die het meest deskundig is op het gevraagde specifieke gebied. In Drenthe en Noord-West Veluwe heeft men bovendien de mogelijkheid van een verlengde intake. Wanneer er bijvoorbeeld een gecombineerde hulpvraag wordt behandeld door een intaker van de gezinsverzorging en deze vraag heeft ook een specialistisch verpleegkundige component, dan wordt de intake volgens het protocol uitgevoerd, maar volgt nadien nog een bezoek door een wijkverpleegkundige intaker om dat deel van de intake verder te behandelen.
Een andere mogelijkheid is het hiervoor genoemde gedifferentieerde model.

Daarbij geldt dat het intake-team als geheel alle soorten hulpvragen kan behandelen, maar dat elke intaker ook zijn eigen deskundigheden en specialisaties heeft. In deze gevallen wordt er doorgaans door het intake-team of soms door de aanmeldfunctionaris (zie tabel 2.1) een keuze gemaakt wie de intake gaat doen. Dit is bijvoorbeeld het geval in Centraal Twente en Zuid-West Friesland.
In Rotterdam, Groningen Stad, en Schiedam heeft men een iets andere variant. Wanneer de hulpvraag een verplegings- of verzorgingsaspect bevat dan gaat er altijd een intaker van de wijkverpleging op intake-bezoek, die dan een geïntegreerde intake verricht. Een intake die alleen de gezinsverzorging betreft wordt verricht door een centrale intaker of een leidinggevende van de gezinsverzorging.

2.2.3. Intake-instrumenten

Bij de intakes zijn er in de diverse experimentele gebieden verschillende intake instrumenten gebruikt.
Op verschillende plaatsen is het TIRS (Thuiszorg Indicatie en Registratie Systeem) gebruikt, namelijk in Drenthe en Noord-West Veluwe. In Zuid-West Friesland heeft het TIRS als basis gediend voor de ontwikkeling van een eigen intake-instrument. Het TIRS is een intake-instrument, dat ontwikkeld is door de Beraadgroep gezinsverzorging en het kruiswerk in Drenthe, in samenwerking met het Andragogisch instituut van de Rijksuniversiteit te Groningen. Het TIRS is in deze instellingen gekozen omdat het integratief is voor wijkverpleging en gezinsverzorging.
Er zijn nog allerlei verbeteringen aan het TIRS mogelijk. Het TIRS is volgens sommigen niet gebruikers-vriendelijk, het blijkt bijvoorbeeld nogal omvangrijk te zijn, waardoor het lastig te hanteren is bij de intake. Het TIRS biedt geen houvast of leidraad voor de gespreksvoering tijdens de intake. In de interviews komt naar voren dat het intake-instrument niet zo toegankelijk is voor de hulpverlener die het TIRS krijgt overgedragen. Met name bij een beperkte of specifieke hulpvraag is de hoeveelheid papier zo groot dat het soms demotiveert om er goed naar te kijken. Men oppert dat er mogelijk iets aan de layout veranderd kan worden, zodat de delen die voor de hulpverlening relevant zijn meer aandacht krijgen. Ondanks de uitgebreidheid van het TIRS, is er soms ook sprake van onvolledigheid. Het TIRS is tijdens de verschillende projecten enkele malen op deze punten bijgesteld.
De ervaringen met het TIRS voor elk projectgebied afzonderlijk zijn beschreven in de hoofdstukken 2, 7 en 9 van Deel 2 waar de gebieden aan de orde komen die met het TIRS gewerkt hebben.

In Den Haag, Groningen Stad, Rotterdam en IJmond heeft men een eigen set intakeformulieren ontwikkeld. Daarbij is men meestal uitgegaan van een van de bestaande formulieren in de wijkverpleging en de gezinsverzorging terwijl er tevens gebruik gemaakt is van publikaties die daar over beschikbaar waren op landelijk niveau. Zo heeft men bijvoorbeeld veel gebruik gemaakt van het Zorgtoewijzingsmodel van het NIZW (Criteria Inzet Menskracht, juli 1991, NIZW), hoewel dit geen echt intake-instrument is.
In Schiedam gebruikt men bij een gecombineerde hulpvraag of een hulpvraag die alleen de wijkverpleging betreft een verpleegkundig zorgdossier, gebaseerd op de theorie van Orem (Orem, 1986). Wanneer de hulpvraag alleen de gezinsverzorging betreft, wordt nog het LIER-systeem gebruikt.
In Centraal Twente werkt een intaketeam voor drie disciplines, namelijk wijkverpleging, gezinsverzorging en maatschappelijk werk. Elke discipline heeft zijn eigen intake-instrument. Een algemeen instrument, dat passend is voor de drie disciplines en geschikt is voor het verrichten van een geïntegreerde intake is daar in ontwikkeling: het GINO. Dit wordt in 1993 in gebruik genomen.

2.2.4 De indicatiestelling

Met betrekking tot de indicatiestelling komt in de experimentele gebieden een aantal verschillen naar voren. Zo staat in sommige gebieden de intake echt los van de uitvoering, terwijl in andere gebieden de intake wordt verricht door functionarissen die ook nog een rol hebben in de directe zorgverlening.
Een ander verschil betreft de status van de indicatiestelling. Zo hanteert men in sommige proefgebieden de zogenaamde harde optie, dat wil zeggen dat de indicatie taakstellend is en opgevolgd dient te worden. Wanneer dat niet mogelijk is moet men contact opnemen met de afdeling intake en in samenspraak met deze tot een alternatief zorgaanbod komen. In andere gebieden heeft de indicatiestelling de status van een advies. Degene die verantwoordelijk is voor de inzet kan het advies al of niet opvolgen.
In slechts enkele gebieden wordt een zorgcontract met de cliënt afgesloten. In andere gebieden gebeurt dat niet omdat men bij de intake de cliënt nog geen hulp kan garanderen.
De genoemde punten worden samengevat in tabel 2.3.

In Schiedam en Rotterdam is de intake niet echt losgekoppeld van de uitvoering, met dien verstande dat de hulpvragen waarbij sprake is van verpleging of verzorging door een intaker worden uitgevoerd met een wijkverpleegkundige achtergrond, die daarnaast ook taken heeft als uitvoerend wijkverpleegkundige. Men ervaart dat als een voordeel, omdat men vindt dat men goed op de

hoogte blijft van datgene wat in het werkveld speelt. Om toch een bepaalde graad van objectiviteit te bereiken worden de intakes in het team ingebracht en wordt de indicatiestelling in het team besproken. In de genoemde gebieden wordt een hulpvraag die alleen voor de gezinsverzorging is door een intaker van de gezinsverzorging gedaan. Deze is niet bij de uitvoering van de zorg betrokken.

Tabel 2.3: De indicatiestelling

Naam van het project-gebied	Intake losgekoppeld van uitvoering	Status van de indicatie-stelling	Cliënt krijgt zorgcontract
Drenthe	ja, maar de twee experimentele teams hebben ieder eigen intaker	bindend	geen zorgcontract, geïndiceerde taken worden wel op schrift gesteld
Den Haag	ja	bindend, maar wordt in de praktijk van afgeweken	geen zorgcontract geïndiceerde taken worden op schrift gesteld
Groningen Stad	tijdens experiment wel, nadien is idee losgelaten	bindend	nee, geïndiceerde taken worden mondeling medegedeeld
Schiedam	bij verpleging en verzorging niet, bij gezinsverzorging wel	advies	geen zorgcontract, afspraken worden vastgelegd in zorgdossier
Centraal Twente	ja	officieel bindend, maar in de praktijk adviesstatus	nee
Zuid-West Friesland	ja	bindend	mondelinge afspraken
Rotterdam	voor wijkverpleging of gecombineerde vraag niet voor gezinsverzorging wel	voor wijkverpleging bindend, voor gezinsverzorging advies	afschrift van indicatieformulier, waarop geïndiceerde uren
Noord-West Veluwe	ja	bindend	afschrift van formulier met geïndiceerde taken
IJmond	ja	bindend	ja

In Drenthe zijn er tijdens de experimentele periode twee experimentele gebieden. In elk gebied werkte een geïntegreerd team, met elk een eigen intaker. Deze intaker heeft naast de intake geen uitvoerende taken, maar is vanwege de koppeling aan een bepaald team wel op de hoogte van de werkdruk in dat team. Men is wel van mening dat de indicatiestelling niet door werkdruk of peroneelskrapte beïnvloed dient te worden.
In de meeste projectgebieden is de status van de indicatiestelling bindend. Dit levert doorgaans voor indicaties voor verpleging/verzorging geen problemen op, omdat daarvoor altijd wel hulpverleners beschikbaar zijn. Voor wat betreft een puur huishoudelijke hulpvraag worden in veel gebieden wachtlijsten gehanteerd. In Drenthe heeft men speciaal voor de experimentele periode toestemming gekregen om uurcontracten van gezinsverzorgenden en helpenden zonodig uit te breiden. Men kon zich daarmee steeds houden aan datgene wat was geïndiceerd. In IJmond heeft men voor hulpvragen van huishoudelijke aard een urgentieteam, dat bij echte noodzaak van hulp op het gebied van gezinsverzorging voor een maximum van drie weken hulp kan leveren. In die periode kan de hulpvrager naar andere oplossingen zoeken.
In andere gebieden heeft de indicatie de status van een advies. Dat wil zeggen dat wanneer een teamleider niet aan de indicatie kan voldoen, er van deze indicatie kan worden afgeweken. Men hoefde daar geen contact voor op te nemen met de intaker.
In Den Haag en Centraal Twente is de indicatiestelling officieel bindend, maar in de praktijk wordt daar nog wel eens van af geweken. Degene die verantwoordelijk is voor de hulpinzet neemt zonder tussenkomst van afdeling intake contact op met de hulpvrager en probeert met de cliënt tot een passend hulpaanbod te komen. Wanneer de vraag echter verpleging of verzorging betreft probeert men wel zo goed mogelijk aan de indicatiestelling tegemoet te komen. Eventueel wordt een functionaris van een hoger deskundigheidsniveau ingezet.
Vrijwel nergens wordt een zorgcontract gebruikt. Hooguit krijgt de cliënt de geïndiceerde taken en enkele zaken in verband met regelgeving en financiële bijdrage op schrift. In IJmond krijgt de cliënt een zorgoverzicht, waar een zorgcontract een onderdeel van is.
In een aantal gevallen worden mededelingen over de geïndiceerde taken, financiële consequenties en dergelijke mondeling gedaan. In alle gevallen krijgt de cliënt te horen dat hij/zij aan de al of niet schriftelijke afspraken, geen enkel recht kan ontlenen op het gebied van de hulpinzet. Een en ander zal steeds afhangen van werkdruk en urgentie.
Over het algemeen blijkt dat er voor het bepalen van de urgentie en de

tijdsduur van de hulp geen formele regels zijn. De intakers baseren zich meestal op kennis en ervaring. Voor het bepalen van de complexiteit en de toe te wijzen deskundigheid wordt in veel gebieden gebruik gemaakt van het model voor deskundigheidstoewijzing van het NIZW (Van Amelsfoort et al, 1991).
In geen van de projectgebieden werkt de intaker een compleet zorgplan uit. Doorgaans wordt de hulpvraag van de cliënt vertaald in globale zorgdoelen. De eerstverantwoordelijke uitvoerende hulpverlener is belast met het nader uitwerken van het zorgplan en het specificeren van de doelen.

2.2.5 Herindicaties

De rol die de intakers hebben bij het herindiceren is verschillend per projectgebied. Bij de meeste experimenten zijn er in stabiele situaties, waarbij de hulpverlening vanuit de discipline gezinsverzorging wordt gegeven, vaste momenten voor herindicatie, bijvoorbeeld eenmaal per jaar of eenmaal per half jaar.
In de minder stabiele situaties, en situaties waar sprake is van verpleging of verzorging eventueel in combinatie met huishoudelijke hulp, zorgt over het algemeen de eerstverantwoordelijke uitvoerende ervoor dat het zorgplan op de individuele behoefte van de cliënt blijft afgestemd.
Kleine veranderingen in het zorgplan kunnen daarbij meestal zonder tussenkomst van afdeling intake worden doorgevoerd. Wanneer er echter essentiële veranderingen zijn, zoals een verandering van de zorgsoort, verandering van deskundigheidsniveau of een grote uitbreiding van het aantal uren dan wordt in de regel de afdeling intake ingeschakeld. De taken die de intaker dan vervult verschillen daarbij per proefgebied. Soms heeft de intaker geen enkele rol bij de herindicatie, tenzij deze daarvoor wordt geconsulteerd. Dat gebeurt bijvoorbeeld in Noord-West Veluwe, in Zuid-West Friesland en Drenthe. In andere gevallen, bijvoorbeeld in Den Haag gaat de intaker alleen na of de juiste procedure is gevolgd bij de herindicatie, om vervolgens de herindicatie te fiatteren. In Groningen stad geeft de intaker bij de intake al de termijn aan waarop herindicatie plaats dient te vinden.

2.3 Geïntegreerd zorgaanbod

De wijze waarop het geïntegreerd zorgaanbod gestalte krijgt wisselt sterk per instelling. In de regio's Zuid-West Friesland, Rotterdam, Noord-West Veluwe en IJmond werkt men tijdens de experimentele periode bij de wijkverpleging en

de gezinsverzorging met traditionele teams.
In Drenthe, Den Haag, Groningen stad, Schiedam en Centraal Twente heeft men met een geïntegreerd zorgaanbod gewerkt. In tabel 2.4 is weergegeven hoe de teams in deze gebieden zijn samengesteld. In Groningen stad heeft men gewerkt met twee verschillende modellen voor teamsamenstelling, in de wijken Selwerd/Tuinwijk en Groningen Zuid. Deze zijn in tabel 2.4 apart weergegeven.
De geïntegreerde teams staan steeds onder leiding van een teammanager. Dit is doorgaans iemand met een HBO-opleiding, met ervaring als (hoofd)-wijkverpleegkundige of als leidinggevende bij de gezinsverzorging.
De teamleider is verantwoordelijk voor het goed functioneren van het team, voor een kwalitatief goede zorgverlening en voor de begeleiding van de teamleden.
Zoals uit tabel 2.4 blijkt variëren de teams sterk in grootte. Er zijn teams van 10 maar ook van 67 personen. Uiteraard is dit sterk van invloed op het functioneren van het team.
De teams in Centraal Twente bestaan uit wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden, helpenden en maatschappelijk werkenden. Deze functionarissen werken voor een bepaald gebied onder leiding van een zorgmanager. Maar hoewel de verschillende disciplines organisatorisch in één verband opereren zijn de werksoorten gescheiden. Men vergadert bijvoorbeeld apart. Omdat men de zorg verleent vanuit hetzelfde gebouw is het overleg wel toegenomen, men zoekt sneller contact met iemand van de andere discipline om werk en taken op elkaar af te stemmen. Eigenlijk kan men bij de grote teams zoals deze in Centraal Twente zijn samengesteld, niet echt spreken van het functioneren als team. Men heeft daar als doel om geïntegreerde zorg te definiëren gezien vanuit de cliënt. Er is bijvoorbeeld wel gezamenlijk overleg tussen de betrokken hulpverleners tijdens geïntegreerd cliëntenoverleg. Bij dit type overleg worden alleen cliënten besproken bij wie verschillende hulpverleners betrokken zijn en nemen alleen hulpverleners deel die bij die cliënt zorg verlenen.
In Schiedam daarentegen werkt men in het experimentele gebied echt als een team. De teams Verpleging en Verzorging (VV-teams) zijn klein, zodat er gemakkelijk overleg te voeren is. Er is een hoge mate van integratie, en men probeert er goed voor te waken dat wanneer een situatie stabiel wordt en het nog alleen om licht verzorgende of strikt huishoudelijke activiteiten gaat, de cliënt over te dragen aan een team van de huishoudelijke sector (HZ-sector).

Tabel 2.4: Teamsamenstelling in projectgebieden waar met een geïntegreerd zorgaanbod is gewerkt

Naam van het project-gebied	soorten teams	Grootte van de teams	Functie-typen)*	verdeling van taken en verantwoordelijkheden
Drenthe	volledig geïntegreerde teams	± 18	WV WZV GV HE	op basis van functieprofielen
Den Haag	thuiszorgteams	± 15	WV WZV GV HE	op basis van functieprofielen
	thuishulpteams	25-35	HE	dit team verzorgt in principe alleen huishoudelijke taken
Groningen Selwerd/ Tuinwijk	geïntegreerd team (wijkteam II)	± 20	WV WZV GV HE	op basis van functieprofielen en zorgtoewijzingsinstrument NIZW
	huishoudelijk team (wijkteam I)	12-15	HE	dit team verzorgt in principe alleen huishoudelijke taken
Groningen Zuid	geïntegreerd team (wijkteam II)	± 18	WV WZV GV	team verricht alleen verplegende en verzorgende taken, taakafbakening m.b.v. functie-profielen en zorgtoewijzingsmodel NIZW
	huishoudelijk team (wijkteam I)	12-15	HE	team verricht alleen huishoudelijke taken
Schiedam	geïntegreerd team (VV-sector)	10 à 11	WV WZV GV WBV	op basis van functieprofielen en notitie "Grijs gebied"
	huishoudelijk team (HZ-sector)	18-22	GV HE	team verricht alleen huishoudelijke en licht verzorgende taken
Centraal Twente	integrale teams	24-67	WV GV WZV HE MW	op basis van functieprofielen, nota eerste en tweede deskundigheids-niveau en het patiënten-toewijzingsmodel van Amsterdam

)* WV = wijkverpleegkundige
WZV = wijkziekenverzorgende
GV = gezinsverzorgende
HE = helpenden
MW = maatschappelijk werkende
WBV = wijkbejaardenverzorgenden

In Drenthe heeft men bij aanvang van het experiment in twee gebieden gewerkt met volledig geïntegreerde teams, waarin wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden en helpenden zaten. Het bleek echter niet zinvol dat de helpenden, die zelf vaak in relatief stabiele situaties zorg van doorgaans huishoudelijke aard verlenen, aan elke vergadering deelnamen. Er heeft een splitsing plaatsgevonden in subteams voor verpleging en verzorging en voor huishoudelijke hulp. Bij deze splitsing is ook de wijkverpleegkundige uit de team-overlegsituatie gestapt, omdat er relatief veel stabiele situaties werden besproken, waar deze weinig mee te maken had. Zij ging fungeren als een externe deskundige, die door andere hulpverleners geconsulteerd werd wanneer een situatie complexer werd.
In Groningen heeft men met twee verschillende modellen voor teamsamenstelling gewerkt. In de wijk Tuinwijk/Selwerd richt een team met daarin alle functietypen zich op verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp ten behoeve van cliënten met een gecombineerde hulpvraag. Daarnaast bestonden er in die wijk teams voor uitsluitend huishoudelijke hulp, bestaande uit helpenden. In de wijk Zuid werd eveneens gewerkt met twee soorten teams. Het eerste team richt zich daarbij alleen op verpleging/verzorging en bestaat uit wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en verzorgenden. Het tweede team bestaat met name uit helpenden en richt zich op de huishoudelijke zorg. Dit laatste model is cliënt-vriendelijker gebleken, omdat cliënten daarbij minder te maken kregen met wisselingen van zorgverleners. De belangrijkste reden hiervoor is dat de vraag naar verpleging/verzorging vaak slechts van korte duur is. Het volgende voorbeeld illustreert dat. In het eerste model krijgt een cliënt na ontslag uit het ziekenhuis verpleegkundige/verzorgende en huishoudelijke hulp uit het gecombineerde team. De vraag naar verpleging/verzorging houdt echter al snel op te bestaan, waardoor de cliënt zijn huishoudelijke hulp moet krijgen van een helpende uit een ander team, namelijk dat zich richt op alleen huishoudelijke hulp. Een paar weken later glijdt de cliënt uit op de trap en ontstaat er weer een behoefte aan verpleging/verzorging, waarna de geschiedenis zich herhaalt. Er is daarom gekozen voor een variant op het model van wijk Zuid, waarbij gezamenlijke cliënten gezamenlijk door de beide teams worden besproken.

In interviews komt naar voren dat het werken met een geïntegreerd team het meest positief beleefd wordt in de kleinere teams. Men leert elkaars werk kennen en respecteren. Overlegsituaties zijn te overzien. Nadeel is dat een klein team minder flexibel is. Wanneer zich veel hoog complexe zorgsituaties aandienen, dan beschikt men bijvoorbeeld slechts over twee wijkverpleegkun-

digen. Wanneer er echter een groot aanbod is van zorg op het tweede deskundigheidsniveau en relatief weinig complexe zorg gevraagd wordt moeten die twee wijkverpleegkundigen onder hun niveau werken. Om zoveel mogelijk substitutie van zorg te kunnen bereiken is een wat groter team meer geschikt omdat men daarmee meer flexibel op de vraag naar zorg kan inspelen. Door het hanteren van functieprofielen, het zorgtoewijzingsmodel van het NIZW, en de Nota eerste en tweede deskundigheidsniveau (Vrielink, 1990) is meer zichtbaar geworden dat er relatief weinig zorg wordt gevraagd voor het eerste deskundigheidsniveau. Een echte verschuiving is echter nog niet altijd waar te nemen. In de interviews wordt regelmatig aangegeven dat de teamsamenstelling nog niet overal is aangepast. Er dienen meer wijkziekenverzorgenden en gezinsverzorgenden te komen, wil men ook daadwerkelijk substitutie bereiken.

2.4 Coördinatie

Op twee niveaus is aandacht geschonken aan de coördinatie, namelijk aan het coördineren van een team en aan de coördinatie van zorg rondom de individuele cliënt. Beide vormen komen in de volgende paragrafen achtereenvolgens aan de orde.

2.4.1 Coördinatie van de teams

Alle teams staan onder leiding van een teammanager. Bij de geïntegreerde teams kan dit iemand zijn afkomstig uit de gezinsverzorging of afkomstig uit de wijkverpleging. In vrijwel alle gevallen heeft de teammanager een HBO opleiding. Daarnaast hebben de teamleiders doorgaans veel ervaring in het leiding geven.
In de interviews met teamleiders komt regelmatig naar voren dat het managen van een geïntegreerd team, waarin alle functiegroepen vertegenwoordigd zijn een complexe zaak is. Er zijn grote verschillen in professionaliteit en cultuur tussen de wijkverpleging, gezinsverzorging en maatschappelijk werk. Elke groep vraagt ook een andere inhoudelijke begeleiding en ondersteuning.
Wanneer men als team voltallig overleg wil voeren dan lukt dit het beste als het team niet te groot is. In Schiedam en Den Haag werkt men bijvoorbeeld met geïntegreerde teams van 14 à 18 personen. Toch heeft men ook hier de ervaring dat vergaderen met het team als geheel niet altijd efficiënt is. Er zijn grote verschillen tussen de diverse functionarissen, men heeft andere problemen in het werk en een aantal zaken dit aan de orde komt, is gewoon niet

voor iedereen even relevant. Daarom heeft men nog al eens gekozen voor een vorm waarbij een teamvergadering in een aantal delen gesplitst is. Bijvoorbeeld als volgt: het eerste deel van de vergadering wordt alleen bijgewoond door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, er komen cliënten aan de orde waar de verzorgenden of helpenden niet komen. Het tweede deel van de vergadering is het team voltallig. De gezamenlijke cliënten komen aan de orde, alsmede zaken die het hele team betreffen. Het laatste deel van de vergaderingen is voor de verzorgenden en helpenden, die hun eigen cliënten bespreken en hun eigen specifieke problemen in kunnen brengen.
In Twente waar de teams groot zijn, heeft men voor een andere vorm gekozen. De vergaderingen voor wijkverpleging en gezinsverzorging zijn geheel apart. Gezamenlijke cliënten bespreekt men op een cliëntenbespreking, waarbij dan alle betrokken disciplines aanwezig zijn. Een integraal zorgaanbod wordt hier gedefinieerd vanuit de cliënt, in plaats van een geïntegreerd team als uitgangspunt te nemen.

In de gebieden Den Haag, Groningen Stad en Schiedam (zie tabel 2.4) werken naast de geïntegreerde teams, teams die zich voornamelijk richten op de huishoudelijke verzorging. Deze teams hebben een leidinggevende met een HBO-opleiding maar soms ook wel met een MBO-sd opleiding.
De teams functioneren in meer of mindere mate als echt team. Sommigen hebben regelmatig overleg over cliënten en zorginhoudelijke zaken, bijvoorbeeld eenmaal per veertien dagen. Er zijn echter ook groepen waarvan de medewerkers in langdurige en stabiele situaties werken. Daar heeft men bijvoorbeeld maar eens per drie maanden een groepsbespreking.

2.4.2 De coördinatie van zorg

De zorgcoördinatie rondom de individuele cliënt is op vrijwel alle plaatsen nog in ontwikkeling. Soms wordt bij de intake al aangewezen uit welke discipline en van welk deskundigheidsniveau de zorgcoördinator dient te zijn. Daar wordt ook in alle gevallen een zorgcoördinator aangewezen. In andere gevallen wordt dit pas in de loop van de zorgverlening bepaald en meestal alleen in de gevallen waarbij meerdere disciplines betrokken zijn.
In alle proefgebieden wordt met een logboek gewerkt wanneer er meerdere disciplines betrokken zijn.
In tabel 2.5 wordt weergegeven hoe men in de verschillende experimentele gebieden werkt met betrekking tot de zorgcoördinatie.

Tabel 2.5: Zorgcoördinatie

Naam van het project-gebied	wie wijst zorg-coördi-nator aan	in welke geval-len zorg coördinator	Wie kan zorg coördinator zijn	wanneer iogboek
Drenthe	wordt niet expli-ciet aangesteld	meerdere disci-plines in situa-tie	teamleider eind-verantwoordelijk-heid, HV is eerste verantwoordelijke,	meerdere disciplines werkzaam in cliënt-situatie
Den Haag	intaker wijst disci-pline aan	alle	thuiszorgmanager, die delegeert naar eerste verantwoor-delijke HV,bij thuishulpteams LG	meerdere betrokken disciplines
Groningen Stad	WV-intaker	complexe en instabiele situa-ties	coördinerende WV, delegeert evt. aan eerst verant-woorde-lijke HV	meerdere betrokken disciplines
Schiedam	zorgcoördinator, in overleg met team	bij zorg van geïntegreerd team	uitvoerende HV met zorgcoördina-tor als eindverant-woordelijke	VV-sector komt elke ochtend bijeen voor overdracht van cliënten
Centraal Twente	Intaker wijst disci-pline aan	alle	uitvoerende HV, afhankelijk van opleiding en des-kundigheid	meerdere betrokken disciplines
Zuid-West Friesland	Intaker wijst disci-pline aan	alle	uitvoerende WV of WZV, of LG	meerdere betrokken disciplines
Rotterdam	WV in overleg met LG, ± 10 dagen na intake	complexe situaties	WV	meerdere betrokken disciplines
Noord-West Veluwe	Intaker wijst disci-pline aan	alle	WV, WZV, LG	altijd, deel van TIRS
IJmond	intaker wijst disci-pline aan	alle	WV, WZV, LG	logboek en communi-catieschrift in wijkgebouw

)* WV = wijkverpleegkundige
WZV = wijkziekenverzorgende
LG = leidinggevende
HV = hulpverlener

Zoals in deze tabel te zien is wordt doorgaans bij de intake nog niet aangegeven welke hulpverlener belast zal worden met de coördinatie van zorg. In de meeste gevallen wordt wel bij de intake al aangegeven uit welke discipline de zorgcoördinator dient te komen. Dat betekent in de meeste gevallen dat de zorgcoördinatie wordt gedaan door de discipline die het meest direct bij de hulpverlening betrokken is. Dat betekent dus niet dat er bij een gecombineerde hulpvraag automatisch de wijkverpleging de zorgcoördinatie op zich neemt. Bijvoorbeeld in een geval waar de gezinsverzorging een groot aantal uren bij de zorgverlening betrokken is en de wijkverpleegkundige de zorg heeft voor insuline-injecties zal de coördinatie van zorg plaats vinden door de leidinggevende van de gezinsverzorging.In alle experimentele gebieden blijkt het begrip zorgcoördinatie nog erg in ontwikkeling. Het begrip wordt ook niet overal hetzelfde gedefinieerd. Zo wordt in Noord-West Veluwe de coördinatiefunctie opgevat als een centrale contactpersoon die de onderlinge contacten onderhoudt tussen alle betrokken personen en/of hulpverleners. Deze rol zou dus ook door de cliënt zelf of door iemand uit diens directe omgeving kunnen worden vervuld.

In andere gebieden, bijvoorbeeld Twente, waar de werkwijze met zorgcoördinatie in het komende jaar volop de belangstelling krijgt, is de zorgcoördinator het aanspreekpunt voor de cliënt en andere betrokken disciplines. Hij/zij draagt zorg voor regelmatige aanpassing in het zorgplan en de onderlinge afstemming in het werk van de verschillende hulpverleners. De zorgcoördinator is tevens de persoon die het overleg rondom deze cliënt initieert, wanneer daar behoefte aan is of wanneer zich veranderingen in het zorgproces voordoen.

In de meeste experimentele gebieden heeft de wijkverpleegkundige doorgaans de rol van zorgcoördinator, of in elk geval de eindverantwoordelijkheid daarin. In minder complexe gevallen kan deze rol ook aan een wijkziekenverzorgende worden toebedeeld.

Wanneer alleen de gezinsverzorging hulp biedt aan de cliënt, wordt de zorgcoördinatie doorgaans gedaan door de leidinggevende van de gezinsverzorging, die afhankelijk van de deskundigheid en opleiding van de uitvoerende hulpverlener deze daar wel bij betrekt.

Over het algemeen komt in de interviews naar voren dat er nog veel beweging en onduidelijkheid is rondom het begrip zorgcoördinatie. In stabiele situaties, met een langdurige hulpverlening zou de zorgcoördinatie ook aan de gezinsverzorgenden gedelegeerd kunnen worden. Dit is echter voor deze groep functionarissen een nieuwe taak, zodat op grote schaal bijscholing zal moeten plaatsvinden.

2.5 Retributie

Het kruiswerk en de gezinsverzorging hebben ieder een eigen regeling met betrekking tot betaling voor de verleende diensten. Dit verschil in eigen bijdragen wordt in het heroverwegingsrapport expliciet genoemd als belemmerende factor voor integratie. Hieronder wordt nagegaan hoe hiermee in de experimentele gebieden is omgegaan. Om gebruik te maken van de diensten van het kruiswerk dient men lid te zijn van de kruisorganisatie. Voor dit lidmaatschap is een bedrag van fl. 50,- verschuldigd. De diensten van de kruisvereniging zijn dan verder kosteloos.
Bij de gezinsverzorging is men echter een eigen bijdrage verschuldigd, waarvan de hoogte afhankelijk is van het inkomen van de hulpvrager.
Deze verschillen in regeling leveren een probleem op in geval van substitutie van zorg, van wijkverpleging naar gezinsverzorging, of in die gevallen waar een cliënt gebruik maakt van beide disciplines.
In een aantal experimentele gebieden heeft men de regel dat men wanneer men in eerste instantie van de diensten van de wijkverpleging gebruik maakt de lidmaatschapsregeling van kracht blijft ook als men via een geïntegreerd zorgaanbod gebruik maakt van de diensten van de gezinsverzorging. Dit gebeurt bijvoorbeeld in Groningen.
In Drenthe heeft men cliënten vrijgesteld van retributie of lidmaatschapsgeld, gedurende de experimentele periode, zodat de cliënt geen hinder zou ondervinden van het experiment.
In andere gebieden moeten cliënten die eerst bij de wijkverpleging zorg ontvangen, maar daarna van de gezinsverzorging gewoon de eigen bijdrage van de gezinsverzorging betalen. Dit gebeurt bijvoorbeeld in Den Haag en in IJmond. De hulpverleners betrokken bij de uitvoering verwijzen de cliënt bij klachten altijd naar de financiële administratie van het hoofdkantoor. Men heeft zelf als hulpverlener niet veel problemen ondervonden met de retributie. Toch zijn de meeste betrokkenen het erover eens dat de retributie-regeling tot onrechtvaardige situaties kan leiden. Men vindt dat dit probleem eigenlijk al voor het experiment begon opgelost had moeten zijn.

In geen van de experimentele gebieden heeft men het retributieprobleem tot een oplossing kunnen brengen. Dit behoorde ook nauwelijks tot de mogelijkheden omdat het hier een onderwerp betreft van nationaal beleid.

2.6 Conclusies

2.6.1 Conclusies met betrekking tot indicatiestelling

Over het algemeen blijkt dat volgens de geïnterviewde intakers en middenkaderfunctionarissen het loskoppelen van indicatiestelling en zorgverlening haalbaar is. Uit hun meningen komt naar voren dat het stellen van indicaties een aparte deskundigheid is, die los dient te staan van de mogelijkheden die de instellingen hebben op het gebied van personeelsaanbod, hoewel ook regelmatig naar voren wordt gebracht dat de uitvoerenden, met name de wijkverpleegkundigen het loskoppelen als een uitholling van hun beroep zien. In de interviews komt regelmatig naar voren dat een goed overleg tussen intakers en zorgverleners noodzaak is. Daar waar de intake persoonlijk aan de zorgverlenende instantie wordt overgedragen en persoonlijk wordt toegelicht treedt eerder acceptatie op van de nieuwe werkwijze rondom de indicatiestelling. Als positief wordt gewaardeerd, dat er als het ware een protocol is ontstaan voor het verrichten van een intake, terwijl daarvòòr meer ad hoc en volgens eigen inzichten werd gewerkt.

In de meeste gebieden wordt de loskoppeling van indicatiestelling en uitvoering van zorg dan ook na de experimentele periode doorgevoerd. Dit is niet het geval in Groningen en Rotterdam. Daar heeft men voor de situaties waar de hulpvraag verplegings- of verzorgingsaspecten in zich heeft, gekozen voor een intaker die tevens als uitvoerend wijkverpleegkundige werkt.

Een losgekoppelde en geïntegreerde intake is niet altijd efficiënter. In interviews en beschikbare evaluatierapporten komt naar voren dat er alleen sprake is van grotere efficiëntie in de gevallen waar er van een gecombineerde hulpvraag sprake is. De methode is dan bovendien klantvriendelijker, omdat de hulpvrager door middel van één intake-gesprek een beroep kan doen op het gehele scala van thuiszorg en -hulp.

Dat niet altijd een grotere efficiëntie wordt bereikt, wordt ook nog al eens geweten aan het gebruikte intake-instrument. Immers bij een enkelvoudige en eenvoudige hulpvraag gebruikt men een instrument dat op het gehele scala van taken in de thuiszorg is gericht, terwijl men vroeger kon volstaan met een half A-viertje.

De harde optie, waarbij de intake taakstellend is voor de te leveren zorg, en waarvoor vaak in de projectvoorstellen wordt gekozen is in de praktijk niet haalbaar. Bij een harde optie wordt tijdens de intake-fase door de intaker vastgesteld hoe de zorginzet eruit gaat zien. De zorgverlenende organisatie moet vervolgens inzetten wat er is geïndiceerd. Bij de zogenaamde zachte optie wordt alleen de benodigde hulp vastgesteld, terwijl aan de zorgverlenen-

de instantie de inzet van de hulp wordt overgelaten. De indicatiestelling heeft daarbij de status van advies. Zoals in tabel 2.3 al bleek kiezen de meeste instellingen voor de harde optie, met als doel dat de zorginzet bepaald dient te worden door de behoefte van de cliënt en niet door het aanbod van de instelling. Echter door gebrek aan wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden en helpenden kan vaak niet aan de indicatiestelling voldaan worden. Men probeert dan al of niet in samenspraak met de afdeling intake tot een alternatief zorgaanbod te komen of er moet, bij een aanvraag van voornamelijk huishoudelijke aard, een wachtlijst gehanteerd worden.
Bij de herindicaties spelen de intakers doorgaans geen of een kleine rol. Meestal wordt dit gedaan door de hulpverlener (of leidinggevende). Men zou zich kunnen afvragen of ook niet naar een zelfde objectiviteit gestreefd dient te worden als bij de indicatiestelling.

2.6.2 Conclusies met betrekking tot geïntegreerd zorgaanbod

In de vijf gebieden waar is gewerkt met een geintegreerd zorgaanbod, zijn de teams qua omvang zeer verschillend van samenstelling. Er zijn geïntegreerde teams van 12 tot 60 personen.
Het managen van een team wordt door de teamleiders als complex ervaren. Er zijn grote verschillen tussen de verschillende functiegroepen in deskundigheid, professionaliteit en cultuur.
Overal komt naar voren dat vergaderen met een team waar alle functiegroepen in vertegenwoordigd zijn niet efficiënt en zinvol is. Ook wanneer de teams klein zijn besteedt men toch nog relatief veel tijd aan het bespreken van cliënten en onderwerpen die voor het merendeel van het team niet relevant zijn. Bijna overal heeft men de teamvergaderingen opgesplitst in een deel voor de wijkverpleging, een algemeen deel en een deel voor de gezinsverzorging. Het bleek zinvol een onderscheid te maken tussen voorwaardescheppend overleg per functiegroep en geïntegreerd cliëntenoverleg voor alleen die functionarissen die ook daadwerkelijk betrokken zijn bij de te bespreken cliënt en alleen in die gevallen waar verschillende hulpverleners betrokken zijn bij een cliënt.
Van het totaal aan hulpaanvragen, blijkt de vraag naar hoog complexe verpleegkundige zorg maar een klein deel uit te maken. Dit feit is door het hanteren van objectieve intake-instrumenten meer zichtbaar geworden. Omdat de teams qua samenstelling daar nog niet altijd in aangepast zijn, komt het voor dat wijkverpleegkundigen nogal eens onder hun niveau werken. De mogelijkheid tot substitutie binnen de uitvoering van de zorg wordt wel ingezien, maar deze kan pas werkelijk plaatsvinden wanneer er meer wijkzie-

kenverzorgenden, gezinsverzorgenden en helpenden in dienst komen.

2.6.3 Conclusies met betrekking tot coördinatie van zorg

In alle gebieden is de coördinatie van zorg een aandachtsgebied. Het begrip zorgcoördinatie is nog erg in ontwikkeling. Over het algemeen is men van mening dat de meest betrokken hulpverlener de zorgcoördinatie op zich dient te nemen. In de praktijk wordt de zorgcoördinatie, wanneer meerdere disciplines betrokken zijn, in de meeste gevallen door de wijkverpleegkundige gedaan, ook al heeft deze in het totale pakket aan zorg maar een kleine rol. Wanneer men er vanuit gaat dat de meest betrokkken hulpverlener de zorgcoördinatie op zich dient te nemen, dan moet er met name voor de gezinsverzorging op grote schaal bijscholing plaats vinden. De rol van zorgcoördinator is voor de meeste gezinsverzorgenden nieuw. Eventueel zou in meer complexe situaties een wijkverpleegkundige een consultatieve functie kunnen vervullen.

3. OPZET EN METHODE

3.1 Inleiding

In de volgende hoofdstukken worden verschillen in meningen en ervaringen met betrekking tot de intake, het geïntegreerde zorgaanbod en de zorgcoördinatie tussen hulpverleners enerzijds en tussen cliënten anderzijds onderzocht. Getracht wordt een antwoord te geven op de volgende vraagstellingen (zie ook hoofdstuk 1, pag. 14).

Voor wat betreft de hulpverleners gaat het om de volgende vraagstellingen:

1. Hoe wordt de geïntegreerde intake, losgekoppeld van de zorgverlening op dit moment ervaren door verschillende hulpverleners?
2. Op welke verschillende manieren wordt het werken in/vanuit geïntegreerde teams op dit moment ervaren door verschillende hulpverleners?
3. Hoe worden verschillende manieren van zorgcoördinatie op dit moment ervaren door verschillende hulpverleners?

Voor wat betreft de cliënten gaat het om de volgende vraagstellingen:

4. Hoe wordt de geïntegreerde intake, losgekoppeld van de zorgverlening op dit moment door cliënten ervaren?
5. Op welke verschillende manieren wordt het werken in/vanuit geïntegreerde teams op dit moment ervaren door cliënten?
6. Hoe worden verschillende manieren van zorgcoördinatie op dit moment ervaren door cliënten?

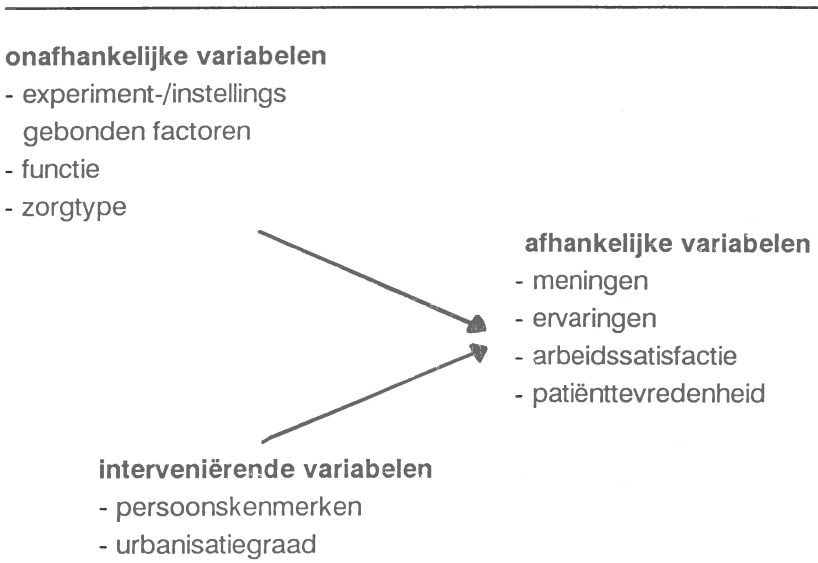
Met nadruk staat bij iedere vraagstelling vermeld dat het gaat om de situatie op dit moment. Geen van de betrokken instellingen heeft immers het eindstadium van de integratie bereikt. Bovendien gaat het hier om experimenten, waarvan het de bedoeling is van eventuele fouten te leren. De resultaten van de analyses kunnen daarom niet opgevat worden als eindconclusies ten aanzien van integratie op zich.

3.2 Onderzoeksmodel

In de vraagstellingen wordt er van uit gegaan dat verschillende invullingen van de experimenten verschillende ervaringen en meningen bij uitvoerenden en cliënten tot gevolg kunnen hebben. Bij hulpverleners speelt vervolgens functie een rol en bij clienten de zorgvraag. Aangenomen mag immers worden dat het effect van bijvoorbeeld een loskoppeling van intake en zorgverlening een grotere invloed heeft op het werk van wijkverpleegkundigen dan op het werk van helpenden en dat het instellen van een geïntegreerde aanmelding meer van belang is voor cliënten met een gecombineerde hulpvraag dan voor clienten met een enkelvoudige hulpvraag.
Daarnaast wordt verondersteld dat meningen en ervaringen beïnvloed kunnen worden door persoonskenmerken als leeftijd, geslacht, samenlevingsvorm en dergelijke alsmede urbanisatiegraad (de interveniërende variabelen). In de onderzoeksopzet wordt er naar gestreefd de invloed van deze variabelen uit te schakelen. De werkwijze die hierbij is gevolgd staat beschreven in paragraaf 3.5.

Het beschreven model staat samengevat in schema 3.1.

Schema 3.1: Onderzoeksmodel



Als meetinstrument is gekozen voor een schriftelijke enquête onder hulpverleners en een telefonische enquête onder cliënten. Hieronder volgt een nadere uiteenzetting over de verschillende variabelen in het model. Daarbij wordt tevens aandacht besteed aan de wijze waarop de vragenlijsten tot stand zijn gekomen.

3.2.1 Onafhankelijke variabelen

Experiment-gebonden factoren
In hoofdstuk 2 werd een overzicht gegeven van de verschillende experimenten. Daarbij bleken de experimenten op veel punten van elkaar te verschillen. Die verschillen hadden onder andere betrekking op het al dan niet toewijzen van hulpvragen aan intakers met een bepaalde achtergrond; het al dan niet opstellen van een zorgcontract; de status van de indicatiestelling (harde/zachte optie).
Als het gaat om de samenstelling van geïntegreerde teams blijken er eveneens verschillen te zijn. Die verschillen hebben bijvoorbeeld betrekking op samenstelling en omvang van de teams.
Verschillen doen zich ten derde voor waar het gaat om de coördinatie van zorg. In sommige experimenten wordt daar iemand speciaal voor aangesteld, in andere experimenten niet.

Binnen het kader van dit onderzoek bleek het onmogelijk om alle verschillende varianten in statistische analyses te betrekken, omdat de experimenten vaak kleinschalig zijn opgezet.
Er is daarom voor gekozen de experimenten op te delen in twee categorieën: daar waar gewerkt wordt met geïntegreerde intake én geïntegreerde teams (GI+GT), en daar waar gewerkt wordt met een geïntegreerde intake en traditionele teams (GI+TT). Deze twee experimentele groepen worden vergeleken met een controlegroep waar gewerkt wordt met traditionele intake en traditionele teams (TI+TT). Derhalve worden er bij iedere vraagstelling drie groepen met elkaar vergeleken:

Groep 1 (GI+GT):	gebieden met geïntegreerde intake en geïntegreerde teams.
Groep 2 (GI+TT):	gebieden met geïntegreerde intake, losgekoppeld van het zorgaanbod, maar met traditionele teams.
Groep 3 (TI+TT):	gebieden waar traditioneel gewerkt wordt, met een traditionele intake en met traditionele teams.

Functie en zorgtype
Bij de vraagstellingen wordt er zoals gezegd vanuit gegaan dat meningen en ervaringen naast experiment gebonden factoren beïnvloed worden door de functie van de hulpverlener en het zorgtype van de cliënt. Functie speelt dus een belangrijke rol. Hierbij is gekozen voor de functie zoals die door de respondent werd aangegeven, dit in tegenstelling tot de functie zoals die volgens de personeelslijst (zie paragraaf 3.3) was. Een probleem hierbij was echter de grote variatie aan functienamen, vooral binnen de sector verzorging. Er is voor gekozen een aantal functies bijeen te voegen in vier categorieën: wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden en helpenden. Wijkbejaardenverzorgenden zijn hierbij beschouwd als gezinsverzorgenden, evenals gespecialiseerde gezinsverzorgenden.

Bij de cliënten staan groep en hulpvraag centraal. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen drie typen cliënten: cliënten van de gezinsverzorging, cliënten van de wijkverpleging en cliënten van zowel wijkverpleging als gezinsverzorging. Er is dus afgezien van een meer gedetailleerde analyse waarin ook de functie van de hulpverlener werd betrokken. De reden hiervan is de relatief geringe steekproefomvang.

3.2.2 Meningen en ervaringen

Hulpverleners
Voor wat betreft de *intake* is onder andere nagegaan of de kwaliteit van de intake tijdens een experiment als beter wordt beoordeeld, en of de intake voldoende gegevens oplevert om met de zorgverlening te starten. Daarnaast is gevraagd naar meningen ten aanzien van loskoppeling van de intake en de wenselijkheid van geïntegreerde intakes.
Meningen en ervaringen aangaande het *geïntegreerd werken* zijn geïnventariseerd door te vragen naar duidelijkheid van de taakverdeling, het uitvoeren van taken boven of onder het niveau, naar een verschuiving van taken en naar een oordeel over de frequentie van overleg.
Daarnaast is gevraagd naar een beoordeling van een aantal werkkenmerken te geven (autonomie, feedback, werkdruk), naar werktevredenheid en naar de mate van sociale ondersteuning. Bij deze vragen is gebruik gemaakt van schalen die ontwikkeld werden door Boumans (1990).
Voor wat betreft *coördinatie* van zorg is gevraagd hoe vaak men langs elkaar heen werkt, de mate van tevredenheid, en of de samenwerking en taakverdeling verbeterd zijn tijdens een experiment.

Cliënten
De ervaringen van cliënten kunnen worden uitgesplitst in feitelijke ervaringen en het oordeel over die ervaringen. Bij de feitelijke ervaringen kunnen we denken aan de tijd die verstreek tussen de aanmelding en het intakegesprek, of aan hoeveel verschillende hulpverleners er langs komen.
Het oordeel over die ervaringen is wat moeilijker te meten. In feite gaat het hier om tevredenheidsonderzoek. In het algemeen heeft tevredenheidsonderzoek ten eerste te lijden van een te geringe variatie in antwoorden en ten tweede van samenhang met zaken waar we niet naar op zoek zijn (bij gezondheidszorg- onderzoek hangt dan bijvoorbeeld het oordeel over bejegening door een arts samen met het resultaat van een behandeling). Van Campen e.a. (1992) doen een aantal aanbevelingen die deze problemen tot op zekere hoogte kunnen voorkomen:

- vraag naar *persoonlijke* ervaringen
- vraag naar een *oordeel* over *specifieke aspecten* van zorg
- laat de antwoordcategorieën vooral *naar een positief oordeel differentieren*

Naast deze algemene stelregels is gebruik gemaakt van vragenlijsten die bij een aantal experimenten gebruikt zijn (Groningen Stad en Noord-West Veluwe).

Met betrekking tot de *intake* zijn cliënten gevraagd naar hun mening over de bereikbaarheid van de instelling en de kwaliteit van intake en aanmelding.
Over de *hulp zelf* is onder andere gevraagd of de hulpverlener goed geïnformeerd was, naar de tijd tussen aanmelding en intake en tussen intake en de hulpverlening zelf, het aantal verschillende hulpverleners dat bij de patiënt langs komt, de aanwezigheid van een zorgschrift en de kwaliteit van de hulp/zorg.
Om na te gaan wat de mening van de cliënt t.a.v. de *coördinatie* van zorg is bij gecombineerde cliënten onder andere gevraagd naar een oordeel over de samenwerking, hoe vaak er sprake was van tegengestelde instructies en onduidelijkheid over afspraken tussen wijkverpleging en gezinsverzorging.

3.2.3 Interveniërende variabelen

Persoonskenmerken hulpverleners
Naast de invulling van het experiment zijn er tal van andere factoren die ervaringen kunnen beïnvloeden. Bij uitvoerenden gaat het daarbij om de volgende elementen:

- leeftijd
- geslacht
- aantal uren per week werkzaam
- aantal jaren werkervaring
- eerdere fusies of reorganisaties waarmee de respondent te maken heeft gehad
- (on)zekerheid omtrent het behoud van werk

Van leeftijd, geslacht, het aantal uren dat men per week werkzaam is en het aantal jaren werkervaring is het moeilijk om van te voren veronderstellingen te maken over de invloed op meningen en ervaringen. Toch dient voor eventuele verschillen gecorrigeerd te worden.
Onzekerheid omtrent het behoud van werk mag verondersteld worden een negatief effect te hebben op de arbeidssatisfactie, onafhankelijk van de inhoud van het werk zelf.

Persoonskenmerken cliënten
Ook bij cliënten kunnen verschillende persoonsgebonden factoren invloed uitoefenen op de beleving van een cliënt rond verschillende aspecten van de zorgverlening. Hierbij valt te denken aan: leeftijd, geslacht, samenlevingsvorm, en oordeel over de eigen gezondheid.

Urbanisatiegraad
Naast deze reeds beschreven factoren is het van belang rekening te houden met de urbanisatiegraad. De ervaringen met een bepaalde organisatorische invulling van een experiment kunnen uiteen lopen tussen landelijke en stedelijke gebieden. In landelijke gebieden kan een overschakeling op een centrale intake bijvoorbeeld meer problemen geven dan in een stedelijk gebied. In plattelandsgebieden waar ad-hoc contacten tussen bijvoorbeeld wijkverpleegkundige en huisarts gemakkelijk tot stand komen, kan de instelling van een centraal georganiseerde intake tot gevolg hebben dat er (onnodig?) een extra schakel in de communicatie tussen huisarts en hulpverlener wordt ingebouwd. Er is gekozen voor een tweedeling naar urbanisatiegraad: grote steden en niet niet-grote steden.

3.3 Steekproefomvang en werkwijze bij de dataverzameling

In totaal zijn er elf experimentele gebieden (zie hoofdstuk 2). Hiervan bleken er echter twee te zijn waar van een experiment met geïntegreerde intake, geïntegreerde teams of coördinatie geen sprake was: Oost Groningen en Midden Limburg. In Drenthe bleek het experiment al dermate lang geleden te zijn afgelopen dat er geen enquête over gehouden kon worden. Er bleven er dus acht over.

Om uitspraken te kunnen doen over deze experimentele gebieden moesten controlegebieden worden aangewezen. Het werd raadzaam geacht de controlegebieden zo veel mogelijk bij dezelfde instellingen te zoeken als waar experimenten plaats vonden. Op deze manier werd bereikt dat controlegebieden en experimentele gebieden in ieder geval op elkaar leken voor wat betreft bedrijfscultuur en algemeen beleid. Een keuze voor controlegebieden buiten deze instellingen zou verder betekenen dat inzicht ontbrak omtrent op gang zijnde fusies en reorganisaties in de controlegebieden. Pragmatisch argument was voorts de geringere waarschijnlijkheid van deelname door instellingen waar geen experiment had plaats gevonden.
Voor de daadwerkelijke bepaling van de controlegebieden werden de instellingen zelf ingeschakeld. Uitzonderingen hierop vormen Groningen Stad en Centraal Twente. Hier bleek het bepalen van een controlegebied op problemen te stuiten omdat er in het gehele gebied reeds geïntegreerd gewerkt werd (Centraal Twente) of omdat dat per 1 januari 1993 het geval zou zijn (Groningen Stad). Om een eventueel tekort aan controlegebieden te voorkomen werd ook in Oost Groningen (waar geen experiment plaats vond (zie hoofdstuk 2)) gevraagd een controlegroep aan te wijzen. Dit werd echter geweigerd wegens een te grote mate van enquêtemoeheid. Een controlegroep in Schiedam is wel gezocht, maar deze poging strandde op organisatorische gronden (wisseling personeel, reorganisaties).

Aan de andere organisaties binnen het onderzoek is schriftelijk gevraagd een controlegebied aan te wijzen. Aan dat gebied is een aantal voorwaarden gesteld:

1. Er moeten ongeveer 2 maal zoveel werknemers van iedere functiegroep zijn als in het experimentele gebied, omdat de non-respons in het controlegebied waarschijnlijk groter is.

2. Het controlegebied moet lijken op het experimentele gebied voor wat betreft samenstelling van de bevolking en urbanisatiegraad.
3. Er moet op traditionele wijze gewerkt worden, in ieder geval zonder geïntegreerde teams en zonder centrale- of losgekoppelde intake.
4. Een zo laag mogelijke graad van 'enquêtemoeheid'.

De instellingen werden gevraagd om zowel van het experimentele gebied als van het controlegebied het volledige personeelsbestand toe te sturen.

In totaal werden de namen (en soms privé adressen) toegestuurd van 2477 personen (zie tabel 3.1). In totaal zijn er 1221 enquêtes en informed consent verklaringen verzonden. Uit de tabel blijkt dat het in sommige gevallen onmogelijk was om inderdaad een 2 maal zo grote controlegroep te vinden. Het feit dat er in veel instellingen een reorganisatie aan de gang is en het personeel al vaker met onderzoek is 'lastig gevallen' zal hierbij een rol hebben gespeeld.

In tabel 3.1 staat de omvang van de populatie en de steekproef weergegeven. De gebieden staan geordend naar groep. In groep 1 wordt gewerkt met geïntegreerde intake en geïntegreerde teams (GI+GT). In groep 2 is sprake van een geïntegreerde intake maar wordt gewerkt met traditionele teams (GI+TT) en in groep 3 wordt gewerkt met traditionele teams en een traditionele intake (TT+TI) (zie paragraaf 2.1).

De steekproefomvang is per gebied als volgt bepaald. Voor wat betreft de wijkverpleging is bij alle experimentele gebieden de totale groep in de steekproef opgenomen. Uitzondering hierop is Centraal Twente, waar slechts de helft van alle wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in de steekproef zijn opgenomen. Centraal Twente zou anders een te groot gewicht in de schaal leggen bij de resultaten. Deze selectie resulteert echter toch in een oververtegenwoordiging van Centraal Twente in de steekproef. Hiervoor is bewust gekozen om de omvang van de groep waar zowel geïntegreerd wordt gewerkt als waar een centrale intake plaats vindt (GI+GT) niet te klein te laten worden. Voor wat betreft de gezinsverzorgenden en helpenden is (vanwege de grotere aantallen in de populatie) gekozen om een geringer percentage van de populatie in de steekproef te laten vallen. Bovengenoemde redenen zijn er debet aan dat ook hier een oververtegenwoordiging van Centraal Twente te zien is.

Tabel 3.1: Populatie en steekproefomvang (tussen haakjes) per gebied, naar functie

Groep/ gebied	WIJKVERPLEGING wv	wzv	onbek.*	GEZINSVERZORGING verz	help	onbek.*
1. Geïntegreerde intake + geïntegreerde teams						
Den Haag	31	15	-	47	22	
	(31)	(15)		(47)	(22)	
Gron. STAD	6	5	-	16	8	-
	(6)	(5)		(16)	(8)	
Schiedam	9	6	-	-	9	-
	(9)	(6)			(9)	
C. Twente	109	57	-	216	485	-
	(48)	(48)		(81)	(119)	
subtotaal	155	83	-	279	524	-
	(94)	(74)		(144)	(158)	
2. Geïntegreerde intake + traditionele teams						
ZW Frsl.	11	7	-	52	105	-
	(11)	(7)		(52)	(53)	
Rotterdam	-	-	13		-	115
			(13)			(55)
IJmond	2	2	-	-	-	8
	(2)	(2)				(8)
NW Veluwe	6	5	-	-	-	120
	(6)	(5)				(61)
subtotaal	19	14	13	52	105	243
	(19)	(14)	(13)	(52)	(52)	(124)
3. Traditionele intake + traditionele teams						
IJmond	8	3	-	6	-	-
	(9)	(3)		(6)		
NW Veluwe	7	4	-	-	-	104
	(7)	(4)				(52)
Den Haag	17	8	-	49	256	
	(17)	(8)		(49)	(60)	
ZW Frsl.	24	6	-	75	201	-
	(24)	(6)		(75)	(50)	
Rotterdam	11	4	-	11	196	-
	(11)	(4)		(6)	(97)	
subtotaal	68	25	-	141	653	104
	(68)	(25)		(136)	(207)	(52)
totaal	242	122	13	472	1282	347
	(181)	(113)	(13)	(331)	(417)	(176)

* Van een aantal personen was niet het functieniveau bekend, maar wel of ze bij de wijkverpleging of bij de gezinsverzorging werkzaam waren.

De cliënten zijn benaderd via de uitvoerenden. Uitvoerenden kregen voor twee cliënten die op dat moment in zorg waren, een enveloppe mee met een 'informed-consent-verklaring' en een bijbehorende antwoordenveloppe. Uitvoerenden werden gevraagd de informed-consent-verklaringen zo mogelijk af te geven bij cliënten van wie bekend was dat ze zowel in zorg zijn bij de wijkverpleging als bij de gezinsverzorging.
Om begrijpelijke redenen is gevraagd de verklaringen **niet** af te geven bij:

- terminale patiënten
- patiënten met ernstige psychische problemen
- patiënten zonder telefoon
- patiënten waar alleen nog maar een intake-gesprek heeft plaats gevonden

Iedere cliënt is gevraagd de verklaring te ondertekenen en terug te sturen naar het NIVEL, waarna hij of zij gebeld werd voor een telefonisch vraaggesprek.
Theoretisch zou dit een totaal van 1231 x 2 = 2462 teruggezonden informed consent verklaringen kunnen opleveren. Vanwege een 'dubbele non-respons' en het daaruit volgende lage responspercentage is voor dit hoge aantal gekozen. Ten eerste hebben we immers te maken met mogelijke weigeringen van hulpverleners, ten tweede met mogelijke weigeringen van cliënten.

3.4 Respons

In tabel 3.2 wordt een overzicht gegeven van de respons op de schriftelijke vragenlijst aan hulpverleners, per groep en per functie. Daarnaast wordt weergegeven hoeveel informed consentverklaringen er zijn binnengekomen, eveneens per groep en per functie.
Uit de tabel komt naar voren dat de over-all respons bij de hulpverleners 49% is. Als we de respons per organisatiemodel en per functie in ogenschouw nemen, dan zien we dat de respons bij de wijkverpleging over het algemeen hoger ligt (gemiddeld rond 62%), met name in de groep waar gewerkt wordt met losgekoppelde intake en traditionele teams. De respons bij de gezinsverzorging en met name de helpenden ligt een stuk lager (gemiddeld rond 45%).

In vergelijking met ander onderzoek is dit een lage respons. Een aantal factoren kunnen hierbij als verklaring dienen:

- Bij een aantal instellingen is al veel door middel van enquêtes onderzocht en is men inmiddels enquêtemoe geworden.

- De gebruikte personeelslijsten bleken in sommige gevallen niet up-to-date en personen te bevatten die niet meer in dienst waren of langdurig ziek waren.
- In een aantal gebieden werd vanaf 1 januari 1993 de totale organisatie geherstructureerd in het kader van de integratie. Een dergelijke herstructurering vergt van veel werknemers extra inspanningen.

De respons op de telefonische enquête is eveneens niet hoog. Uiteindelijk vonden er 446 bruikbare gesprekken met cliënten plaats. Het over-all netto respons percentage kwam hiermee op 18% van het totaal aantal verzonden informed consent verklaringen. De oorzaak van deze lage respons is natuurlijk de eerder genoemde dubbele non-respons die inherent is aan de gekozen werkwijze.

Tabel 3.2: Netto respons op de telefonische en schriftelijke enquêtes: absolute aantallen en percentages

	Model GI+GT	GI+TT	TI+TT	totaal
cliënt aangebracht door**:				
wv	34 (18%)	12 (32%)	33 (24%)	79 (22%)
wzv	40 (27%)	10 (35%)	13 (26%)	63 (28%)
wv of wzv*		3 (12%)	-	3 (12%)
gv	44 (15%)	17 (16%)	70 (26%)	131 (20%)
he	49 (16%)	13 (13%)	38 (9%)	100 (12%)
gv of he*	-	37 (15%)	33 (32%)	70 (20%)
totaal	167 (18%)	92 (17%)	187 (19%)	446 (18%)
functie van hulpverlener				
wv	54 (57%)	15 (78%)	39 (57%)	108 (60%)
wzv	44 (59%)	12 (85%)	14 (56%)	70 (62%)
wv of wzv*	-	9 (69%)	-	9 (69%)
gv	70 (49%)	24 (46%)	81 (60%)	175 (53%)
he	80 (50%)	19 (37%)	4 (26%)	153 (37%)
gv of he*	-	57 (46%)	31 (60%)	88 (50%)
totaal	248 (53%)	136 (50%)	219 (45%)	603 (49%)

* Van een aantal hulpverleners was niet de functie bekend, maar wel of ze werkzaam zijn bij de wijkverpleging of bij de gezinsverzorging.

** De percentages zijn berekend op basis van het aantal verzonden informed consent-verklaringen.

3.5 Vergelijkbaarheid van experimentele- en controlegroepen

Hulpverleners

Bij het vergelijken van functies en experimentele modellen speelt de vergelijkbaarheid een rol. Er moet voorkomen worden dat de gevonden verschillen verklaard kunnen worden door bijvoorbeeld een verschillende samenstelling van functiegroepen en gebieden. Daarom is voor de genoemde persoonskenmerken van clienten en hulpverleners alsmede urbanisatiegraad nagegaan of de experimentele groepen en controlegroepen van elkaar verschilden in samenstelling. Voor wat betreft de persoonskenmerken blijkt dit niet het geval te zijn.

Urbanisatiegraad blijkt echter te verschillen tussen de experimentele modellen. In de grootstedelijke gebieden is de controlegroep oververtegenwoordigd. Er is daarom gekozen om waar nodig in de analyses voor urbanisatiegraad te corrigeren. Dit is gedaan door ten eerste te bekijken of er -onafhankelijk van het experimentele model- een verband was tussen urbanisatiegraad en de betreffende afhankelijke variabele. Waar dit niet het geval was werd niet gecorrigeerd voor urbanisatiegraad. Indien dit wel het geval was werd gekeken of er een interactieeffect was tussen urbanisatiegraad en experimenteel model. Indien dit het geval was werd niet gecorrigeerd voor urbanisatiegraad. Indien dit immers wel gedaan zou zijn, zou het effect van het experimentele model niet meer te onderscheiden zijn van het effect van urbanisatiegraad.

Cliënten

Ook bij cliënten is nagegaan of de experimentele groepen en typen cliënten niet van elkaar verschillen. Dit is gedaan voor wat betreft leeftijd, geslacht, burgerlijke staat contact met andere hulpverleners (huisarts, fysiotherapeut, algemeen maatschappelijk werk en alphahulpverlening).
Voor wat betreft leeftijd blijken er geen significante verschillen tussen de experimentele groepen als gecontroleerd wordt voor hulpvraag ($F=0,3$; $df=2$; $p=ns$). Ook in het al of niet hebben van regelmatig contact met andere hulpverleners, geslacht en burgerlijke staat blijken geen significante verschillen tussen de groepen.

Evenals bij de hulpverleners blijken er wel significante verschillen in urbanisatiegraad tussen de experimentele groepen (Pearson $Chi^2 = 17,3$; $df=4$; $p<.01$). Ook bij de cliënten is zo nodig gecorrigeerd voor urbanisatiegraad.

Hierbij is dezelfde werkwijze gevolgd als die bij de hulpverleners beschreven staat.

3.6 Methode van analyse

Variantieanalyse is gebruikt om verschillen tussen groepen te beschrijven en verklaringen voor die verschillen te vinden. Bij de variantieanalyses werd de zogenaamde 'regressie benadering' toegepast. Dit betekent dat alle effecten in het model tegelijkertijd geanalyseerd worden. Bij de berekening van ieder effect wordt dan gecorrigeerd voor alle andere effecten en zo kan het unieke effect van iedere factor worden bepaald.

In sommige gevallen werd er voor gekozen schalen samen te stellen uit bijvoorbeeld vragen naar arbeidssatisfactie. Hierbij is gebruik gemaakt van factoranalyse om de items te groeperen.

Logistische regressie en Chi^2 toetsen zijn toegepast bij het verklaren van dichotome of nominale variabelen.

4. AANMELDING, INTAKE EN INDICATIESTELLING

4.1 Hulpverleners

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de meningen en ervaringen van hulpverleners met de intake en indicatiestelling. Er zal daarbij eerst gekeken worden naar het draagvlak onder hulpverleners voor een geïntegreerde en van de zorgverlening losgekoppelde intake. Vervolgens wordt de vraag bekeken wie die geïntegreerde intake zou moeten uitvoeren. Daarna wordt aandacht besteed aan de vraag of de kwaliteit van de intake nu beter of slechter is geworden binnen de experimenten. Tenslotte wordt gekeken naar de gang van zaken na de intake: het opstellen van een zorgplan en de start van de hulpverlening. Bij elk van deze onderwerpen wordt gekeken in hoeverre de experimentele groepen en controlegroep van elkaar verschillen, en welke verschillen er zijn tussen de functies. Zonodig is daarbij gecorrigeerd voor urbanisatie graad (zie voor werkwijze paragraaf 3.5).

4.1.1 Draagvlak voor geïntegreerde en van zorgverlening losgekoppelde intake

Een aantal vragen dienden er voor om het draagvlak onder hulpverleners ten aanzien van een van de zorg losgekoppelde en geïntegreerde intake in kaart te brengen. Dit is gedaan door het voorleggen van een drietal uitspraken. Er is getracht met deze drie uitspraken een schaal te construeren, maar er bleek te weinig samenhang om dit op verantwoorde wijze te doen. Respondenten konden bij iedere uitspraak op een vijf-puntsschaal aangeven in welke mate zij het er mee eens waren. Een 5 staat hierbij voor 'helemaal mee eens' en een 1 voor 'helemaal mee oneens'. Een drie geeft een neutraal standpunt weer. Een hogere score betekent dus dat de respondenten het er meer mee eens zijn.

Stelling: Ik heb liever een aparte intake voor wijkverpleging en gezinsverzorging (5 puntsschaal: 5= helemaal mee eens, 1= helemaal mee oneens). Uit tabel 4.1 komt naar voren dat de mening van hulpverleners verschilt per functie en per groep. In gebieden waar gewerkt wordt met een geïntegreerde intake maar niet met geïntegreerde teams oordeelt men het meest positief over een geïntegreerde intake (een laag gemiddelde). Dit geldt vooral voor wijkverpleegkundigen in die groep. We mogen aannemen dat in deze groep

de geïntegreerde intake dus wel bevalt.
Tegenstanders van een geïntegreerde intake (een hoog gemiddelde) zijn te vinden in de groep waar volledig traditioneel gewerkt wordt en met name onder wijkverpleegkundigen.

Tabel 4.1: Liever aparte intake voor wijkverpleging en gezinsverzorging: voor urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelden en resultaten van variantieanalyse (aantal respondenten tussen haakjes)

	functie				
groep	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	3,0 (54)	3,4 (43)	3,0 (80)	3,1 (58)	3,1
GI+TT	2,4 (20)	2,8 (18)	2,7 (49)	3,4 (41)	2,9
TI+TT	3,5 (38)	3,2 (25)	3,2 (92)	3,6 (50)	3,3
gemiddeld	3,0	3,2	3,0	3,2	
hoofdeffect groep	F=6,9	df 2	p<.01		
hoofdeffect functie	F=3,6	df 3	p<.05		
functie x groep	F=2,1	df 6	ns		

Stelling: Loskoppeling van intake en zorgverlening is een uitholling van het beroep van wijkverpleegkundige (5-puntsschaal: 5= helemaal mee eens, 1= helemaal mee oneens).
Tabel 4.2 leert dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in gebieden waar gewerkt wordt met alleen een geïntegreerde intake positiever staan ten opzichte van de loskoppeling van intake en zorgverlening dan in de volledig traditioneel werkende gebieden en in die gebieden waar gewerkt wordt met geïntegreerde teams. Dit is echter een relatief verschil: over het algemeen wordt de loskoppeling door alle wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden beschouwd als een uitholling van het beroep. Voor gezinsverzorgenden en helpenden doen zich nauwelijks verschillen tussen de groepen voor.

Stelling: Na een losgekoppelde intake zal een uitvoerende het toch altijd nog dunnetjes over doen (5-puntsschaal: 5= helemaal mee eens, 1= helemaal mee oneens).
Tabel 4.3 laat zien dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden over het algemeen vaker van mening zijn dat de intake na een centrale intake nog eens dunnetjes moet worden overgedaan dan verzorgenden en helpenden. Bij

hen is het oordeel in gebieden waar alleen met een geïntegreerde intake wordt gewerkt echter wat positiever (een lager gemiddelde). Gezinsverzorgenden en helpenden nemen over het algemeen een meer neutraal standpunt. Grote verschillen tussen de groepen zijn bij hen niet te zien.

Tabel 4.2: Loskoppeling intake is uitholling van het beroep van wijkverpleegkundige: voor urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelden en resultaten van variantieanalyse (aantal respondenten tussen haakjes)

groep	functie				
	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	4,4 (45)	4,3 (43)	3,2 (79)	3,0 (56)	3,6
GI+TT	3,9 (20)	3,2 (18)	2,8 (45)	3,0 (41)	3,1
TI+TT	4,3 (38)	3,6 (25)	3,0 (93)	3,1 (50)	3,3
gemiddeld	4,3	3,9	3,0	3,0	

hoofdeffect groep	F= 8,5	df 2	p<.01
hoofdeffect functie	F= 45,7	df 3	p<.01
functie x groep	F= 2,7	df 6	p<.05

Tabel 4.3: Na een losgekoppelde intake zal een uitvoerende het toch altijd nog dunnetjes over doen: voor urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelden en resultaten van variantieanalyse (aantal respondenten tussen haakjes)

	functie				
groep	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	4,0 (54)	4,1 (43)	3,4 (79)	3,5 (58)	3,7
GI+TI	3,5 (20)	3,3 (18)	3,3 (47)	3,4 (41)	3,4
TI+TT	4,1 (38)	3,6 (25)	3,3 (91)	3,3 (49)	3,4
gemiddelde	4,0	3,8	3,3	3,4	

hoofdeffect groep	F= 6,4	df 2	p<.01
hoofdeffect functie	F=10,0	df 3	p<.01
functie x groep	F= 2,3	df 6	p<.05

4.1.2 Wie zou een geïntegreerde intake moeten uitvoeren

Om na te gaan hoe de meningen verdeeld zijn over de vraag of een geïntegreerde intake alleen door een wijkverpleegkundige gedaan kan worden is de volgende stelling voorgelegd.

Stelling: Een volledig geïntegreerde intake kan alleen gedaan worden door iemand met een verpleegkundige opleiding (5-puntsschaal: 5= helemaal mee eens, 1= helemaal mee oneens).

Uit tabel 4.4 blijkt dat er weinig verschillen tussen de groepen zijn. Verschillen tussen de functies zijn er echter wel. Vergelijken we de gemiddelden per functie, dan blijken wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden het vaker met de stelling eens te zijn. Gezinsverzorgenden en helpenden hebben over het algemeen een neutraal oordeel over de stelling.

Tabel 4.4: Stelling: Een volledig geïntegreerde intake kan alleen gedaan worden door iemand met een verpleegkundige opleiding. Voor urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelden en resultaten van variantieanalyse (aantal respondenten tussen haakjes)

	functie				
groep	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	4,3 (55)	4,0 (43)	3,3 (82)	2,7 (58)	3,5
GI+TI	4,6 (19)	3,6 (18)	3,2 (50)	3,0 (43)	3,4
GI+TT	4,6 (38)	3,5 (25)	3,0 (94)	3,1 (53)	3,4
gemiddelde	4,4	3,8	3,1	2,9	

hoofdeffect groep	F= 0,1	df 2	ns
hoofdeffect functie	F=53,4	df 3	p<.01
functie x groep	F= 2,6	df 6	p<.05

4.1.3 De kwaliteit van de intake

Eén van de redenen om te experimenteren met een geïntegreerde intake is de hoop of verwachting dat de kwaliteit van de zorgverlening en van de intake zal toenemen. Aan hulpverleners is daarom gevraagd of dit volgens hen inderdaad het geval is.

Stelling: Loskoppeling van intake en zorg bevordert de kwaliteit van de zorgverlening (5-puntsschaal: 5= helemaal mee eens, 1= helemaal mee oneens).

Uit tabel 4.5 blijkt dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden over het algemeen niet denken dat loskoppeling van intake en zorgverlening een positief effect heeft op de kwaliteit van de zorgverlening. Helpenden en verzorgenden nemen weer een neutraal standpunt in. Verschillen tussen de groepen zijn weer met name te vinden onder wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Onder wijkverpleegkundigen is men vooral in de volledig traditioneel werkende groep én in de groep waar gewerkt wordt met zowel geïntegreerde intake als geïntegreerde teams een negatief oordeel toegedaan. Bij wijkziekenverzorgenden is dit vooral bij geïntegreerde teams gecombineerd met geïntegreerde intake het geval. Bij gezinsverzorgenden en helpenden komen verschillen tussen de groepen niet of nauwelijks voor.

Tabel 4.5: Loskoppeling van de intake bevordert de kwaliteit van de zorgverlening: gemiddelden en resultaten van variantieanalyse (aantal respondenten tussen haakjes)

	functie				
groep	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	2,3 (55)	2,3 (43)	2,9 (76)	3,0 (56)	2,7
GI+TT	3,3 (20)	2,8 (18)	2,9 (46)	2,9 (40)	2,9
TI+TT	2,0 (38)	2,8 (25)	3,1 (93)	3,0 (49)	2,8
gemiddelde	2,3	2,6	3,0	3,0	

hoofdeffect groep	F=4,2	df 2	p<.05
hoofdeffect functie	F=6,0	df 3	p<.01
functie x groep	F=4,9	df 6	p<.01

Vraag: is de kwaliteit van de intake binnen het experiment waaraan u deelneemt verbeterd of juist slechter geworden (5-puntsschaal: 1= veel beter, 5= veel slechter).

Aan respondenten die deelnamen aan een experiment (groepen 1 en 2) is gevraagd of men vond dat de intake verbeterd was. In de twee experimentele groepen bleek gemiddeld 39% van de respondenten van mening dat de kwaliteit van de intake beter geworden was. 16% van de respondenten vond dat de intake slechter geworden was en 45% meende dat de kwaliteit gelijk gebleven was. Over het algemeen is men dus neutraal tot positief.

Door middel van variantieanalyse is nagegaan of er verschillen tussen groepen en/of werksoorten waren. Omdat het hier om een relatief gering aantal respondenten ging, was het niet mogelijk de data verder te onderzoeken op

verschillen tussen functies. In tabel 4.6 worden de resultaten gegeven. Een laag gemiddelde correspondeert hierbij met een positief oordeel en een hoog gemiddelde met een negatief oordeel.
Blijkens de tabel zijn er verschillen tussen de beide experimentele modellen onder hulpverleners van de wijkverpleging. Hulpverleners van de wijkverpleging in groep 2 (GI+TT) hadden een meer positief oordeel (een lager gemiddelde) dan in groep 1 (GI+GT). Gemiddeld vinden alle respondenten in de experimentele groepen dat de kwaliteit van de intake iets vooruit gegaan is (de gemiddelden zijn lager dan 3, de neutrale score).

Tabel 4.6: In welke richting is de kwaliteit van de intake veranderd? Voor urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelden en resultaten van variantieanalyse. Een laag gemiddelde = meer positief oordeel. (aantal respondenten tussen haakjes)

	werksoort		
groep	wijkverpleging	gezinsverzorging	gem.
GI+GT	3,1 (59)	2,6 (87)	2,8
GI+TT	2,4 (23)	2,6 (29)	2,5
gemiddelde	2,9	2,6	

hoofdeffect groep	F=7,8	df 1	p<.01
hoofdeffect werksoort	F=2,6	df 1	ns
functie x groep	F=7,1	df 1	p<.01

4.1.4 Na de intake: opstelling van een zorgplan en start van de hulpverlening

Na de intake dient er een zorgplan te worden opgesteld. Dit gebeurt voor een groot deel op basis van de intake-gegevens en het is daarom interessant te zien of er verschillen zijn in de mate waarin die gegevens zich daarvoor lenen. Niet alle functies worden in gelijke mate bij de opstelling van een zorgplan betrokken. Er is voor gekozen om respondenten die niet bij de opstelling van het zorgplan betrokken zijn buiten de analyses te laten. Vooral helpenden en in mindere mate verzorgenden zijn er weinig bij betrokken, hetgeen in deze groepen een drastische daling van het aantal respondenten tot gevolg had. Respondenten die aangaven over de vraag geen mening te hebben zijn eveneens buiten de analyses gelaten. Men kon op een 6-puntsschaal een oordeel geven (6= zeer goed 1= zeer slecht).

Tabel 4.7: Hoe beoordeelt u de mogelijkheid om op basis van de intakegegevens een zorg- of verpleegplan te maken: gemiddelden en resultaten van variantieanalyse. (Aantal respondenten tussen haakjes)

	functie				
groep	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	3,2 (32)	2,9 (24)	3,8 (38)	3,6 (9)	3,4
GI+TI	3,6 (18)	4,0 (12)	3,5 (19)	3,5 (11)	3,6
TI+TT	4,0 (35)	3,1 (15)	4,0 (35)	4,1 (13)	3,7
gemiddeld	3,6	3,3	3,6	3,7	

hoofdeffect groep	F=2,5	df 2	ns
hoofdeffect functie	F=1,3	df 3	ns
functie x groep	F=4,8	df 6	p<0,01

Onder wijkverpleegkundigen blijkt er een duidelijk verschil tussen de groepen. Het meest positief wordt er geoordeeld in de groep waar volledig traditioneel gewerkt wordt. Onder wijkziekenverzorgenden valt het oordeel in de groep waar alleen met een geïntegreerde intake gewerkt wordt positief uit. Voor hen heeft het werken met een geïntegreerde intake voordelen. Bij gezinsverzorgenden en helpenden zijn de verschillen tussen de groepen geringer.

De intake dient er onder meer voor om op verantwoorde wijze met de hulpverlening te kunnen starten. Het is mogelijk dat hulpverleners die te maken hebben met een geïntegreerde intake anders oordelen over de vraag of de intake voldoende gegevens oplevert om met de zorgverlening te starten dan hun collega's in gebieden waar gewerkt wordt met een traditionele intake. Aan alle hulpverleners is daarom de volgende vraag voorgelegd:
Vraag: Levert de intake voldoende, te veel of te weinig gegevens op om op verantwoorde wijze de hulpverlening te starten?
In totaal vond 84% (n=440) van de respondenten dat de intake voldoende gegevens opleverde om de zorg te starten. 15% (n=78) vond dat er te weinig gegevens voorhanden waren en 2% (n=8) te veel. Over het algemeen is men dus tevreden over de gegevens die de intake oplevert. Deze verdeling maakt de gegevens ongeschikt voor variantieanalyse. Er is derhalve voor gekozen de verschillen te analyseren met behulp van Chi2 toetsen.
Bij het toetsen van verschillen tussen de groepen (over alle functies gelijktijdig) blijkt (net) geen significantie op te treden (Chi2=8,0, df=4, p=0,09). Hierbij

blijkt dat personen die vonden dat de intake te veel gegevens oplevert om de zorgverlening te starten uitsluitend te vinden zijn in de beide experimentele groepen en niet in de controlegroep. Daar staat tegenover dat er tevens een lichte oververtegenwoordiging gevonden wordt van mensen die van mening waren dat de intake juist te weinig gegevens opleverde waar gewerkt werd met geïntegreerde intake èn geïntegreerde teams.
Wel belangrijke verschillen zijn er tussen de functies (tabel 4.8).

Tabel 4.8: Levert de intake voldoende gegevens op om op verantwoorde wijze met de hulpverlening te starten. Percentages per functie.

	wijkverpl (N=113) %	wijkzknvz (N=83) %	gezinsvz (N=201) %	helpenden (N=130) %
te veel	5,2	1,0	-,-	0,7
genoeg	87,1	75,1	83,3	86,8
te weinig	7,8	23,9	16,7	12,5
totaal	100	100	100	100

$Chi^2 = 25,1$ df 6 $p<0,01$

Wijkziekenverzorgenden blijken regelmatig van mening dat de intake te weinig gegevens oplevert om met de zorgverlening te starten. Deze wijkziekenverzorgenden blijken zich overigens met name te bevinden in groep 1 (12 van de 21, niet in de tabel).

Als redenen voor een negatief oordeel worden het vaakst genoemd 'het is maar een momentopname' (22 keer), 'discrepantie met de praktijk' (16 keer) en 'onduidelijkheid' (16 keer).

4.2 Cliënten

Ook de cliënten zijn ondervraagd over verschillende aspecten van de aanmelding en intake. Hieronder worden deze behandeld, waarbij steeds gekeken zal worden naar verschillen tussen cliënten die met een geïntegreerde intake te maken hadden en cliënten die met een traditionele intake te maken hadden.

4.2.1 De aanmelding

Voor wat betreft de aanmelding is cliënten gevraagd of het makkelijk of moeilijk was om de juiste persoon bij de aanmelding te pakken te krijgen; in welke mate er ook naar de cliënt geluisterd werd bij de aanmelding; en naar de kwaliteit van de informatie.
Met nadruk wordt gesteld dat het aantal cliënten dat zich iets van de aanmelding wist te herinneren zeer gering was en dat een vergelijking tussen experimentele gebieden en controlegebieden daarom moeilijk te maken is.

Aan cliënten is gevraagd of het makkelijk of juist moeilijk was om bij de aanmelding de juiste persoon of instantie te pakken te krijgen. In tabel 4.9 worden de absolute aantallen met elkaar vergeleken.
Bij deze vraag is het met name interessant te kijken naar verschillen binnen de groep cliënten die zowel gebruik maakt van wijkverpleging als van gezinsverzorging. Dit zijn er in totaal 144. Slechts 39 respondenten wisten een antwoord op de vraag te geven. De reden van deze grote non-respons is dat in veel gevallen de aanmelding zeer lang geleden heeft plaats gevonden en men zich er weinig meer van kan herinneren. Van deze 39 blijken er slechts 6 te zijn die zich én tegelijkertijd hadden aangemeld én te maken hadden gehad met een geïntegreerde aanmelding. Deze verdeling is vergeleken met die van respondenten die alleen van de wijkverpleging gebruik maken en met respondenten die alleen gebruik maken van de gezinsverzorging. Er is geen aanleiding te veronderstellen dat de aanmelding voor gezamenlijke cliënten in de experimentele gebieden makkelijker of moeilijker is dan in de controlegebieden.
Hetzelfde geldt voor cliënten van alleen wijkverpleging of alleen van de gezinsverzorging.

Cliënten zijn tevens gevraagd hoe goed zij vonden dat er naar hen geluisterd werd bij de aanmelding en naar hun oordeel over de kwaliteit van de informatie die men kreeg bij de aanmelding. Ook op deze vragen is de respons zeer laag (gemiddeld over de verschillende typen cliënten 29%). Over het algemeen geven respondenten aan dat er goed tot uitstekend naar hen geluisterd was bij de aanmelding en dat de kwaliteit van de informatie goed tot uitstekend was. In de experimentele groep wordt de kwaliteit van de informatie hoger ingeschat door cliënten van alleen de gezinsverzorging (Chi^2 11,5; df=5, $p<.05$) dan in de controle-groep. Verder werden er geen verschillen gevonden tussen de experimentele groepen en/of controlegroep.

Tabel 4.9: Hoe makkelijk of moeilijk was het om de juister persoon/instantie te pakken te krijgen bij de aanmelding. Naar type cliënt (absolute aantallen)

	cliënt van de wijkverpleging		cliënt van de gezinsverzorging		gezamenlijke cliënt (gelijktijdig aangemeld voor wijkverpleging en gezinsverzorging)	
	aanmeld. geïntegr.	aanmeld. niet geïntegr.	aanmeld. geïntegr.	aanm. niet geïntegr.	aanmeld geïntegr.	aanmeld. niet geïntegr.
zeer makkelijk	3	4	9	24	2	4
makkelijk	3	10	13	42	4	9
neutraal	-	1	-	6	-	-
moeilijk	-	-	1	4	-	-
zeer moeilijk	-	-	1	-	-	1
totaal	6	15	24	76	6	14

De twee items 'kwaliteit van de informatie' en 'hoe goed vindt u dat er bij de aanmelding naar u geluisterd werd' bleken redelijk met elkaar samen te hangen. Er is daarom een schaal geconstrueerd (Cronbach's alpha = .62). Door middel van variantieanalyse op deze schaal is nagegaan in hoeverre er verschillen zijn tussen de geïntegreerde aanmelding en de niet geïntegreerde aanmelding, voor de drie typen cliënten. De resultaten van deze analyses staan weergegeven in tabel 4.10. Bij cliënten van de gezinsverzorging is sprake van een hogere kwaliteit van de geïntegreerde aanmelding ten opzichte van de niet geïntegreerde aanmelding. Bij de andere typen cliënten werden geen of bijna geen verschillen gevonden.

Tabel 4.10: Kwaliteit van de aanmelding. Naar type cliënt en type aanmelding (hoe hoger het gemiddelde des te lager de kwaliteit). Gemiddelden en resultaten van variantieanalyse

	cliënt van de wijkverpleging	cliënt van de gezinsverzorging	gezamenlijke cliënt (tegelijk aangemeld)
geïntegreerde aanmelding	4,9	4,7	4,7
(n=)	(13)	(24)	(13)
niet geïntegreerde aanm.	4,8	5,5	5,1
(n=)	(30)	(64)	(22)
gemiddeld	4,8	5,3	4,9
	F= 0,1	F= 4,3	F= 0,8
	df= 1	df= 1	df= 1
	p.= ns	p.= <.05	p.= ns

4.2.2 De intake en start van de hulpverlening

Door middel van een vijftal items is het oordeel van de cliënt over de intake nagegaan (kreeg u goede informatie bij de intake, hoe goed werd er geluisterd, kwamen alle belangrijke zaken aan de orde, werd u bij de beslissingen betrokken, en wat is uw algemeen oordeel over de intake). Deze items bleken sterk met elkaar samen te hangen en konden worden samengevoegd in een schaal (Cronbach's alpha = 0,86). Deze schaal geeft het algemene oordeel van de cliënt weer over de gang van zaken bij de intake. In onderstaande tabel (4.11) wordt de intake bij cliënten van de wijkverpleging vergeleken met die van gezamenlijke cliënten. Belangrijke verschillen blijken er niet te zijn. Hetzelfde geldt voor verschillen tussen cliënten van de gezinsverzorging en cliënten van beide disciplines (niet in tabel weergegeven).

Tabel 4.11: Gemiddeld oordeel van cliënten over de kwaliteit van de intake (hogere score = lagere kwaliteit), naar type cliënt en type intake. Gemiddelden en resultaten van variantieanalyse

	cliënt WV	cliënt WV + GV	gemiddeld
geïntegreerde intake	12,3	12,7	12,5
(n=)	(12)	(22)	
niet geïntegreerde intake	11,3	12,1	11,7
(n=)	(32)	(45)	
gemiddeld	11,8	12,4	
hoofdeffect geïntegreerd	F= 0,7	df= 1	ns
hoofdeffect type cliënt	F= 0,5	df= 1	ns
interactie-effect	F= 0,0	df= 1	ns

Bij de start van de hulpverlening dient de hulpverlener goed op de hoogte te zijn van de situatie bij de cliënt thuis. Aan cliënten is gevraagd hoe goed deze hulpverlener van de situatie op de hoogte was. In het oordeel over de hulpverleners van de gezinsverzorging (tabel 4.12) zien we geen grote verschillen, al is er een trend dat de hulpverleners van de gezinsverzorging beter op de hoogte zijn bij een geïntegreerde intake. Bij hulpverleners van de wijkverpleging is (tabel 4.13) een dergelijke trend afwezig.

Tabel 4.12: Gemiddeld oordeel van cliënten over de mate waarin de hulpverlener van de gezinsverzorging bij aanvang van de hulp op de hoogte was van de situatie (hogere score = slechter op de hoogte). Naar type cliënt en type intake

	cliënt GV	cliënt WV + GV	gemiddeld
geïntegreerde intake	2,7	2,5	2,6
(n=)	(49)	(36)	
niet geïntegreerde intake	2,8	2,9	2,9
(n=)	(156)	(85)	
gemiddeld	2,8	2,7	
hoofdeffect geïntegreerd	F= 3,0	df= 1	ns
hoofdeffect type cliënt	F= 0,1	df= 1	ns
interactie-effect	F= 1,5	df= 1	ns

Tabel 4.13: Gemiddeld oordeel van cliënten over de mate waarin de hulpverlener van de wijkverpleging bij aanvang van de hulp op de hoogte was van de situatie (hogere score = slechter op de hoogte). Naar type cliënt en type intake

	cliënt WV	cliënt WV + GV	gemiddeld
geïntegreerde intake	2,3	2,4	2,4
(n=)	(16)	(37)	
niet geïntegreerde intake	2,5	2,2	2,4
(n=)	(49)	(85)	
gemiddeld	2,4	2,3	
hoofdeffect geïntegreerd	F= 0,0	df= 1	ns
hoofdeffect type cliënt	F= 0,6	df= 1	ns
interactie-effect	F= 1,0	df= 1	ns

Het aantal dagen tussen de intake en start van de hulpverlening van de gezinsverzorging laat bij cliënten van alleen de gezinsverzorging, noch bij gezamenlijke cliënten grote verschillen zien. Dat geldt ook voor de hulp van de gezinsverzorging.

Tabel 4.14: Aantal dagen tussen intake en hulpinzet bij de gezinsverzorging (aantal respondenten tussen haakjes). Gemiddelden en resultaten variantie analyse

	GV	GV + WV
geïntegreerde intake	8.8	14.3
(n=)	(44)	(23)
niet geïntegreerde intake	8.8	19.4
(n=)	(131)	(67)
	F= 0,0	F= 0,7
	df= 1	df= 1
	p= ns	p= ns

Tabel 4.15: Aantal dagen tussen intake en hulpinzet van de wijkverpleging (aantal respondenten tussen haakjes). Gemiddelde en resultaten van variantieanalyse

	WV	WV + GV
geïntegreerde intake	2.9	3.6
(n=)	(16)	(23)
niet geïntegreerde intake	4.8	4.8
(n=)	(41)	(76)
	F= 0,8	F= 0,2
	df= 1	df= 1
	p= ns	p= ns

4.3 Samenvatting

In dit hoofdstuk is gekeken naar ervaringen met een geïntegreerde intake. Onder hulpverleners bleken er verschillen in het draagvlak voor een geïntegreerde en/of losgekoppelde intake bij wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Dit draagvlak bleek het kleinst onder hen die volledig traditioneel werken. Het grootst bleek het draagvlak te zijn in gebieden waar niet met geïntegreerde teams wordt gewerkt maar wel met een geïntegreerde intake. Over het algemeen moet echter gezegd worden dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden een negatief standpunt innemen. Gezinsverzorgenden en helpenden staan over het algemeen neutraal ten opzichte van een geïntegreerde/losgekoppelde intake.

Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden vinden dat een geïntegreerde intake door iemand gedaan moet worden met een verpleegkundige opleiding. Verzorgenden en helpenden staan hier neutraal tegenover.

Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn van mening dat loskoppeling van intake en zorgverlening niet bevorderend werkt voor de kwaliteit van de zorgverlening. Onder hen wordt het meest positieve oordeel gevonden in de groep waar gewerkt wordt met alleen een geïntegreerde intake en zonder geïntegreerde teams. Ook hier nemen gezinsverzorgenden en helpenden weer een neutraal standpunt in.

Hulpverleners die deelnemen in een experiment zijn van mening dat de kwaliteit van de intake iets verbeterd is, met name in de groep waar gewerkt wordt met een geïntegreerde intake en niet met geïntegreerde teams.

Wijkverpleegkundigen in de traditioneel werkende gebieden oordelen het best over de mogelijkheid om van de gegevens van de intake een verpleegplan op te stellen. Dit geldt ook voor helpenden en verzorgenden (voor zover die bij het opstellen van een verpleegplan betrokken zijn). Bij de wijkziekenverzorgenden zijn dit echter zij die werken in de gebieden met een geïntegreerde intake en zonder geïntegreerde teams.

Er zijn slechts zeer weinig cliënten die iets konden zeggen over de aanmelding. De belangrijkste reden hiervan is dat de aanmelding vaak zeer lang geleden had plaats gevonden en men zich er weinig meer van kon herinneren. Onder hen die dat wel konden bleken bijna geen verschillen tussen typen cliënten, noch tussen hen die te maken hadden met een geïntegreerde aanmelding en hen die met een niet-geïntegreerde aanmelding te maken hadden. Dat geldt tevens voor hun oordeel over de intake en de mate waarin de hulpverlener op de hoogte was van de situatie bij aanvang van de hulp.

5. HET WERKEN IN GEÏNTEGREERDE TEAMS

In dit hoofdstuk worden verschillen geanalyseerd tussen hulpverleners en tussen cliënten die een gevolg zouden kunnen zijn van het werken in geïntegreerde teams.
Voor wat betreft de hulpverleners wordt daarbij aandacht besteed aan het draagvlak voor het werken in geïntegreerde teams, aspecten van de taakverdeling, overleg en werkdruk. Daarnaast wordt gekeken naar autonomie en feedback in het dagelijks werk en tevredenheid.
Voor wat betreft de cliënten wordt gekeken naar de continuïteit in de hulpverlening en tevredenheid over de hulpverlening zelf.

Hoewel dit hoofdstuk zich in eerste instantie richt op het werken in geïntegreerde teams, is in de meeste gevallen dezelfde driedeling gehanteerd als in de voorgaande hoofdstukken, namelijk gebieden waar gewerkt wordt met een geïntegreerde intake èn geïntegreerde teams, gebieden waar alleen met een geïntegreerde intake gewerkt wordt en gebieden waar traditioneel gewerkt wordt. De reden hiervan is dat veel van de onderzochte variabelen zowel een oorzaak kunnen hebben in het werken met geïntegreerde teams als in het werken met een geïntegreerde intake. Bij een aantal aspecten, waarvan werd aangenomen dat de oorzaak van eventuele verschillen hoofdzakelijk gelegen was in het werken met geïntegreerde teams, is een tweedeling gehanteerd: gebieden waar wel en gebieden waar niet gewerkt wordt met geïntegreerde teams. Dit is het geval met de duidelijkheid van de taakverdeling en tevredenheid over het overleg bij hulpverleners.

5.1 Hulpverleners

5.1.1 Draagvlak voor het werken in geïntegreerde teams

Twee stellingen zijn aan de hulpverleners voorgelegd om te achterhalen wat het draagvlak is voor het werken met geïntegreerde teams. Ten eerste is door middel van een stelling gevraagd of het werken in geïntegreerde teams leidt tot een betere zorg voor de cliënt.
Ten tweede is gevraagd of de hulpverlener een voorstander is van het werken met geïntegreerde teams voor wijkverpleging en gezinsverzorging.

Stelling: Het werken in geïntegreerde teams leidt tot verbetering van de zorg voor de cliënt. (5 puntsschaal: 1 = zeer mee oneens, 5 = zeer mee eens).
Over het algemeen neemt men een neutraal tot positief standpunt in ten aanzien van deze stelling (tabel 5.1). Een verschil tussen de groepen is er niet. Wel verschillen de functies significant van elkaar. Gezinsverzorgenden en helpenden denken vaker dat het werken in geïntegreerde teams beter is voor de cliënt dan wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen.

Tabel 5.1: Geïntegreerde teams leiden tot een verbetering van de zorg voor de cliënt. Gemiddelde scores, en resultaten van variantieanalyse.

	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	3,7	3,7	4,2	4,1	3,9
(n=)	(55)	(43)	(81)	(60)	
GI+TT	3,7	3,5	4,0	3,9	3,8
(n=)	(20)	(18)	(49)	(40)	
TI+TT	3,8	3,7	4,0	3,7	3,8
(n=)	(38)	(25)	(95)	(51)	
gemiddelde	3,7	3,6	4,1	3,9	

hoofdeffect groep	F= 1,4	df= 2	p= ns
hoofdeffect functie	F= 9,7	df= 3	p<.01
groep x functie	F= 1,4	df= 6	p= ns

Stelling: Ik ben een voorstander van het werken met geïntegreerde teams voor wijkverpleging en gezinsverzorging (5 puntsschaal: 1 = zeer mee oneens, 5 = zeer mee eens).
Over het algemeen nemen de respondenten ten opzichte van deze stelling een neutraal tot positief standpunt in. Er zijn zowel verschillen tussen de groepen als tussen de functies (tabel 5.2). De groep waar gewerkt wordt in geïntegreerde teams is meer een voorstander van die werkwijze dan de groepen waar niet met geïntegreerde teams gewerkt wordt. Daarnaast staan gezinsverzorgenden en helpenden iets positiever ten opzichte van het werken in geïntegreerde teams.

Tabel 5.2: Voorstander van het werken met geïntegreerde teams? Gemiddelde scores, en resultaten van variantieanalyse

	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	3,9	3,8	4,2	4,2	4,0
(n=)	(55)	(43)	(82)	(61)	
GI+TT	3,7	3,6	4,1	3,8	3,8
(n=)	(20)	(18)	(50)	(41)	
TI+TT	3,6	3,6	3,9	3,6	3,7
(n=)	(38)	(25)	(95)	(51)	
gemiddelde	3,8	3,7	4,0	3,9	
hoofdeffect groep		F= 9,2	df= 2	p<.01	
hoofdeffect functie		F= 7,6	df= 3	p<.01	
groep x functie		F= 0,9	df= 6	p= ns	

5.1.2 Efficiëntie van de taakverdeling

Verondersteld mag worden dat binnen de experimentele gebieden de samenstelling van het personeel beter is toegerust voor de taken en cliënten die er aan toe te wijzen zijn. Efficiëntie is immers een van de belangrijkste argumenten om over te gaan op een losgekoppelde intake en geïntegreerde teams. Als deze doelstelling bereikt wordt zal dat tot gevolg hebben dat minder functionarissen zullen antwoorden dat ze wel eens taken onder of boven hun niveau uitvoeren.

Door middel van Chi^2 toetsen per functie is nagegaan of er significante verschillen tussen de gebieden waren en of er significante verschillen tussen functies waren met betrekking tot de vraag 'hoe vaak voert u taken uit die eigenlijk onder uw niveau liggen?'. Vanwege de scheve verdeling van de antwoorden op deze vraag is hier gekozen de antwoorden in te delen in twee categorieën: (bijna) nooit en soms tot vaak. Verschillen zijn geanalyseerd door middel van kruistabellen waarin deze twee categorieën werden uitgezet tegen groep en tegen functie. Er bleken alleen significante verschillen tussen de functies (tabel 5.3). Bij nadere analyse waarin ook urbanisatiegraad betrokken werd bleken er significante verschillen tussen de groepen onder wijkverpleegkundigen in niet-grootstedelijke gebieden. Wijkverpleegkundigen in deze gebieden bleken vaker taken onder hun niveau uit te voeren waar gewerkt werd met geïntegreerde teams ($Chi^2 = 6,0$; $df = 2$; $p<.05$)

Tabel 5.3: Percentage respondenten dat soms tot vaak taken uitvoert die eigenlijk onder hun niveau liggen, naar functie en groep

	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	90,7	46,7	45,8	27,1	51,5
(n=)	(54)	(45)	(83)	(59)	
GI+TT	80,0	30,0	50,0	14,6	40,5
(n=)	(20)	(20)	(50)	(41)	
TI+TT	84,2	60,0	50,5	28,3	52,1
(n=)	(38)	(25)	(97)	(53)	
gemiddelde	86,6	46,7	48,7	24,2	

Er zijn dus belangrijke verschillen tussen functies (Chi^2 = 103,1; df = 3; p<.05). Vooral wijkverpleegkundigen antwoorden dat zij vaak taken uitvoeren onder hun niveau (87%). Voor wijkziekenverzorgenden en gezinsverzorgenden lag het percentage rond de 47% en voor helpenden op 24%.

Ook bij de vraag 'hoe vaak voert u taken uit waarvoor u zich eigenlijk niet deskundig genoeg voelt?' bleken er geen significante verschillen tussen de groepen maar wel tussen de verschillende functies (tabel 5.4).

Tabel 5.4: Percentage respondenten dat soms tot vaak taken uitvoert die eigenlijk boven hun niveau liggen, per functie en groep

	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	22,2	17,8	15,2	22,0	19,0
(n=)	(54)	(45)	(79)	(59)	
GI+TT	11,1	5,0	14,0	31,7	17,8
(n=)	(18)	(20)	(50)	(41)	
TI+TT	7,9	8,0	22,9	32,1	20,8
(n=)	(38)	(25)	(96)	(53)	
gemiddelde	15,5	12,2	18,2	28,1	

Zoals naar aanleiding van tabel 5.3 te verwachten is, blijken er weer belangrijke verschillen tussen de functies (Chi^2= 11; df= 3; p<.05). Het zijn de helpenden die vaak taken boven hun niveau uitvoeren. Onder wijkverpleegkundigen in niet-grootstedelijke gebieden wordt een trend gevonden waarbij in gebieden waar in geïntegreerde teams gewerkt wordt taken boven het niveau vaker voorkomen (Chi^2= 4,4; df= 2; p=.11). Een trend wordt ook gevonden onder gezinsverzorgenden in grootstedelijke gebieden (Chi^2= 4,6; df= 2;

p=.10). Taken boven hun niveau worden door hen juist vaker uitgevoerd in gebieden waar traditioneel gewerkt wordt.

5.1.3 Veranderingen in taken

Eén van de belangrijkste redenen voor de integratie is de verwachte substitutie van zorg van wijkziekenverzorgenden naar gezinsverzorgenden. Indien er inderdaad sprake zou zijn van substitutie, dan zou dit moeten blijken uit veranderingen in het takenpakket van verschillende hulpverleners. Om dit na te gaan is aan hulpverleners in eerste instantie gevraagd of zich in het afgelopen jaar een verschuiving heeft voorgedaan in de taken die zij uitvoeren. In de groep met een geïntegreerde intake en geïntegreerde teams antwoordt 75% hier 'ja' op. In de groep waar gewerkt wordt met een geïntegreerde intake is dit 68% en in de groep waar traditioneel gewerkt wordt 61%. Er blijkt dus in de experimentele groepen vaker een verschuiving in taken te zijn opgetreden. Tegelijk valt echter duidelijk waar te nemen dat zich *over het algemeen* een verschuiving in taken voordoet. Ook waar traditioneel gewerkt wordt antwoordt 61% immers dat zich verschuivingen hebben voorgedaan.

Tabel 5.5: Heeft zich in het afgelopen jaar een verschuiving voorgedaan in de taken die u uitvoert. Naar functie en groep in percentages en absolute aantallen (tussen haakjes)

	GI+GT	GI+TT	TI+TT	totaal
ja	74,5 (178)	68,2 (90)	61,4 (132)	68,3 (400)
nee	25,5 (61)	31,8 (42)	38,6 (83)	31,7 (186)
totaal	100 (239)	100 (132)	100 (215)	

$Chi^2 = 8,9$ df= 2 $p<.05$

Als we apart naar de functies kijken, dan blijken deze verschillen bij hulpverleners van alle functies behalve helpenden aanwezig te zijn, maar alleen bij gezinsverzorgenden tot significantie te leiden ($Chi^2 = 8,8$; df= 2; $p<.05$).

Aan hulpverleners die inderdaad te maken hadden met een verschuiving in taken is gevraagd waar die verschuiving dan uit bestaat. Hieronder wordt per functie nagegaan wat die verschuivingen inhouden.

Onder wijkverpleegkundigen heeft (in vergelijking met de andere groepen) in de groep waar gewerkt wordt met geïntegreerde teams een verschuiving plaats gevonden naar meer verzorgende werkzaamheden, minder patiëntenbegeleiding en meer taken onder het opleidingsniveau. Daarnaast is er een algemene trend in alle drie groepen naar meer medisch technisch handelen, meer coördinerende taken en vooral meer administratieve taken. Dit laatste is echter sterker het geval in gebieden waar in geïntegreerde teams wordt gewerkt.
Onder wijkziekenverzorgenden heeft (in vergelijking met de andere groepen) in de groep waar gewerkt wordt met geïntegreerde teams een verschuiving plaats gevonden naar meer huishoudelijke taken en minder patiëntenbegeleiding. Er is voorts een algemene trend naar meer administratieve en coördinerende taken, die echter sterker is in de experimentele gebieden.
Onder gezinsverzorgenden zien we in gebieden waar met geïntegreerde teams wordt gewerkt een toename van de administratieve werkzaamheden en in beide experimentele gebieden een trend naar meer patiëntenbegeleiding. Tevens is er een algemene trend naar meer verzorgende werkzaamheden die sterker is in de beide experimentele groepen.
Onder helpenden is in de gebieden met geïntegreerde teams een trend naar meer administratieve werkzaamheden en een algemene trend naar meer verzorgende activiteiten.
Indien alle functies tegelijk worden beschouwd heeft in de gebieden met geïntegreerde teams een verschuiving naar meer administratieve taken en naar meer taken onder niveau plaats gevonden.

5.1.4 Duidelijkheid van de taakafbakening

Het is te verwachten dat bij introductie van geïntegreerde teams er in het begin meer onduidelijkheden ontstaan over de vraag 'Wie doet Wat?'
Op twee manieren is getracht een antwoord te krijgen op de vraag hoe goed de taken zijn afgebakend. Ten eerste is dit gedaan door te vragen naar de *eigen taken* van de respondent. Omdat het hier gaat om het functioneren van het team is de werkelijke teamsamenstelling hier als verklarende factor genomen. De tweedeling tussen geïntegreerde teams en niet-geïntegreerde teams is gemaakt aan de hand van door de respondent zelf verstrekte gegevens. Er is namelijk een discrepantie te zien tussen hulpverleners en door de organisatie verstrekte gegevens: een aantal hulpverleners zegt geen deel uit te maken van een geïntegreerd team, terwijl dit volgens de instelling wel het geval zou moeten zijn. Dit blijkt met name in Centraal Twente het geval te zijn. Voor een verklaring hiervan wordt verwezen naar paragraaf 2.3.

In totaal bleek 22% van de respondenten van mening dat de eigen taken matig tot slecht waren afgebakend. 78% vond dat dat goed tot uitstekend gebeurde. Grote verschillen tussen de functies werden niet gevonden en datzelfde geldt voor verschillen tussen wel- en niet geïntegreerd werkende hulpverleners (niet in tabel).

Ten tweede is gekeken naar de duidelijkheid van de taakverdeling *binnen het team in het algemeen*. Uit tabel 5.6 komt naar voren dat er niet zozeer een verschil is in het aantal hulpverleners dat de taakverdeling duidelijk of onduidelijk vindt, maar dat het verschil juist te vinden is in het aantal respondenten dat daarover überhaupt een mening heeft. We kunnen voorts uit de tabel afleiden dat de taakverdeling binnen geïntegreerde teams eerder beter dan slechter wordt beoordeeld en dat in de geïntegreerde groep meer respondenten over deze vraag een mening hebben.

De hulpverleners met verschillende functies blijken ongeveer even vaak te vinden dat de taakverdeling binnen het team duidelijk is. De groep die de taakverdeling onduidelijk vindt is met name te vinden onder wijkverpleegkundigen en in mindere mate wijkziekenverzorgenden. Gezinsverzorgenden en helpenden onthouden zich vaker van een oordeel.

De verschillen tussen geïntegreerd werken en niet-geïntegreerd werken doen zich met name voor onder gezinsverzorgenden. Gezinsverzorgenden in niet-geïntegreerde teams hadden veel vaker geen mening over dit onderwerp.

5.1.5 Overleg

Ook met betrekking tot overleg mag verondersteld worden dat dit in de experimentele gebieden beter georganiseerd is en dat de hulpverleners meer tevreden zijn over het overleg met collega's. Daarom is aan hulpverleners gevraagd of zij behoefte hadden aan meer overleg en zo ja met wie. Er is hierbij een tweedeling gehanteerd tussen hulpverleners in geïntegreerde teams en hulpverleners in niet-geïntegreerde teams.

Tabel 5.6: Mening over taakverdeling binnen het team naar functie en geïntegreerd/niet-geïntegreerd

	duidelijk	onduidelijk	geen mening	n
WV geïntegreerd	57,1	42,9	-	42
WV niet geïntegreerd	62,5	37,5	-	72
Chi^2 = 0,31 df = 1 p= ns				
WZV geïntegreerd	55,2	39,4	-	29
WZV niet geïntegreerd	60,0	33,3	6,7	60
Chi^2 = 2,7 df=2 p=ns				
GV geïntegreerd	79,1	11,6	9,3	43
GV niet geïntegreerd	54,9	19,8	25,3	182
Chi^2 = 8,7 df =2 p<.05				
HE geïntegreerd	58,8	23,5	17,6	17
HE niet geïntegreerd	56,2	20,4	23,4	137
Chi^2 = 0,31 df =2 p=ns				

In totaal bleek 54% van de respondenten behoefte te hebben aan meer overleg. Significante verschillen tussen geïntegreerde en niet-geïntegreerde teams werden niet gevonden. Significantie werd eveneens niet gevonden bij de verschillen tussen de functies (Chi^2 = 6,5; df = 3; p=.09). Kijken we per functie naar verschillen tussen geïntegreerde teams en niet geïntegreerde teams, dan blijken wijkverpleegkundigen in geïntegreerde teams vaker behoefte te hebben aan meer overleg dan wijkverpleegkundigen buiten geïntegreerde teams (Chi^2=4,6; df=1; p<.05). Een trend werd gevonden bij helpenden (Chi^2=3,1; df=1; p=.07). Bij de helpenden bleken het echter juist de niet-geïntegreerd werkenden die meer behoefte hadden aan overleg.
Hieruit kunnen we afleiden dat het werken in geïntegreerde teams voorziet in de behoefte van helpenden aan meer overleg. Voor wijkverpleegkundigen werkt het precies omgekeerd. Bij hen is de behoefte aan meer overleg juist groter in de geïntegreerde teams.

Tabel 5.7: Percentage en hulpverleners dat vaker overleg wenst, naar groep en functie

	wv		wzv		gv		he	
vaker overleg gewenst?	geïnt	niet geïnt.	geïnt	niet geïnt.	geïnt	niet geïnt.	geïnt	niet geïnt.
n=	42	71	28	57	44	176	17	128
nee	26,2	46,5	35,7	42,1	52,3	49,4	70,6	47,7
ja	73,8	53,5	64,3	57,9	47,7	50,6	29,4	52,3
	p<.05		ns		ns		p<.10	

Een verdere uitsplitsing is gemaakt naar *wie* de behoefte aan meer overleg uitging. Wijkverpleegkundigen blijken in niet-geïntegreerde teams wat vaker behoefte te hebben aan contact met helpenden en gezinsverzorgenden, terwijl er in de geïntegreerde teams juist een grotere behoefte is aan meer overleg met andere wijkverpleegkundigen (p<.05). Bij de andere functies werden dergelijke verschillen niet gevonden.
Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden bleken voorts meer contact te willen hebben met huisartsen (36% resp 32%) terwijl helpenden en gezinsverzorgenden liever meer contact zouden hebben met leidinggevenden van de gezinsverzorging of teamleiders (21% resp 16%) alsmede wijkverpleegkundigen (14 resp 16%).

Slechts een enkeling wenst minder overleg. Significante verschillen zijn hier niet gevonden, noch tussen groepen, noch tussen functies.

5.1.6 Feedback en autonomie

Het ligt voor de hand te veronderstellen dat naast veranderingen in de concrete werksituatie zoals die hiervoor behandeld zijn, er ook effecten kunnen optreden in de autonomie van hulpverleners en de mate waarin zij feedback krijgen van collega's en teamleiding. Bij het analyseren van deze werkaspecten is gebruik gemaakt van het werk van Boumans. In een onderzoek naar werkaspecten onder verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen is door Boumans (1990) een aantal schalen ontwikkeld. De door Boumans gebruikte schaal bevatte 40 items die met behulp van principale componentenanalyse werden gegroepeerd in 6 componenten. Eén van deze componenenten had betrekking op feedback/duidelijkheid. Een ander had betrekking

op autonomie. Aan hulpverleners is gevraagd de twaalf items die in deze schaal waren opgenomen te beantwoorden.
Hulpverleners zijn gevraagd bij ieder item de aan- of afwezigheid van het betreffende aspect aan te geven door één van de zeven hokjes op een horizontale lijn aan te kruisen. Daarnaast was er de mogelijkheid om aan te geven dat het betreffende item 'eigenlijk niet van toepassing was'. Van deze laatste mogelijkheid is door gezinsverzorgenden en vooral helpenden vaak gebruik gemaakt binnen de schaal feedback/duidelijkheid. Dit bleek vooral het geval te zijn bij items waarin gerefereerd wordt aan 'collega's', 'teamleiding' en 'zorgplan'. De reden hiervan is gelegen in het feit dat veel gezinsverzorgenden eenvoudigweg geen collega's in hun omgeving hebben, niet in een team werken en/of werken in een omgeving waarin het opstellen van een zorgplan niet of nauwelijks voorkomt. In deze gevallen werd aangenomen dat het betreffende aspect niet aanwezig was.
Na deze bewerkingen van de data is door middel van principale componentenanalyse (over alle respondenten samen) nagegaan of de items inderdaad konden worden gegroepeerd in de twee schalen voor feedback/duidelijkheid en autonomie. Dit bleek inderdaad het geval te zijn. Over alle respondenten gemeten bleek de betrouwbaarheid van de schalen vervolgens redelijk tot hoog.

Hieronder volgen de gebruikte items, de gevonden betrouwbaarheid staat tussen haakjes.

Feedback/duidelijkheid (Cronbach's alpha .86)

- Het aantal mensen waarmee u in de werksituatie contact hebt (cliënten niet meetellen)
- Feedback van collega's
- Ruimte die het werk biedt om aan collega's steun te bieden
- De mate van onduidelijkheid bij het oplossen van problemen die gewoonlijk in het werk voorkomen
- De mate waarin u deelneemt in het plannen, vaststellen en veranderen van het zorg- of verpleegplan
- Feedback van de teamleiding
- De mate waarin het werk de gelegenheid biedt tot sociale contacten
- De mate waarin het werk duidelijk omschreven is en waarin duidelijk vastgesteld kan worden wat gebeuren moet en hoe

Autonomie (Cronbach's alpha .72)

- De mate waarin u in het algemeen zelf uw werktempo bepaalt
- De mate waarin u zelf kunt beslissen over de volgorde van uw werkzaamheden
- De mate waarin u zelf kunt beslissen over de methode van werken

Feedback

In tabel 5.8 worden de verschillen tussen groepen en functies op een rijtje gezet. Zowel groep als functie zijn van belang. Over het algemeen is de feedback in de groep waar gewerkt wordt met een geïntegreerde intake èn geïntegreerde teams het grootst en in de controlegroep het laagst.

Kijken we naar de gemiddelde scores per functie en per groep, dan blijkt het effect van de integratie vooral voor gezinsverzorgenden merkbaar te zijn. In groep GI+GT is de feedback bij hen het hoogst, in de volledig traditioneel werkende groep is de feedback het laagst.

Ai met al kunnen we spreken van een positief effect van de integratie op de feedback aan hulpverleners, al vormen wijkverpleegkundigen hierop een uitzondering. Onder wijkverpleegkundigen ligt echter tevredenheid over feedback *in het algemeen* op een veel hoger niveau dan van gezinsverzorgenden en helpenden. Met name helpenden zijn ontevreden in vergelijking met de andere functies.

Tabel 5.8: Beoordeling van werkkenmerken: Feedback. Voor urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelde scores en resultaten van variantieanalyse

	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	37,9	38,0	35,7	29,5	35,5
(n=)	(52)	(44)	(75)	(46)	
GI+TT	38,7	38,1	31.3	29.3	34,3
(n=)	(19)	(15)	(42)	(38)	
TI+TT	39,4	33,0	26,3	26,2	31,4
(n=)	(37)	(25)	(75)	(40)	
gemiddeld	38,7	36,4	31,1	28,3	

hoofdeffect groep	F= 9,1	df= 2	p<.01
hoofdeffect functie	F= 29,6	df= 3	p<.01
groep x functie	F= 3,6	df= 6	p<.01

Autonomie

Uit de tabel (5.9) hier onder komt naar voren dat er geen grote verschillen zijn tussen de groepen aangaande de mate waarin men zelf beslissingen neemt over het werk. Dit is een opmerkelijk resultaat. In de discussie rond geïntegreerde, centrale en/of losgekoppelde intake wordt vaak aangevoerd dat dit een negatief effect zou hebben op de autonomie. Uit onderstaande tabel (5.9) komt naar voren dat dat wel mee valt.

Verschillen zijn er wel tussen de functies: helpenden ervaren een grotere autonomie dan de andere disciplines.

Tabel 5.9: Beoordeling van werkkenmerken: Autonomie. Voor urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelde scores per groep en functie en resultaten van variantieanalyse

	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	15,3	15,6	15,9	17,8	16,2
(n=)	(55)	(44)	(76)	(53)	
GI+TT	15,9	15,9	14,9	16,0	19,7
(n=)	(20)	(17)	(44)	(41)	
TI+TT	15,8	15,7	15,7	17,3	16,1
(n=)	(38)	(24)	(92)	(53)	
gemiddeld	15,7	15,8	15,5	17,0	
hoofdeffect groep		F= 0,8	df= 2	p= ns	
hoofdeffect functie		F= 5,9	df= 3	p<.01	
groep x functie		F= 0,9	df= 6	p= ns	

5.1.7 Werkdruk

In tabel 5.10 wordt nagegaan in hoeverre hulpverleners van elkaar verschillen in werkdruk. Dit is nagegaan door te vragen in hoeverre men werkt onder tijdsdruk. Er blijken zowel belangrijke effecten uit te gaan van functie als van groep. Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden ervaren over het algemeen een grotere werkdruk dan gezinsverzorgenden en helpenden. Daarnaast is de werkdruk in de geïntegreerde teams over het algemeen iets hoger, vooral bij wijkziekenverzorgenden en gezinsverzorgenden.

Tabel 5.10: Beoordeling van werkkenmerken: Werkdruk. Voor urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelde scores per groep en functie en resultaten van variantieanalyse

	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	4,9	5,3	4,4	3,6	4,6
(n=)	(55)	(44)	(75)	(58)	
GI+TT	4,4	4,1	3,5	3,7	3,9
(n=)	(20)	(18)	(51)	(44)	
TI+TT	4,3	4,0	3,6	3,4	3,8
(n=)	(38)	(25)	(96)	(53)	
gemiddeld	4,6	4,5	3,9	3,6	
hoofdeffect groep		F= 10,6	df= 2	p<.01	
hoofdeffect functie		F= 9,9	df= 3	p<.01	
groep x functie		F= 1,6	df= 6	p= ns	

5.1.8 Tevredenheid over een aantal werkaspecten

Op de volgende aspecten van het werk is de tevredenheid van de hulpverleners gemeten.

- kwaliteit van zorg (Cronbach's alpha: 0,86)
- de teamleiding (Cronbach's alpha: 0,91)
- contacten met collega's (Cronbach's alpha: 0,92)
- duidelijkheid in het dagelijks werk (Cronbach's alpha: 0,86)

Wederom is hier gebruik gemaakt van het werk van Boumans (1990). Boumans gebruikte een lijst met 36 items. Hiervan zijn alleen die items in de vragenlijst opgenomen die betrekking hadden op bovenstaande onderwerpen. De gebruikte lijst bestond daardoor uit 23 items, die bij factoranalyse uiteenvielen in vier factoren.

De interne consistenties van de vier schalen zijn hoog, hetgeen verdere analyses met deze schalen mogelijk maakt.

Kwaliteit van de zorgverlening

Uit onderstaande tabel valt af te lezen dat er een klein, maar significant verschil is tussen de groepen. Over het algemeen wordt de kwaliteit van de zorgverlening in de volledig traditioneel werkende gebieden als hoger beschouwd (tabel 5.11).

Tabel 5.11: Tevredenheid met de kwaliteit van zorg. Voor urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelde scores, en resultaten van variantieanalyse

	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	21,8	20,5	21,7	23,1	21,8
(n=)	(48)	(43)	(73)	(39)	
GI+TT	22,7	22,9	22,8	22,5	22,7
(n=)	(19)	(16)	(38)	(33)	
TI+TT	23,3	22,8	22,2	23,3	22,9
(n=)	(37)	(24)	(85)	(41)	
gemiddeld	22,6	22,0	22,2	23,0	
hoofdeffect groep		F= 4,7	df= 1	p=<.05	
hoofdeffect functie		F= 1,4	df= 3	p= ns	
groep x functie		F= 1,4	df= 6	p= ns	

Tevredenheid met de teamleiding

De mate van tevredenheid van hulpverleners met de teamleiding valt af te lezen in tabel 5.12. Gezinsverzorgenden en helpenden zijn in het algemeen meer tevreden over de teamleiding dan wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Naast een significant verschil tussen de functies is er een interactie-effect tussen groep en functie. Dat laatste wil zeggen dat de verschillen tussen de functies mede afhankelijk zijn van groep.

Tabel 5.12: Tevredenheid met de teamleiding. Voor urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelde scores, en resultaten van variantieanalyse

	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	21,7	20,1	24,5	24,0	22,5
(n=)	(49)	(43)	(73)	(47)	
GI+TT	19,7	22,3	23,7	23,9	22,4
(n=)	(19)	(16)	(38)	(39)	
TI+TT	21,6	23,3	23,3	23,5	22,9
(n=)	(34)	(22)	(84)	(43)	
gemiddeld	21,0	21,9	23,8	23,8	
hoofdeffect groep		F= 0,6	df= 2	p= ns	
hoofdeffect functie		F= 11,9	df= 3	p<.01	
groep x functie		F= 2,3	df= 6	p<.05	

Zo blijkt het voor wijkziekenverzorgenden wel uit te maken in welke groep men zit (F=3,8; df=2; p<.05), terwijl dat voor de andere functies niet zo is. Wijkziekenverzorgenden zijn binnen de experimentele gebieden wat minder tevreden dan in de volledig traditioneel werkende gebieden.

Tevredenheid over contacten met collega's

In tabel 5.13 wordt de tevredenheid weergegeven over contacten met collega's. Zowel tussen functies als tussen groepen zijn de verschillen significant. Gezinsverzorgenden en helpenden zijn over het algemeen iets minder tevreden met contacten met collega's dan wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen. Daarnaast is men in de experimentele groepen wat positiever dan in de traditioneel werkende groepen. De contacten met collega's verlopen binnen de experimenten over het algemeen wat beter dan in de traditioneel werkende gebieden.

Tabel 5.13: Tevredenheid met betrekking tot contacten met collega's. Voor urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelde scores, en resultaten van variantieanalyse

	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	24,2	24,2	24,2	23,2	24,0
(n=)	(53)	(43)	(74)	(50)	
GI+TT	23,5	23,8	23,0	22,8	23,3
(n=)	(19)	(18)	(44)	(39)	
TI+TT	24,6	23,2	21,3	21,9	22,7
(n=)	(36)	(25)	(84)	(45)	
gemid.	24,1	23,8	22,8	22,6	
hoofdeffect groep		F= 4,3	df= 2	p<.05	
hoofdeffect functie		F= 3,5	df= 3	p<.05	
groep x functie		F= 1,9	df= 66	p= ns	

Duidelijkheid in het dagelijks werk

In tabel 5.14 wordt de mate van duidelijkheid aangegeven die hulpverleners ervaren in hun dagelijks werk. Er blijken slechts verschillen tussen de functies te zijn. Over het algemeen zijn wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden iets minder tevreden over de duidelijkheid in hun dagelijkse werk dan gezinsverzorgenden en helpenden.

Tabel 5.14: Tevredenheid met duidelijkheid in dagelijks werk. Voor urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelde scores, en resultaten van variantieanalyse

	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	18,8	19,2	19,7	19,6	19,3
(n=)	(52)	(41)	(74)	(54)	
GI+TT	18,7	19,1	19,6	19,9	19,3
(n=)	(20)	(17)	(44)	(40)	
TI+TT	18,6	18,7	19,1	20,4	19,2
(n=)	(34)	(25)	(87)	(45)	
gemiddeld	18,7	19,0	19,4	20,0	
hoofdeffect groep		F= 0,1	df= 2	p= ns	
hoofdeffect functie		F= 4,1	df= 3	p<.01	
groep x functie		F= 0,7	df= 6	p= ns	

5.2 Cliënten

In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag hoe het werken vanuit geïntegreerde teams wordt ervaren door cliënten. Hierbij dient zich eerst de vraag aan wat cliënten zouden kunnen merken van het werken in geïntegreerde teams door wijkverpleging en gezinsverzorging. De algemeen geldende gedachte is dat het werken in geïntegreerde teams efficiënter is, dat de kwaliteit van de hulpverlening beter zou zijn geworden en dat de zorg beter zou zijn toegesneden op de cliënt. Dit is nagegaan door middel van zes items waar op een 6-puntsschaal een oordeel kon worden gegeven. Deze items vielen bij factoranalyse uiteen in twee factoren:

Tevredenheid over continuïteit in hulpverleners (Cronbach's alpha onder cliënten van de gezinsverzorging .59; cliënten van de wijkverpleging .63)

- de tevredenheid van de cliënt over aantal verschillende hulpverleners van wijkverpleging of gezinsverzorging dat per week langs komt.
- de tevredenheid van de cliënt over de frequentie van personeelswisselingen bij wijkverpleging of gezinsverzorging

Tevredenheid over de hulpverlening zelf (Cronbach's alpha onder cliënten van de gezinsverzorging .66; cliënten van de wijkverpleging .55)

- of de hulpverleners zich houden aan gemaakte afspraken
- of men goed kan opschieten met de hulpverleners

- of de hulpverlener meestal op de afgesproken tijd komt
- of men over het algemeen goed met de hulpverlener van kruiswerk of gezinsverzorging kan opschieten

De alpha's zijn niet hoog, maar hoog genoeg om de factoren als schalen op te vatten.

Bij het bespreken van deze schalen worden enerzijds de groepen weer met elkaar vergeleken, anderzijds de soorten cliënten. Bij dit laatste wordt een onderscheid gemaakt tussen cliënten van wijkverpleging, cliënten van de gezinsverzorging en cliënten die hulp krijgen van beide disciplines. Verondersteld mag worden dat een geïntegreerd zorgaanbod vooral van nut is voor cliënten van beide disciplines. Er worden daarom twee typen vergelijkingen gemaakt: ten eerste cliënten van alleen de gezinsverzorging vergeleken met cliënten die hulp krijgen van beide disciplines; en ten tweede cliënten van alleen de wijkverpleging vergeleken met cliënten die hulp krijgen van beide disciplines. Zo nodig is gecorrigeerd voor de frequentie van de hulp die men krijgt. Het is immers mogelijk dat iemand die iedere dag hulp krijgt vaker te maken krijgt met wisselingen in personeel en daar minder tevreden over is dan iemand die slechts één keer per week hulp krijgt. Tevens is eventueel gecorrigeerd voor urbanisatiegraad. Hierbij is de werkwijze gevolgd die beschreven staat in hoofdstuk 3. Dit staat aangegeven in de tabellen.

5.2.1 Tevredenheid over de continuïteit in de hulpverlening

Een van de zaken die een cliënt zou kunnen merken van de integratie van kruiswerk of gezinsverzorging is een grotere continuïteit in de hulpverlening. Hierbij zouden cliënten minder te maken krijgen met wisselingen van hulpverlener (bij gelijkblijvend type zorg). In tabel 5.15 staat de mate van tevredenheid van cliënten met de continuïteit van personeel bij cliënten van de gezinsverzorging en cliënten van zowel wijkverpleging als gezinsverzorging. Blijkens de tabel is er geen verschil tussen de groepen, maar wel tussen de typen cliënten. Cliënten die hulp krijgen van zowel wijkverpleging als gezinsverzorging zijn over het algemeen minder tevreden over de continuïteit in de hulpverlening door de gezinsverzorging.

Tabel 5.15: Tevredenheid over de continuïteit in de hulpverlening van de gezinsverzorging naar type cliënt en groep. Voor hulpfrequentie en urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelden en resultaten variantieanalyse

	cliënt GV	cliënt GV + WV	gemiddeld
GI+GT	7,4	6,8	7,2
(n=)	(67)	(63)	
GI+TT	7,3	6,7	7,0
(n=)	(50)	(30)	
TI+TT	7,2	6,9	7,0
(n=)	(112)	(48)	
gemiddeld	7,3	6,8	
hoofdeffect groep	F= 0,1	df= 2	p= ns
hoofdeffect type cliënt	F= 4,3	df= 1	p.<.05
groep x type cliënt	F= 0,1	df= 2	p= ns

Tabel 5.16: Tevredenheid over de continuïteit in de hulpverlening van de wijkverpleging, naar type cliënt en groep. Voor hulpfrequentie gecorrigeerde gemiddelden en resultaten variantieanalyse

	cliënt WV	cliënt GV + WV	gemiddeld
GI+GT	6,9	6,2	6,6
(n=)	(63)	(33)	
GI+TT	7,0	6,5	6,7
(n=)	(30)	(11)	
TI+TT	7,4	7,0	7,2
(n=)	(46)	(25)	
gemiddeld	7,1	6,6	
hoofdeffect groep	F= 2,6	df= 2	p= ns
hoofdeffect type cliënt	F= 3,7	df= 1	p= ns
groep x type cliënt	F= 0,4	df= 2	p= ns

In tabel 5.16 worden de gegevens weergegeven als het gaat om de tevredenheid met continuïteit van de hulpverlening van de wijkverpleging. Indien gecontroleerd wordt voor de frequentie van de hulp die men krijgt, blijken hier geen significante verschillen. Vermeldenswaard is echter wel een trend dat cliënten van wijkverpleging én gezinsverzorging hier iets minder tevreden zijn dan cliënten van alleen de wijkverpleging (p=.06). Voorts bestaat er onder gecombineerde cliënten een trend (p=.07) naar een grotere tevredenheid over de wijkverpleging in de traditioneel werkende groepen.

5.2.2 Tevredenheid met de hulpverlening zelf

Blijkens tabel 5.17 verschilt de tevredenheid over de hulp van de gezinsverzorging van cliënten niet naar soort cliënt of naar groep.

Tabel 5.17: Tevredenheid over de hulpverlening van de gezinsverzorging. Voor hulpfrequentie en urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelden en resultaten van variantieanalyse

	cliënt GV	cliënt GV + WV	gemiddeld
GI+GT	6,7	7,2	6,9
(n=)	(67)	(62)	
GI+TT	6,7	6,5	6,6
(n=)	(50)	(30)	
TI+TT	6,6	6,6	6,6
(n=)	(112)	(47)	
gemiddeld	6,7	6,8	
hoofdeffect groep	F= 0,8	df= 2	p= ns
hoofdeffect functie	F= 0,2	df= 1	p= ns
groep x functie	F= 0,8	df= 2	p= ns

Ook voor wat betreft de hulp van de wijkverpleging is er geen verschil tussen de typen cliënten en de groepen (tabel 5.18)

Tabel 5.18: Tevredenheid over de hulpverlening door de wijkverpleging. Voor hulpfrequentie gecorrigeerde gemiddelden en resultaten van variantieanalyse

	cliënt WV	cliënt GV + WV	gemiddeld
GI+GT	7,1	6,3	6,7
(n=)	(33)	(62)	
GI+TT	7,2	6,9	7,1
(n=)	(11)	(30)	
TI+TT	6,4	6,1	6,2
(n=)	(46)	(25)	
gemiddeld	6,5	6,8	
hoofdeffect groep	F= 1,8	df= 2	p= ns
hoofdeffect functie	F= 0,6	df= 1	p= ns
groep x functie	F= 1,3	df= 2	p= ns

5.3 Samenvatting

Het draagvlak voor het werken in geïntegreerde teams is groter onder gezinsverzorgenden en helpenden. Daarnaast zijn voorstanders voor het werken in geïntegreerde teams meer te vinden in gebieden waar met dergelijke teams gewerkt wordt.
Een verschuiving van taken in de experimentele gebieden is niet te merken aan een hoger of lager percentage hulpverleners dat onder of boven hun niveau werkt. Wel blijkt het zo te zijn dat vooral wijkverpleegkundigen (in alle groepen) vaak taken onder hun niveau uitvoeren. Taken boven hun niveau worden met name uitgevoerd door helpenden (eveneens in alle groepen). Een verschuiving in taken in de experimentele groepen ten opzichte van de traditioneel werkende groep is er wel. Dit komt vooral tot uitdrukking bij de gezinsverzorgenden. Bij alle functies wordt een verschuiving naar meer administratieve taken geconstateerd in de experimentele groepen.
De taakverdeling binnen de experimentele groepen blijkt niet beter of slechter gewaardeerd te worden dan in de traditioneel werkende groep. Wel is het zo dat er relatief meer helpenden en verzorgenden op dit punt een mening hebben in de experimentele groepen.

Vooral onder gezinsverzorgenden is sprake van een grotere mate van feedback door collega's in de experimentele groepen.
De autonomie van verschillende hulpverleners is niet groter of kleiner in de experimentele groepen dan in de traditioneel werkende groep.
Vooral door wijkziekenverzorgenden en gezinsverzorgenden wordt in de experimentele gebieden vaker onder tijdsdruk gewerkt dan in de traditioneel werkende gebieden.
Voor wat betreft tevredenheid over de kwaliteit van zorg wordt in de traditioneel werkende gebieden positiever geoordeeld door de meeste hulpverleners.

De tevredenheid met de teamleiding verschilt niet tussen de groepen. Contacten met collega's worden echter in de experimentele groepen als beter beoordeeld dan in de traditioneel werkende groep, terwijl er voor wat betreft tevredenheid met de duidelijkheid in het dagelijks werk weer geen verschillen tussen de groepen gevonden worden.

Bij cliënten is nagegaan of er verschillen zijn tussen de groepen in de mate van tevredenheid over de continuïteit in het aantal verschillende hulpverleners dat langs komt. Hier werden geen verschillen tussen de groepen gevonden. Tevens is onderzocht of er verschillen zijn in de tevredenheid over de hulpverlening zelf. Ook hier werden geen verschillen tussen de groepen gevonden.

6. COÖRDINATIE VAN ZORG

In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre experimentele groepen en controlegroep van elkaar verschillen in ervaringen en meningen ten aanzien van de coördinatie van zorg. Er zal hierbij eerst aandacht besteed worden aan de hulpverleners, daarna aan de cliënten.

6.1 Hulpverleners

Door middel van twee vragen is nagegaan in hoeverre de coördinatie van zorg binnen de experimenten beter is geregeld dan in de controlegebieden. Ten eerste is gevraagd hoe tevreden men is over de coördinatie van zorg. Ten tweede is gevraagd hoe vaak het voorkomt dat hulpverleners van de gezinsverzorging en van de wijkverpleging 'langs elkaar heen' werkten.
In tabel 6.1 staat de tevredenheid van hulpverleners met de zorgcoördinatie beschreven. Respondenten die aankruisten hierover geen mening te hebben zijn in eerste instantie uit de analyse gelaten. Dit had met name onder gezinsverzorgenden en helpenden een drastische daling van het aantal respondenten tot gevolg. Er blijken noch significante verschillen voor te komen tussen de groepen, noch tussen de functies.

Tabel 6.1: Tevredenheid over de wijze waarop zorgcoördinatie plaats vindt. Gemiddelden en resultaten van variantieanalyse

	wv	wzv	gv	he	gem. per groep
GI+GT	2,4	2,4	2,2	2,0	2,2
(n=)	(51)	(41)	(64)	(31)	
GI+TT	2,6	2,5	2,4	2,2	2,4
(n=)	(20)	(15)	(25)	(11)	
TI+TT	2,2	2,3	2,4	2,3	2,3
(n=)	(366)	(18)	(35)	(18)	
gemid.per functie	2,4	2,4	2,3	2,2	

hoofdeffect groep	F=1,14	df=2	p= ns
hoofdeffect functie	F=1,8	df=3	p= ns
groep x functie	F=1,3	df=6	p= ns

In tabel 6.2 worden ook de hulpverleners die aangaven over het onderwerp geen mening te hebben in de analyse betrokken. Deze tabel laat zien dat de verschillen tussen groepen en functies zich met name voordoen in het percentage hulpverleners dat aangeeft over de betreffende vraag geen mening te hebben. In de experimentele gebieden is dit percentage beduidend lager, met name bij wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden en helpenden in de groep waar gewerkt wordt met geïntegreerde teams.

Tabel 6.2: Tevredenheid over de wijze waarop de zorgcoördinatie plaats vindt. Percentages naar functie en groep

	(zeer) tevreden	neutraal tot ontevreden	geen mening	n
WV: GI+GT	50,9	41,8	7,3	55
WV: GI+TT	50,0	50,0	-	20
WV: TT+TI	71,1	23,7	5,3	38
Chi^2 = 6,4 df=4 p=ns				
WZV: GI+GT	53,3	41,9	4,7	43
WZV: GI+TT	38,9	44,4	16,7	18
WZV: TI+TT	52,0	20,0	28,0	25
Chi^2 = 9,4 df = 4 p=.05				
GV: GI+GT	66,3	13,8	20,0	80
GV: GI+TT	32,7	18,4	49,0	49
GV: TI+TT	23,7	12,4	63,9	97
Chi^2 = 40,3 df = 4 p<.01				
HE: GI+GT	41,0	9,8	49,2	61
HE: GI+TT	20,0	7,5	72,5	40
HE: TI+TT	23,1	11,5	65,4	52
Chi^2 = 7,5 df = 4 p = ns				

Langs elkaar heen werken door wijkverpleging en gezinsverzorging

'Hoe vaak komt het voor dat er volgens u langs elkaar heen gewerkt wordt door wijkverpleging en gezinsverzorging?' Men kon op een schaal van 1 tot 6 aangeven hoe vaak dit het geval was (1= '1x per week of vaker; 2= '1x per twee weken tot 1x per maand' 3= '1x per maand tot 1x per half jaar' 4=

'minder dan 1x per half jaar' 5= 'nooit'; een lagere score houdt dus een hogere frequentie in). Er blijken geen significante verschillen tussen experimentele groepen en controlegroep maar wel tussen de functies. De scores van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn lager dan die van gezinsverzorgenden en helpenden. Dit wil zeggen dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden vaker van mening zijn dat wijkverpleging en gezinsverzorging langs elkaar heen werken. Als we bedenken dat het percentage gecombineerde cliënten bij de wijkverpleging groter is dan bij de gezinsverzorging is dit geen vreemd resultaat: er is een grotere kans dat er langs elkaar heen gewerkt wordt.

Tabel 6.3: Langs elkaar heen werken door wijkverpleging en gezinsverzorging: gemiddelde scores en resultaten van variantieanalyse (een lager gemiddelde = vaker langs elkaar heen werken)

	wv	wzv	gv	he	gem.
GI+GT	3,1	2,7	3,2	4,0	3,3
(n=)	(51)	(41)	(76)	(54)	
GI+TT	2,9	2,8	3,3	3,6	3,3
(n=)	(20)	(17)	(42)	(33)	
TI+TT	2,7	2,6	3,2	3,6	3,1
(n=)	(38)	(25)	(77)	(45)	
gemid.	2,9	2,7	3,2	3,7	

hoofdeffect groep	F= 1,14	df=2	p= ns
hoofdeffect functie	F=14,9	df=3	p<.01
groep x functie	F= 0,66	df=6	p= ns

Stelling: zorgcoördinatie moet worden gedaan door de meest betrokken hulpverlener (5 puntsschaal: 5= zeer mee eens; 1 = zeer mee oneens).

De vraag of zorgcoördinatie door de meest betrokken hulpverlener moet worden gedaan, wordt door verschillende functies verschillend beantwoord (tabel 6.4). Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn het minder met de stelling eens dan helpenden en gezinsverzorgenden. Waarschijnlijk zien wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zichzelf meer geschikt voor de taak van zorgcoördinator, ongeacht of zij ook de meest betrokken hulpverlener zijn.

Tabel 6.4: Stelling: zorgcoördinatie moet worden gedaan door de meest betrokken hulpverlener. Gemiddelden en resultaten variantie analyse

	wv	wzv	gv	he	gem. per groep
GI+GT	2,6	3,1	4,1	4,3	3,6
(n=)	(54)	(43)	(81)	(59)	(237)
GI+TT	3,6	3,2	4,1	4,0	3,9
(n=)	(20)	(18)	(50)	(41)	(129)
TI+TT	2,8	3,5	4,1	4,1	3,8
(n=)	(38)	(25)	(95)	(50)	(208)
gemidd.per functie	2,8	3,2	4,0	4,1	
hoofdeffect groep	F=2,84		df=2	p= ns	
hoofdeffect functie	F=44,5		df=3	p<.01	
groep x functie	F=3,4		df=6	p<.01	

Tabel 6.5: Is de kwaliteit van de samenwerking verbeterd binnen het experiment (ten opzichte van voor het experiment). Gemiddelden en resultaten van variantieanalyse (lager gemiddelde = betere samenwerking)

	wijkverpleging	gezinsverzorging	gem. per groep
GI+GT	1,9	1,9	1,9
(n=)	(61)	(93)	
GI+TT	2,2	2,2	2,1
(n=)	(24)	(29)	
gemid.per functie	2.0	2.0	
hoofdeffect groep	F=5,1 df=1	p<.05	
hoofdeffect werksoort	F=0,3 df=1	p= ns	
groep x functie	F=0,0 df=1	p= ns	

Aan hulpverleners die deelnamen aan één van de experimenten is gevraagd of de samenwerking binnen dat experiment nu beter of slechter geworden was. Uit tabel 6.5 kan worden afgelezen dat er geen verschil is tussen wijkverpleging en gezinsverzorging als het gaat om de vraag of hun samenwerking beter is geworden (hoe lager het gemiddelde, des te positiever het oordeel). In beide groepen wordt aangegeven dat de samenwerking verbeterd is (een gemiddelde lager dan 3), maar in gebieden waar gewerkt wordt met geïntegreerde teams is dit meer het geval dan in gebieden waar gewerkt wordt met

alleen een geïntegreerde intake. In de eerstgenoemde gebieden wordt dus positiever geoordeeld.

6.2 Cliënten

Coördinatie van zorg is met name van belang voor cliënten die zowel gebruik maken van de wijkverpleging als van de gezinsverzorging. Daarom wordt in deze paragraaf alleen gekeken naar deze cliënten.

Aan de gezamenlijke cliënten is gevraagd naar:
- een algemeen oordeel over de samenwerking
- het vóórkomen van tegengestelde instructies door wijkverpleging en gezinsverzorging
- hoe vaak er langs elkaar heen gewerkt wordt
- hoe vaak men uitleg moet geven over hetgeen er moet gebeuren

Deze vier items bleken met elkaar samen te hangen en tezamen een kwaliteitsoordeel van de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging te geven. De betrouwbaarheid van deze schaal is redelijk te noemen (Cronbach's alpha= 0,63), hetgeen verdere analyse met deze schaal rechtvaardigt. Door middel van variantieanalyse is nagegaan of er verschillen zijn tussen de groepen. De resultaten van deze analyse staan weergegeven in tabel 6.6. Er bleek geen verschil tussen de groepen.

Tabel 6.6: Kwaliteit van de coördinatie van zorg. Voor urbanisatiegraad gecorrigeerde gemiddelden (een hoger gemiddelde geeft een hoger kwaliteit weer) en resultaten van variantieanalyse

	cliënten van wijkverpleging én gezinsverzorging
GI+GT	14,9
(n=)	(55)
GI+TT	15,4
(n=)	(26)
TI+TT	15,6
(n=)	(39)
hoofdeffect groep	F=1,2 df=2 ns

Naast dit algemene oordeel over de coördinatie van zorg is aan gecombineerde cliënten gevraagd of er bij de betreffende cliënt een zorgschrift thuis ligt, waar hulpverleners per bezoek kunnen bijhouden welke werkzaamheden gedaan zijn en welke werkzaamheden er bij de betreffende cliënt verricht moeten worden (tabel 6.7). Dit blijkt met name vaker het geval te zijn in de groep waar gewerkt wordt met zowel geïntegreerde intake als geïntegreerde teams.

Tabel 6.7: Aanwezigheid van een zorgschrift. Percentages naar groep

	wel een zorgschrift	geen zorgschrift	N
GI+GT	41,9	58,1	62
GI+TT	30,0	70,0	30
TI+TT	22,2	77,8	45
N	45	92	

$Chi^2 = 4,7$ df=2 ns

Gemiddeld heeft 32% van de gecombineerde cliënten een zorgschrift thuis. Het zorgschrift vervult met name een functie voor de hulpverleners. Van de cliënten die een zorgschrift thuis hebben liggen kijkt ruim 50% daar nooit in.

Tenslotte is aan gecombineerde cliënten gevraagd of duidelijk is wie zij moeten aanspreken indien zij zouden willen dat er iets aan de zorgverlening verandert (tabel 6.8). Voor 80% van de gecombineerde cliënten is dit duidelijk. Significante verschillen tussen de groepen worden niet gevonden. Er is echter een trend (Chi^2= 5,8; df= 2; p.=.06) waaruit blijkt dat er in de gebieden waar gewerkt wordt met geïntegreerde teams wat meer duidelijkheid is.

Tabel 6.8: Is het voor de (gecombineerde) cliënt duidelijk aan wie gewenste veranderingen in de zorgverlening moeten worden doorgegeven. Percentages naar groep

	onduidelijk	duidelijk	n
GI+GT	10,9	89,1	64
GI+TT	29,0	71,0	31
TI+TT	25,5	74,5	47
gemiddeld	19,7	80,3	

Chi^2= 5,8 df= 2 ns

6.3 Samenvatting

Onder hulpverleners blijkt er geen verschil tussen groepen of functies als het gaat om *de mate van* tevredenheid met de coördinatie van zorg. Er is echter wel een verschil in aantal hulpverleners dat over dit onderwerp een mening heeft. Dit is in de experimentele gebieden groter bij wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden en helpenden.
De frequentie waarmee er door wijkverpleging en gezinsverzorging langs elkaar heen gewerkt wordt, wordt door hulpverleners van de wijkverpleging groter ingeschat. Op dit punt blijken er geen verschillen tussen de groepen. Hulpverleners van de gezinsverzorging zijn over het algemeen van mening dat de zorgcoördinatie het best gedaan kan worden door de hulpverlener die bij de betreffende cliënt het meest betrokken is. Hulpverleners van de wijkverpleging zijn het hier minder mee eens.
Over het algemeen is de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging volgens hulpverleners in de experimentele groepen verbeterd ten opzichte van vóór het experiment. In sterkere mate is dit zo in gebieden waar gewerkt wordt met geïntegreerde teams.

In hun oordeel over de coördinatie van zorg is er geen verschil tussen gezamenlijke cliënten in de verschillende groepen. Wel wordt er in de gebieden waar met geïntegreerde teams wordt gewerkt, vaker gebruik gemaakt van een zorgschrift dat bij de cliënt thuis ligt. Meer dan de helft van de cliënten kijkt echter zelf bijna nooit in dat zorgschrift. Bij cliënten in gebieden waar gewerkt wordt met geïntegreerde teams is iets meer duidelijkheid over de vraag aan wie wensen over veranderingen in de zorgverlening moeten worden kenbaar gemaakt dan in de andere groepen.

7. DISCUSSIE EN CONCLUSIE

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek eerst kort worden samengevat. Vervolgens zal aan de hand hiervan bekeken worden op welke punten er nu sprake is van 'integratiewinst'.

7.1 Intake en indicatiestelling

In hoofdstuk 1 bleek duidelijk dat de toekomstige werkwijze rond intake en indicatiestelling bij integratie van wijkverpleging en gezinsverzorging één van de meest heikele punten is. Een van de belangrijkste conclusies van het heroverwegingsrapport (WVC, 1990) is de wenselijkheid van integratie van de intake voor verpleging/verzorging en huishoudelijke hulp. In het heroverwegingsrapport wordt in het midden gelaten of een dergelijke geïntegreerde intake/indicatiestelling van de zorgverlening moet worden losgekoppeld van de zorgverlening. Vooral van de kant van de wijkverpleegkundigen is heftig gereageerd op de mogelijkheid dat intake en zorgverlening van elkaar los zouden worden gekoppeld. Men vreest vooral een verlies aan autonomie en een uitholling van het beroep.

Laten we de in dit onderzoek betrokken experimenten de revue passeren, dan blijkt in de meeste gevallen gekozen te zijn voor een losgekoppelde intake. In één experiment is met een losgekoppelde intake wel ervaring opgedaan, maar is dit idee na afloop van het experiment als onpraktisch verworpen. Gecombineerde aanvragen en aanvragen voor verpleging/verzorging worden in dit gebied na afloop van het experiment gedaan door wijkverpleegkundigen die ook in de zorgverlening betrokken zijn. In twee andere experimenten is vantevoren besloten om de loskoppeling niet door te voeren.
In de meest gevallen blijken de geïnterviewde intakefunctionarissen redelijk positief over de integratie en loskoppeling van de intake. Volgens hen zouden er wel verbeteringen kunnen worden aangebracht met betrekking tot de aanmelding. Zo komt nog al eens naar voren dat er, in gebieden waar de aanmelding plaatsvindt bij een telefoniste, volgens de intakers niet voldoende dóórgevraagd wordt. Met name in gebieden waarin het de taak van deze telefoniste is om de aanmeldingen toe te wijzen aan bepaalde intakers, is dit

een belangrijk bezwaar. Een aanmelding blijkt dan achteraf wel eens bij een verkeerde intaker terecht gekomen te zijn.
Het idee om zowel intakers met een verpleegkundige achtergrond als intakers afkomstig uit de gezinsverzorging alle voorkomende intakes te laten doen, is in sommige experimenten uitgeprobeerd maar al snel verlaten. In het algemeen wordt de intake bij een gezamenlijke cliënt en een cliënt met een vraag naar alleen verpleging/verzorging door een intaker gedaan met een verpleegkundige achtergrond. Intakes die uitsluitend betrekking hebben op huishoudelijke hulp worden door iemand afkomstig uit de gezinsverzorging gedaan. In deze 'arbeidsdeling' zijn echter wel allerlei gradaties mogelijk.
Eén van de doelstellingen van de experimenten was meestal tevens ervaring op te doen met een nieuw, geïntegreerd intake-instrument. Binnen bijna ieder experiment bleek een ander instrument ontwikkeld te worden/zijn. Er wordt/is echter wel gebruik gemaakt van elkaars werk. De intakers vinden de gebruikte intake-instrumenten vaak te uitgebreid.
In de meeste experimenten blijkt de intake *in naam* taakstellend te zijn. In sommige experimenten wordt gewerkt met zogenaamde zorgcontracten, waarin de cliënt precies kan nalezen op welke soort en hoeveelheid zorg hij of zij recht heeft. Bij huishoudelijke hulp blijft echter van dit taakstellende karakter weinig over en geeft een contract slechts recht op een plaats op de wachtlijst. Kortom de 'harde optie' waarbij tijdens de intake ook de zorgtoewijzing plaats vindt kan niet echt worden doorgevoerd. Vooral voor intakers die afkomstig zijn uit het kruiswerk bleek het moeilijk wennen dat er voor huishoudelijke hulp wachtlijsten zijn.

7.1.1 Het oordeel van hulpverleners

Het draagvlak voor het werken met een geïntegreerde intake is iets groter in gebieden waar inderdaad met een geïntegreerde intake gewerkt wordt dan in gebieden waar niet met zo'n intake gewerkt wordt. Dat verschil doet zich echter alleen voor onder hulpverleners van de wijkverpleging, waarbij er nog iets positiever geoordeeld wordt in gebieden waar alleen met een geïntegreerde intake gewerkt wordt en niet met geïntegreerde teams. Het is de vraag of hier sprake is van een 'gewenningseffect' of van een 'selectie-effect'. Als sprake zou zijn van het eerste, dan zou dit betekenen dat het oordeel over een geïntegreerde intake positiever wordt naarmate men er meer mee werkt. In het tweede geval heeft zich al bij de start van een experiment een selectie voorgedaan in de zin dat alleen die hulpverleners aan het experiment meedoen die daar vantevoren positief tegenover staan. Hoe het ook zij, over het algemeen moet geconstateerd worden dat er sprake is van weinig enthousias-

me.
Ten aanzien van de loskoppeling van hulpverlening en intake nemen hulpverleners van de gezinsverzorging over het algemeen een neutraal standpunt in. Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn iets vaker van mening dat loskoppeling van intake en zorgverlening een uitholling van hun beroep betekent, zijn minder van mening dat een losgekoppelde intake de kwaliteit van de zorgverlening bevorderen en denken vaker dat de intake toch nog dunnetjes moet worden overgedaan na een losgekoppelde intake. Wijkverpleegkundigen zijn dus niet bepaald voorstanders van loskoppeling van intake en zorgverlening. Vooral in de gebieden waar met een geïntegreerde/losgekoppelde intake gewerkt wordt in combinatie met geïntegreerde teams is men negatief gestemd. Voor wat betreft de loskoppeling van hulpverlening en intake kan dus vooralsnog niet aangenomen worden dat er sprake is van een gewenningseffect: in de gebieden waar die loskoppeling plaats heeft gevonden en men geïntegreerde teams heeft samengesteld is het oordeel negatiever dan in gebieden waar dit niet is gebeurd. Wellicht is hiervoor meer tijd nodig dan in de experimenten beschikbaar was.

Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn over het algemeen van mening dat wijkverpleegkundigen de meest aangewezen personen zijn om geïntegreerde intakes te doen. Opvallend is dat gezinsverzorgenden en helpenden hierbij een neutraal standpunt innemen en niet 'tegen' zijn. Dit is congruent met de houding die veel intakers afkomstig uit de gezinsverzorging hebben en die in de interviews naar voren kwam. Blijkbaar is er een zekere consensus dat er een verpleegkundige opleiding noodzakelijk is om een geïntegreerde intake te doen, in ieder geval waar het gecombineerde cliënten betreft en cliënten met een verpleegkundige hulpvraag.

Over het algemeen zijn alle hulpverleners tevreden met de *resultaten van de intake,* in ieder geval om op verantwoorde wijze met de zorg te beginnen. Wijkziekenverzorgenden vormen hierop een uitzondering. Van hen vindt 24% dat de intake te weinig gegevens oplevert om op verantwoorde wijze met de hulpverlening te beginnen. Wel en niet geïntegreerde gebieden laten op dit punt geen verschillen zien. Ondanks de hierboven gemelde uitgebreidheid van de intake-instrumenten, geeft bijna geen enkele hulpverlener aan dat de intake ook wel eens te veel gegevens oplevert.
Over de mogelijkheid om met de verkregen gegevens een zorgplan op te stellen is men minder te spreken. Slechts rond 60% van de respondenten die worden ingeschakeld bij de opstelling van zorgplannen is over die mogelijk-

heid tevreden. De rest beoordeelt die mogelijkheden als matig of slecht. Die rest is met name te vinden onder wijkziekenverzorgenden.
Verschillen tussen de groepen bleken op dit punt alleen te vinden onder wijkverpleegkundigen. In de groep met geïntegreerde intake en geïntegreerde teams bleken zij minder tevreden over de mogelijkheid op basis van de intake-gegevens een verpleegplan op te stellen. De oorzaak hiervan is gelegen in het feit dat vóór het experiment de verpleegkundige intake door hen zèlf gedaan werd en vanzelfsprekend een beter inzicht hadden in de situatie van de cliënt dan met welk geïntegreerd intake-instrument dan ook mogelijk is.

7.1.2 Het oordeel van cliënten

In bijna alle experimenten is sprake van een geïntegreerd aanmeldingspunt voor wijkverpleging en gezinsverzorging. Dit is natuurlijk met name voor cliënten van belang die gebruik maken van beide disciplines. Het effect van deze maatregel bleek binnen de opzet van dit onderzoek moeilijk na te gaan. Ten eerste bleken er veel cliënten ondervraagd te zijn die reeds lang in zorg waren en van wie de aanmelding dus ver voor de start van het experiment had plaats gevonden. Ten tweede bleken vooral zij die reeds lang in zorg waren, zich moeilijk iets te kunnen herinneren over de aanmelding. Ten derde bleken er maar weinig gezamenlijke cliënten te zijn die zich ook *tegelijk* hadden aangemeld voor wijkverpleging en gezinsverzorging. Naar onze mening is het laatste overigens een reden waarom het effect van een gezamenlijk aanmeldingspunt voor de cliënt slechts in een zeer gering aantal gevallen merkbaar zal zijn. In veel gevallen bestaat de behoefte aan wijkverpleging relatief kort en is de behoefte aan huishoudelijke hulp veel langduriger van aard, waardoor slechts in een enkel geval deze behoefte tegelijk ontstaat. Slechts 15% van de gecombineerde cliënten in de experimentele gebieden meldde zich inderdaad tegelijkertijd aan voor gezinsverzorging en wijkverpleging binnen de periode waarin het experiment plaats vond (en wist zich daar ook nog iets van te herinneren). Analoog hieraan blijkt dat het effect van een geïntegreerde intake eveneens moeilijk bij cliënten te meten is.
Voor zover dit kon worden nagegaan blijkt er geen verschil tussen de bereikbaarheid van geïntegreerde aanmeldingspunten en de bereikbaarheid van niet geïntegreerde aanmeldingspunten. Onder cliënten van de gezinsverzorging blijkt de geïntegreerde aanmelding wel iets beter gewaardeerd te worden.
Cliënten blijken geen verschil te ondervinden tussen de kwaliteit van een geïntegreerde intake en van een niet-geïntegreerde intake (als dit gemeten wordt door middel van items als 'luisteren'; 'hoeveelheid informatie'; 'algemeen oordeel' en 'betrokkenheid bij beslissingen'). Voorts blijkt er geen verschil

tussen geïntegreerde intakes en niet-geïntegreerde intakes in het aantal dagen dat voorbij gaat voor de zorg daadwerkelijk van start gaat. En tenslotte blijkt er geen groot verschil in de mate waarin de hulpverlener bij aanvang van de hulp van de situatie op de hoogte was, al lijken hulpverleners van de gezinsverzorging na een geïntegreerde intake iets beter op de hoogte. Overigens is dit laatste resultaat minder negatief dan het in eerste instantie lijkt. Het is namelijk opvallend dat er géén verschillen werden gevonden in de mate waarin de hulpverlener van de wijkverpleging op de hoogte was bij aanvang van de hulp. Als we in aanmerking nemen dat in de traditioneel werkende gebieden de wijkverpleegkundige de intake zelf doet, is dit een opmerkelijk gegeven.

7.2 Geïntegreerd zorgaanbod

In het heroverwegingsrapport wordt impliciet aangegeven dat het wenselijk is tot een geïntegreerd zorgaanbod te komen van wijkverpleging en gezinsverzorging. Een van de manieren waarop dit geïntegreerde zorgaanbod tot stand kan komen is via de hiervoor behandelde geïntegreerde intake. In sommige gebieden is er voor gekozen om naast een geïntegreerde intake over te gaan op geïntegreerde teams. In de praktijk worden in de experimentele gebieden waar gewerkt werd met geïntegreerde teams vier soorten teams gevonden:

1. Teams voor verpleging en verzorging
   (wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden)
2. Teams voor alleen huishoudelijke hulp
   (helpenden)
3. Teams voor alleen huishoudelijke hulp en licht verzorgende hulp
   (helpenden en verzorgenden)
4. Teams voor verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp
   (wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden, helpenden)[1]

Met deze vier typen teams worden in de praktijk 3 verschillende combinaties aangetroffen.

---

[1] In één gebied werden in geïntegreerde teams ook maatschappelijk werkenden aangetroffen. Deze maatschappelijk werkenden stonden echter in de praktijk buiten het team.

Variant 1: alleen type 4

In twee gebieden is ervaring opgedaan met alleen teams van type 4. In één van deze gebieden is het resultaat van deze aanpak niet bevredigend gebleken en is na afloop van het experiment een andere werkwijze gekozen (variant 2 of 3). In het gebied met negatieve ervaringen bleken er te veel verschillen tussen cliënten van bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen en helpenden om efficiënt aan één team, met alleen gezamenlijk overleg, deel te nemen. Tevens bleek er slechts een gering percentage cliënten te zijn dat zowel aanspraak maakt op huishoudelijke hulp als op verpleging/verzorging. Helpenden bleken voorts bij teambesprekingen ondergesneeuwd te worden door de teamleden met een hogere opleiding. Overigens moet worden opgemerkt dat de helpdenden zelf het werken in geïntegreerde teams in deze gebieden als stimulerend ervoeren.

In het tweede gebied, waar ervaring is opgedaan met teams van type 4, is een andere aanpak gebruikt en blijken de resultaten meer bevredigend. In dit gebied is binnen de teams een scheiding aangebracht tussen voorwaardenscheppend overleg en cliëntgebonden overleg. Het voorwaardenscheppend overleg dient er voor de voorwaarden te scheppen voor het uitvoeren van kerntaken. Er wordt daarbij gedacht aan onder andere huishoudelijke zaken en organisatie-onderwerpen. Bij dit soort overleg wordt per functie vergaderd. Bij het clientgebonden overleg komen alle functionarissen bij elkaar die een rol spelen bij de betrokken cliënt(en) en worden alleen zaken besproken die voor de client direct van belang zijn. Het overleg is als het ware 'cliëntgestuurd'. Vanwege het al eerder genoemde feit dat er slechts een gering percentage cliënten is dat zowel huishoudelijke hulp als verpleging/verzorging krijgt, kunnen we aannemen dat cliëntenoverlegsituaties waarbij ook helpenden betrokken zijn, weinig voor zullen komen (cijfers hierover ontbreken). Er zou op deze manier in de praktijk een scheiding kunnen komen tussen aan de ene kant verpleging/verzorging en aan de andere kant huishoudelijke hulp, binnen de geïntegreerd werkende teams. Als dit zo is komen we in de richting van de varianten 2 en 3 die hieronder beschreven staan. Men zou kunnen concluderen dat het werken met teams van type 4 alleen zinvol is indien de geïntegreerde overlegsituaties duidelijk gestuurd worden door de zorgbehoefte van de client. Een ander verschil met het andere gebied waar gewerkt wordt met teams van type 4 is overigens dat de teams ook veel groter zijn en (derhalve) ook een groter gebied verzorgen.

Variant 2: combinatie type 4 met 2 of 3
In een aantal gebieden vinden we teams van het type 4 tezamen met teams van het type twee of drie. In die gevallen komen cliënten in zorg bij het team van type vier als zij aanspraak maken op verpleging/verzorging, al of niet gecombineerd met huishoudelijke hulp. Cliënten met alleen huishoudelijke hulp komen dan dus niet in zorg bij het geïntegreerde team. De moeilijkheid met deze variant is dat een gezamenlijke cliënt wiens verpleegkundige hulp stopt geen hulp meer mag krijgen uit het team van type vier en een helpster krijgt uit team van type twee of drie. Indien deze cliënt een tijdje later weer aanspraak maakt op verpleging/verzorging, dan volgt daaruit dat hij weer een helpster krijgt uit team vier. Het is gemakkelijk te begrijpen dat dit voor de cliënt vervelend kan zijn. Ook hier dient zich het probleem aan van verschillen in opleiding tussen helpenden en wijkverpleegkundigen / wijkziekenverzorgenden. Ook hier dient overigens te worden opgemerkt dat het werken in geïntegreerde teams door helpenden als positief en stimulerend werd ervaren.

Variant 3: combinatie type 1 met 2 of 3
Een derde variant bestaat in gebieden met teams van het type één, gecombineerd met teams van het type twee of drie. Bij deze variant worden wisselingen van helpsters voorkomen. In het geïntegreerde team nemen geen helpsters deel en huishoudelijke hulp wordt in deze variant per definitie betrokken uit het team huishoudelijke hulp, waar alleen helpsters in deelnemen.

Er blijkt een tendens te zijn bij de integrerende instellingen naar aparte teams voor verpleging/verzorging en aparte teams voor huishoudelijke hulp (varianten 2 en 3). Het werken in volledig geïntegreerde teams (variant 1) blijkt alleen te werken indien overlegvormen 'clientgestuurd' zijn.

Uit de mondelinge interviews en het gebruikte schriftelijke materiaal blijkt dat het moeilijk is binnen de teams de gewenste numerieke verhoudingen te bereiken tussen de verschillende typen hulpverleners. In veel gevallen verhindert dit de substitutie van duurdere naar goedkopere hulpverleners. Een vaak gehoorde klacht is dat er te weinig personeel van een lager deskundigheidsniveau beschikbaar is om alle zorg die op dat niveau wordt gevraagd ook op dat niveau uit te voeren. In dergelijke gevallen worden bijvoorbeeld taken op het niveau van wijkziekenverzorgenden toch uitgevoerd door wijkverpleegkundigen. Kortom, ook al is er een wens tot substitutie te komen en ook al wordt deze wens geholpen door een geïntegreerde intake, deze wens wordt vaak

gefrustreerd door het bestaande aanbod van hulpverleners. Er is waarschijnlijk meer tijd nodig dan in de vaak kort lopende experimenten beschikbaar was om de numerieke verhouding tussen verschillende typen hulpverleners aan te passen.

7.2.1 Het oordeel van hulpverleners

Het draagvlak onder hulpverleners die een enquête invulden voor het werken in geïntegreerde teams is redelijk. Het draagvlak is groter onder hulpverleners die werken in een geïntegreerd team dan onder hulpverleners die niet werken in een geïntegreerd team. Het is -evenals dat bij het draagvlak voor de geïntegreerde intake het geval was- natuurlijk weer de vraag of hier sprake is van een selectie-effect of van een gewenningseffect. Het draagvlak voor het werken in geïntegreerde teams is groter onder hulpverleners van de gezinsverzorging dan onder hulpverleners van de wijkverpleging.

Een van de belangrijkste redenen om over te gaan op geïntegreerde teams (en een geïntegreerde intake) is substitutie te vergemakkelijken. Om een indruk te krijgen of er van substitutie sprake is, is gevraagd naar een eventuele verschuiving in het takenpakket van de verschillende hulpverleners. Verschuivingen in het taakpatroon van de hulpverleners hebben zich inderdaad vaker voorgedaan in de experimentele gebieden en met name in die gebieden waar ook met geïntegreerde teams wordt gewerkt. Ook in de volledig traditioneel werkende gebieden hebben zich echter verschuivingen voorgedaan. Indien er sprake zou zijn van substitutie, dan zou zich met name een taakverschuiving hebben voorgedaan bij gezinsverzorgenden en wijkziekenverzorgenden. Dat blijkt met name voor wat betreft gezinsverzorgenden inderdaad het geval te zijn. Zij hebben (naast een algemene trend) in de experimentele gebieden meer taken op het gebied van patiëntenbegeleiding en meer verzorgende werkzaamheden gekregen. Bij wijkziekenverzorgenden in de experimentele gebieden heeft zich ten opzichte van de traditioneel werkende gebieden een verschuiving voorgedaan naar meer huishoudelijke taken, minder patiëntenbegeleiding en meer administratieve en coördinerende taken. Met deze gegevens lijkt er inderdaad sprake te zijn van een zekere substitutie.

Zowel in de experimentele als in de controlegebieden voeren wijkverpleegkundigen vaker taken uit onder hun niveau, en helpenden boven hun niveau. Onder wijkverpleegkundigen werd een trend waargenomen waarbij zij in de experimentele gebieden waar gewerkt wordt met geintegreerde teams vaker onder hun niveau werken. Dit is een zeer opvallende bevinding aangezien er

van de integratie juist verwacht wordt dat hulpverleners minder boven/onder hun niveau zullen gaan werken. Men zou hieruit natuurlijk kunnen concluderen dat de integratie een tegengesteld effect heeft. Aannemelijker lijkt het ons echter dat hier een groter bewustzijn over het onder- of boven niveau werken een rol speelt. Doordat de intake gegevens in de geintegreerde gebieden altijd voorzien zijn van een indicatie voor een bepaald deskundigheidsniveau is het waarschijnlijk dat er in de integrerende gebieden een ander referentiekader onder wijkverpleegkundigen ontstaat over de definitie van onder- en boven niveau werken. Deze hypothese wordt ons inziens bevestigd door het feit dat wijkverpleegkundigen in de gebieden met geintegreerde teams niet alleen vaker aangeven dat ze onder hun niveau werken, maar ook dat ze vaker boven hun niveau werken. Bij het vormen van een oordeel over het effect van integratie op de efficiëntie van de taakverdeling dient tevens bedacht te worden dat een verbetering van de efficiëntie -indien die mogelijk is- altijd veel tijd nodig heeft. Indien er namelijk efficiëntieverbetering mogelijk blijkt te zijn, zal over het algemeen ook een overtalligheid van bepaalde functionarissen blijken. Er kan worden aangenomen dat een dergelijke overtalligheid niet in een paar maanden is 'weggewerkt'. De looptijd van de experimenten lijkt ons hiervoor te kort. In de projectbeschrijvingen in deel II komt dit aspect ook duidelijk naar voren.

De duidelijkheid van de taakverdeling binnen het team bleek niet veel te verschillen tussen geïntegreerde en niet-geïntegreerde teams. Wat wel duidelijk verschilde was het percentage hulpverleners dat over deze vraag een mening had. Met name gezinsverzorgenden hadden vaker een mening over deze vraag in de geïntegreerde teams. Dit wijst ons inziens op een groter bewustzijn omtrent dit onderwerp in geïntegreerde teams.

Een andere manier van werken, hetzij met alleen een geïntegreerde intake, hetzij met geïntegreerde teams heeft een andere overlegstructuur tot gevolg dan in de oude situatie het geval was. Het is de vraag hoe deze veranderingen door hulpverleners ervaren worden. Belangrijke verschillen tussen de groepen in de mate waarin men meer overleg wenst kwamen voor onder wijkverpleegkundigen en helpenden. De wijkverpleegkundigen in de geïntegreerde teams bleken vaker meer overleg te wensen dan wijkverpleegkundigen in de niet-geïntegreerde teams. Bij de helpenden waren het juist de niet-geïntegreerd werkenden die behoefte hadden aan meer overleg. Het werken in geïntegreerde teams voorziet dus in een behoefte aan meer overleg bij helpenden, maar heeft juist een tegengesteld effect bij wijkverpleegkundigen.

De wens voor meer overleg in geïntegreerde teams blijkt bij wijkverpleegkundigen met name uit te gaan naar andere wijkverpleegkundigen. In de geïntegreerde teams nemen over het algemeen relatief weinig wijkverpleegkundigen deel. Het kan zijn dat hierdoor inderdaad contact met collega-wijkverpleegkundigen te weinig plaats vindt, met negatieve gevolgen voor bijvoorbeeld intercollegiale toetsing.
De geringere wens van helpenden voor meer overleg in de geïntegreerde teams valt te rijmen met de eerder genoemde positieve ervaringen van deze hulpverleners in die teams.

De mate waarin hulpverleners feedback krijgen verschilt aanzienlijk tussen de groepen maar ook tussen functies. In de experimentele gebieden ondervindt men meer feedback dan in de gebieden waar traditioneel gewerkt wordt. Dit is met name het geval onder gezinsverzorgenden. Bij hen valt er op dit punt echter nog veel te verbeteren: de mate van feedback is bij hen veel lager dan bij wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.

De mate waarin hulpverleners zelfstandig werken verschilt niet belangrijk tussen experimentele- en controlegroepen. In het licht van de in hoofdstuk 1 geschetste vrees van wijkverpleegkundigen voor een verlies aan autonomie bij invoering van een geïntegreerde intake wordt door deze gegevens dus niet bevestigd. Of er nu wel of niet een geintegreerde of losgekoppelde intake is, wijkverpleegkundigen hebben hetzelfde oordeel over de mate waarin zij zelf in hun werk beslissingen kunnen nemen. Helpenden hebben een grotere autonomie dan de andere hulpverleners, hetgeen in verband gebracht kan worden met de geringere feedback die hierboven gemeld werd.

De werkdruk ligt in de experimentele gebieden over het algemeen iets hoger. Vooral wijkziekenverzorgenden en gezinsverzorgenden in de gebieden met geintegreerde teams werken vaker onder tijdsdruk. Er zijn twee mogelijke verklaringen voor dit verschijnsel. Ten eerste lijkt het aannemelijk dat een ingrijpende reorganisatie extra werk met zich meebrengt. Ten tweede is het mogelijk dat wijkziekenverzorgenden en gezinsverzorgenden in de geintegreerde teams vaker taken krijgen 'doorgeschoven' die voor de integratie door wijkverpleegkundigen werden verricht en dat daardoor de werkdruk is gestegen.
Over het algemeen ligt de werkdruk van helpenden iets lager dan van de andere functies.

Door middel van vier schalen zijn vier aspecten van arbeidssatisfactie bij hulpverleners onderzocht: tevredenheid over feedback, kwaliteit van de zorgverlening, contacten met collega's, en duidelijkheid. Hieronder volgen puntsgewijs de bevindingen:

- In de experimentele gebieden is men over het algemeen minder tevreden met de kwaliteit van de zorgverlening.
- Tevredenheid met de teamleiding is groter bij gezinsverzorgenden en helpenden dan bij hulpverleners van de wijkverpleging. Belangrijke verschillen tussen de groepen zijn er alleen onder wijkziekenverzorgenden: in de gebieden met geïntegreerde intake en geïntegreerde teams zijn zij iets ontevredener.
- Tevredenheid over de contacten met collega's is over het algemeen iets groter in de experimentele gebieden. Tegelijkertijd is over het algemeen die tevredenheid geringer onder gezinsverzorgenden en helpenden.
- Tevredenheid over de mate van duidelijkheid in het dagelijks werk verschilt alleen tussen de functies. Die tevredenheid is groter onder gezinsverzorgenden en helpenden dan onder hulpverleners van de wijkverpleging.

Een positief punt van het werken in geintegreerde teams lijkt dus een grotere tevredenheid over contacten met collega's. Een negatief punt lijkt een geringere tevredenheid over de kwaliteit van de zorgverlening. Dit laatste resultaat wekt verbazing: één van de bedoelingen van de experimenten was te komen tot een hogere kwaliteit van de zorgverlening. Niet voor niets werd diverse malen de 'zorg op maat' gedachte gememoreerd in de doelstellingen van de experimenten. Hoe kan het dan dat hulpverleners de kwaliteit van de zorg als geringer aanmerken? Ten eerste moet worden opgemerkt dat de verschillen niet groot zijn. Ten tweede is het zo dat de uitvoering van wat voor experiment dan ook van de betrokkenen nog al wat extra energie vraagt, hetgeen ten koste zou kunnen gaan van de kwaliteit van de hulp. In deze zin zou een achteruitgang van de kwaliteit van de hulpverlening niet te wijten zijn aan de inhoud van het experiment, maar aan het feit dat welk experiment dan ook extra energie kost. Overigens moet worden opgemerkt dat het oordeel van de clienten over de kwaliteit van de hulpverlening niet verschilt tussen experimentele en niet-experimentele gebieden.

7.2.2 Het oordeel van cliënten

Op twee aspecten van de zorgverlening is nagegaan of er ook verschillen zijn tussen cliënten: tevredenheid over de continuïteit in de hulpverlening (het aantal verschillende hulpverleners dat de cliënt bezoekt) en de kwaliteit van de

hulpverlening.
Er worden slechts kleine verschillen geconstateerd tussen gebieden waar geïntegreerd gewerkt wordt en gebieden waar traditioneel gewerkt wordt waar het gaat over de tevredenheid met de continuïteit van hulpverleners. Gezamenlijke cliënten zijn over het algemeen minder tevreden dan cliënten die of alleen gezinsverzorging hebben of alleen wijkverpleging, over zowel de wisselingen in hulpverleners van de gezinsverzorging als van de wijkverpleging.
De tevredenheid over de kwaliteit van de hulp zelf verschilt niet tussen typen cliënten of groepen.

Hier blijkt dat het werken in geïntegreerde teams voor cliënten nauwelijks merkbaar is in een betere kwaliteit of continuïteit van de hulpverlening.
Een mogelijke verklaring voor deze geringe verschillen tussen geïntegreerde en niet-geïntegreerde gebieden is een selectieve respons. De gevolgde werkwijze hield in dat hulpverleners zelf cliënten konden 'aandragen' voor het onderzoek. Het is mogelijk dat zij over het algemeen tevreden cliënten hebben uitgekozen. Overigens moet worden opgemerkt dat cliënten over het algmeen tevreden zijn over de hulpverlening.

7.3 Coördinatie van zorg

Coördinatie van zorg blijkt in alle experimenten nog erg in ontwikkeling. Als we de verschillende experimenten de revue laten passeren blijkt er een voorkeur te zijn om de meest betrokken hulpverlener bij een cliënt aan te merken als zorgcoördinator. In de praktijk blijkt echter de zorgcoördinatie in de meeste gevallen door de wijkverpleegkundige op zich genomen te worden. Algemeen wordt geconstateerd dat er bijscholing nodig is als ook gezinsverzorgenden zorgcoördinatie op zich willen nemen.

7.3.1 Het oordeel van hulpverleners

Voor wat betreft de tevredenheid over de coördinatie van zorg doen zich verschillen voor tussen hulpverleners van wijkverpleging en hulpverleners van de gezinsverzorging. Die verschillen hebben met name betrekking op het percentage dat over dit onderwerp een mening heeft. Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden hebben over het algemeen vaker een mening hierover dan gezinsverzorgenden en helpenden. Voorts is onder wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden de tevredenheid met de coördinatie van

zorg groter in de traditioneel werkende gebieden. Onder gezinsverzorgenden en helpenden is er in de experimentele gebieden een hoger percentage dat over dit onderwerp een mening heeft. Dit laatst geef ons inziens een vergroot bewustzijn weer op het gebied van coördinatie van zorg in deze gebieden.

Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden ervaren vaker dat wijkverpleging en gezinsverzorging langs elkaar heen werken. Op zich is dit geen vreemd resultaat: het percentage gezamenlijke cliënten is bij de wijkverpleging veel groter dan bij de gezinsverzorging. Er blijkt verder niet vaker of minder vaak langs elkaar heen gewerkt te worden in de experimentele gebieden ten opzichte van de traditioneel werkende gebieden.

Gezinsverzorgenden en helpenden zijn over het algemeen van mening dat de zorgcoördinatie het best gedaan kan worden door de meest betrokken hulpverlener. Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn het hier veel minder mee eens. Aan hen is niet gevraagd wie zij dan meer geschikt achten, maar we kunnen er van uit gaan dat zij menen zelf meer in aanmerking te komen, los van de vraag of zij ook de meest betrokken hulpverlener zijn. Verschillen tussen de experimentele gebieden en traditioneel werkende gebieden werden bij dit onderwerp niet gevonden.

Over het algemeen zijn hulpverleners in de experimentele gebieden van mening dat de kwaliteit van de samenwerking verbeterd is ten opzichte van voor het experiment. De groep waar gewerkt werd met geïntegreerde teams was in dit opzicht positiever dan de groep waar alleen met geïntegreerde intake gewerkt wordt. Kennelijk heeft het werken in geïntegreerde teams een positief effect op de samenwerking tussen gezinsverzorging en wijkverpleging.

7.3.2 Het oordeel van cliënten

Gezamenlijke cliënten van wijkverpleging en gezinsverzorging verschillen niet in hun algemene oordeel over de coördinatie van zorg tussen geïntegreerde en niet geïntegreerde gebieden.

In de experimentele gebieden wordt vaker een zorgschrift gebruikt bij gezamenlijke cliënten. Een dergelijk zorgschrift schept ons inziens betere voorwaarden voor samenwerking en coördinatie van zorg.

7.4 Integratiewinst?

Wat is nu de winst van de integratie voor wat betreft de *intake?* Naar onze mening bestaat de winst van de integratie voor wat betreft de intake uit twee elementen. Ten eerste is er gezocht naar een geïntegreerd intake-instrument. Met een dergelijk instrument zou het makkelijke moeten worden om substitutie te bewerkstelligen van duurdere naar goedkopere zorg. Immers de grens tussen (duurdere) wijkverpleging en (goedkopere) gezinsverzorging is komen te vervallen. Ten tweede heeft de integratie de totstandkoming van intake-instrumenten gestimuleerd waarmee op een meer objectieve wijze de zorgbehoefte van de client kan worden vastgesteld. Uit het onderzoek blijkt echter dat de client in veel gevallen geen rechten kan ontlenen aan deze objectief gemeten zorgbehoefte. Aan de behoefte aan verpleging/verzorging kan over het algemeen in de meeste gevallen wel direct voldaan worden, maar bij een behoefte aan huishoudelijke hulp is dit vaak niet het geval. Dit betekent dat de in hoofdstuk 1 beschreven 'harde optie', waarbij de intake zowel indicatiestelling als zorgtoewijzing omvat, in veel gevallen niet kan worden doorgevoerd. Een effect van het harde intake instrument is daarbij wel dat de geïndiceerde hulp beter in kaart wordt gebracht en dat er daardoor meer duidelijkheid kan komen over bestaande tekorten, hetgeen zowel voor aanbieders als financiers een belangrijk winstpunt is.

Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in verhouding tot hulpverleners van de gezinsverzorging nogal negatief gestemd zijn over de geïntegreerde intake. Daarbij is het echter wel zo dat er binnen die functies een wat positiever oordeel heerst in gebieden waar daadwerkelijk gewerkt wordt met een geïntegreerde intake. Er zou hier sprake kunnen zijn van een gewenningseffect. De weerstand die er onder hulpverleners van de wijkverpleging heerst zou met andere woorden verklaard kunnen worden met het spreekwoord 'wat de boer niet kent dat eetie niet'. Bij daadwerkelijke introductie van een geïntegreerde intake zou het dan allemaal wel mee vallen.
Voor de cliënt lijkt het niet veel uit te maken of er nu sprake is van een geïntegreerde intake en aanmelding of niet. Het enige verschil zou kunnen zijn dat hulpverleners van de gezinsverzorging na een geïntegreerde intake beter op de hoogte zijn van de situatie van de cliënt.
Al met al lijkt het er op dat de geïntegreerde intake het voordeel van de twijfel verdient: daar waar verschillen tussen geïntegreerd werkende gebieden en niet-geïntegreerde werkende gebieden werden gevonden, bleken deze in het

voordeel van de geïntegreerde gebieden te zijn. Er moet echter nadrukkelijk bij gezegd worden dat deze gevonden verschillen klein zijn.

Voor wat betreft het werken in *geïntegreerde teams* kan het zelfde gezegd worden. Het draagvlak voor het werken in geïntegreerde teams is in de geïntegreerd werkende gebieden groter. Analoog aan het werken met een geïntegreerde intake, kunnen we ook hier veronderstellen dat er sprake is van een gewenningseffect. Voor wat betreft de efficiëntie en duidelijkheid van de taakverdeling en de autonomie van de hulpverleners blijkt de integratie (nog) geen effect te sorteren. Wel worden in de geïntegreerde gebieden meer verschuivingen in taken gevonden die zouden kunnen duiden op een substitutie-effect. Verder houden positieve en negatieve effecten elkaar in evenwicht: in de geïntegreerde teams willen wijkverpleegkundigen meer overleg terwijl in de niet-geïntegreerde teams helpenden juist meer overleg willen; de feedback en tevredenheid over contacten met collega's is in de geïntegreerde teams beter terwijl de kwaliteit van de zorgverlening als minder wordt beschouwd.
Ook voor de cliënten lijkt het werken in geïntegreerde teams weinig effect te sorteren. Waar verschillen werden gevonden wijzen die in de richting van een iets grotere tevredenheid in de traditioneel werkende gebieden.

De winst op het gebied van de *coördinatie van zorg* bestaat vooral uit een groter bewustzijn over dit onderwerp onder gezinsverzorgenden en helpenden. In de experimentele gebieden hebben zij veel vaker een mening over dit onderwerp. Dit kan een gevolg zijn van een toegenomen bewustwording en professionalisering onder deze functies. Hier staat echter tegenover dat hulpverleners van de wijkverpleging in de experimentele gebieden iets vaker negatief gestemd zijn over de coördinatie van zorg.
Een positief punt is dat men in de experimentele gebieden over het algemeen van mening is dat de integratie bevorderlijk is voor de samenwerking.
Voor wat betreft de cliënten werden geen verschillen geconstateerd.

Concluderend kunnen we stellen dat de winst van de integratie van het primaire proces op *dit moment* twijfelachtig is. Met name als we kijken naar de cliënt blijft het resultaat wel heel erg mager. Bij dit laatste kan de opzet van het onderzoek een rol spelen. De integratie van kruiswerk en gezinsverzorging heeft naar ons oordeel met name zin voor cliënten die zowel van gezinsverzorging als van kruiswerk gebruik maken. Daarnaast dient de hulpvraag voor beide soorten hulpverlening tegelijkertijd te ontstaan om voordelen van een geïntegreerde intake en aanmelding te kunnen merken. In het onderzoek

bleek dit een zeer kleine groep te zijn. Tevens bleek dat de aanmelding en intake bij veel cliënten jaren geleden heeft plaats gevonden. Dat betekent ten eerste dat aanmelding en intake veelal buiten de experimentele plaats hadden gevonden en ten tweede dat veel cliënten zich er niets of weinig meer van kunnen herinneren. In nader onderzoek naar de vraag wat de cliënt nu van de integratie merkt dient aan deze punten expliciet aandacht besteed te worden. Het is ook mogelijk dat de korte looptijd van de experimenten een oorzaak is van het feit dat effecten voor de cliënt niet of nauwelijks gevonden werden. Het zou mogelijk kunnen zijn dat de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging pas in een later stadium zijn vruchten zal afwerpen voor cliënten.
Voor wat betreft de hulpverleners bleken in dit onderzoek wel een aantal aanwijzingen die zouden kunnen duiden op een verbetering binnen de experimenten. We kunnen echter concluderen dat de experimenten ook voor wat betreft hulpverleners weinig positieve resultaten hebben opgeleverd. Bij deze conclusie moet echter het volgende in overweging genomen worden. Ten eerste betreft het hier experimenten. Dat wil zeggen dat ze er mede voor dienen om ervaring op te doen met integratie en van eventueel gemaakte fouten te leren. Wellicht zullen de resultaten van de integratie zoals die *uiteindelijk gestalte zal krijgen positiever uitpakken.* Ten tweede moet de korte looptijd van de meeste experimenten benadrukt worden. Het is mogelijk dat er op termijn een grotere winst geboekt kan worden.
Deze twee overwegingen leiden tot de stelling dat het eigenlijk nog te vroeg is om overweldigende resultaten van de integratie te verwachten en dat het noodzakelijk is de gehele integratie, zoals die dan gestalte heeft gekregen, over een aantal jaren nogmaals onder de loupe te nemen.

LITERATUUR

'We zijn wel degelijk voor een objectieve indicatiestelling' MGZ, 19e jaargang/oktober 1991

AMELSVOORT, T.VAN & SLINGERLAND, P. Criteria inzet menskracht. Utrecht, NIZW 1991

ARETZ, L., HERMSEN, H. & HOLLANDER, G. Wie coördineert de zorg? Een aparte zorgbemidde laar is overbodig; de wijkverpleegkundige kan het zelf. MGZ 19e jaargang/oktober 1991

BATALDEN,P., BERWICK, D.M., HAYS, R.D., WARE, J.E. Patient judgements of hospital care: report of a pilot studiy. In: METERKO, M., NELSON, E.C., RUBIN, H.R. (editors), Medical Care; 28, 1990, no. 9 supplement, S1-S56

BEILEN, E.VAN & HERMSEN, G. Eindevaluatie Project Geïntegreerde Zorg Emmen e.o. augustus 1991

BOUMANS, N. Het werk van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen: een onderzoek naar werkaspecten en hun invloed op verpleegkundigen. Maastricht: Datawise 1992

BUIJSSEN, H. Loskoppelen betekent onbekwaamheidsverklaring wijkverpleegkundigen. MGZ 20e jaargang/juli/augustus 1992

BUIJSSEN, H. Kiezen tussen eerste en tweede deskundigheidsniveau: Waar ligt de winst en wat is het verlies? MGZ 18e jaargang/februari 1990, p.12-15

CAMPEN, C. VAN, FRIELE, R.D., KERSSENS, J.J. Methods for assessing patient satisfaction with primary care. Review and annotated bibliography. Utrecht, NIVEL 1992

DOKTER, H. Experiment met coördinatie van zorg in Amsterdam Nieuw-West: Niet concurreren maar invoeren. MGZ 20 jaargang/maart 1991, p.8-10

EVERS, G.H.M., VERMEULEN,H. & VISSERS, A.M.C. De arbeidsmarkt in de zorgsector. Econo misch Statistische Berichten, 1-1-1992 p.9-12

GEHANDICAPTENRAAD. Interne notitie betreffende het heroverwegingsrapport 'Van samenwerken naar samengaan'. Gehandicaptenraad 1990

GOUDRIAAN, G. & SCHIPPERS, A. Vraaggericht werken in de thuiszorg. Tijdschrift voor de socia le sector, maart 1992, nummer 3

HERBSCHLEB, G. 'Laat gezinsverzorgster coördinerend bezig zijn, en niet alleen als poetsjuf frouw (interview met Deryckere, N.M.E.C., directeur Stichting Thuiszorg Utrecht) MGZ, 18e jaargang/juli/augustus 1990, p.24-26

JANSEN, P.G.M. & KERKSTRA, A. Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg, de functies van wijk verpleegkundige, wijkverpleegster en gezinsverzorgende nader omschreven. Utrecht: Nivel 1993

KRAMER, A. Indicatiestelling: wie wordt er beter van? MGZ, 19e jaargang/oktober 1991

KRUIJSWIJK-JANSEN, H. Indicatiestelling in de thuiszorg. TVZ nr.20/1991

LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG. Eerste commentaar van de LVT op het Rege ringsstandpunt omtrent Integratie van Kruiswerk en Gezinsverzorging. Bunnik, 5 januari 1991

MCFARLAND, G.K. & MCFARLANE, E.A. Nursing Diagnosis and Interventions. Planning for Patient care. St Louis: The C.V. Mosby Company 1989

MGZ. Interview met projectleidster mw Pacanda-Bolier over integrale Ouderenzorg Aalten. MGZ 19e jaargang/maart 1991, p.13

MINISTERIE VAN WVC. Heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan' Gezins verzorging en kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg. Rapport van de heroverwegingswerkgroepi doelmatigheidsonderzoek organisatiestructuur gezinsverzorging en kruiswerk. Ministerie van WVC, Rijswijk, februari 1990

MINISTERIE VAN WVC. Definitef kabinetsstandpunt met betrekking tot het Heroverwegingsrapport 'Van Samenwerken naar Samengaan', gezinsverzorgin en kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg, februari 1990

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies functiedifferentiatie in de verpleging. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1990

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Verpleegkundig Beroepsprofiel, Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1988

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Commentaar op rapport 'Van Samenwerken naar Samengaan', Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1990

NEDERLANDSE MAATSCHAPPIJ VOOR VERPLEEGKUNDE. Commentaar op het rapport 'Van samenwerken naar samengaan', Utrecht, 7 juni 1990

OREM, D.E. Verpleegkunde: ondersteuning van zelfzorg. Lochem: De Tijdstroom 1986

SLINGERLAND, P. & AMELSVOORT, F. VAN. Indiceren, een vak apart of een apart vak. MGZ, 19e jaargang, oktober 1991

SLINGERLAND, P. In de weer met standpunten en tegenstellingen. Intake en indicatiestelling ter discussie. MGZ 20e jaargang/september 1992

SLINGERLAND, P. & AMELSVOORT, F. VAN. Thuiszorg bemiddeld, achtergrond. Uitgangspunten en instrumenten voor een vraaggerichte benadering van intake en indicatiestelling. Utrecht: NIZW 1993

TITS, M.VAN & GROOT, W. Zorgen om kruiswerk en verzorging. TVZ nr.2/1991

VAN WESTERING, J. Ervaringen met geïntegreerde zorg in Emmen: substitutie wil zeggen: leren loslaten. MGZ 20e jaargang/januari 1992

VAN WESTERING, J. 'Wat sommigen als een uitholling ervaren is tegelijktertijd een verdieping' MGZ 19e jaargang/oktober 1991

VISSER, M.K. Gespecialiseerde gezinsverzorging. Katernen gezinsverzorging nummer 1, tweede herziene druk. Utrecht: Stichting Centrale Raad voor de gezinsverzorging 1986

VOGELS, L. Onbekwaamheidsverklaring? Ingezonden brief MGZ 20e jaargang/sepetember 1992

VRIELINK, H. Beleidsnota 1e en 2e deskundigheidsniveau. Amsterdam: SAK 1990

WIERCX, R. NIZW ontwerpt nieuw systeem. Frisse ideeën over intake voor hele thuiszorg. Tijd schrift voor Gezinsverzorging, februari 1991

DEEL 2

Beschrijving van de experimenten

1. INLEIDING

In dit deel wordt een beschrijving gegeven van de experimenten die in het onderzoek betrokken zijn. Bij die beschrijvingen wordt eerst een samenvatting gegeven van de geschiedenis van het integratieproces in de betreffende instelling. Daarna wordt ingegaan op de organisatie van de indicatiestelling, het geïntegreerde zorgaanbod en de coördinatie van zorg. Elk van de beschijvingen is door contactpersonen bij de betrokken instellingen op feitelijke onjuistheden gecontroleerd. In hoofdstuk 2 van deel 1 wordt een samenvatting van de beschrijvingen gegeven.
Hieronder worden de onderwerpen besproken die aan de orde zullen komen.

1.1 Indicatiestelling

Van een geïntegreerde indicatiestelling is sprake wanneer het mogelijk is dat één en dezelfde persoon (de intaker) zowel verpleging, verzorging als huishoudelijke hulp indiceert.
De verschillende wijzen waarop de indicatiestelling georganiseerd kan zijn, kunnen beschreven worden aan de hand van de vraag wie, in welke organisatievorm, welk onderdeel voor zijn of haar rekening neemt en wie welke beslissingen neemt op welk moment.

De verschillende aspecten van de intake zullen worden beschreven aan de hand van de volgende items.

- Aanmelding bij wie?
- Splitsing van aanmeldingen naar werksoort?
- In welke gevallen een geïntegreerde intake?
- Welk instrument wordt gebruikt bij de intake?
- Welke achtergrond heeft de intaker?
- Welke intaker doet welke intake?
- Wie maakt een verpleeg/zorgplan?
- Krijgt de cliënt een zorgcontract?
- Wijst de intaker ook een zorgcoördinator aan?
- In welke gevallen wordt overgegaan tot herindicatie?
- Wie doet eventuele herindicaties?

1.2 Geïntegreerd zorgaanbod

Een van de hoofddoelstellingen van de integratie van gezinsverzorging en kruiswerk is te komen tot een geïntegreerd zorgaanbod. Waar sprake is van een geïntegreerd zorgaanbod, worden huishoudelijke, verzorgende en verpleegkundige hulp vanuit één organisatie aangeboden. Een dergelijke organisatie kan op verschillende manieren gestalte krijgen. De verschillende varianten kunnen beschreven worden aan de hand van een aantal aspecten:

- samenstelling van teams naar functionarissen (kwalitatieve samenstelling)
- kwantitatieve samenstelling van teams
- grootte van het verzorgingsgebied
- verdeling van taken en verantwoordelijkheden:
    - wie coördineert het team
    - wie maakt zorg- en verpleegplannen
    - hoe wordt omgegaan met het 'grijze gebied' van taken

Het geïntegreerde zorgaanbod wordt ten eerste gekarakteriseerd aan de hand van de teamsamenstelling. In een niet-geïntegreerde situatie bestonden uitvoerende teams van instellingen voor gezinsverzorging uit helpenden en verzorgenden. In veel gevallen werd er door deze instellingen ook bemiddeld voor alpha-hulpverlening. Bij Kruisorganisaties ging het in de klassieke situatie om wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.
Een tweede aspect van het geintegreerde zorgaanbod is de kwantitatieve samenstelling van teams. In de geïntegreerde situatie zal ook moeten worden vastgesteld hoeveel deelnemers van iedere beroepsgroep de teams hebben.
In de derde plaats kunnen teams gekarakteriseerd worden door de frequentie en vorm van de contacten tussen de deelnemers. We kunnen ons bijvoorbeeld afvragen of er nog wel sprake is van een team als verschillende leden van dat team elkaar slechts één keer per kwartaal zien. In de klassieke situatie hadden wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden regelmatig overleg, bijvoorbeeld in de vorm van cliëntbesprekingen (Vorst-Thijssen et al., 1990). Gezien het feit dat het bij de gezinsverzorging over het algemeen om meer stabiele cliënten ging, was de overlegfrequentie daar minder groot (Janssen en Kerkstra, 1993).
In de vierde plaats kan tussen teams een onderscheid gemaakt worden in de grootte van het verzorgingsgebied. Dit kan op basis van het aantal inwoners dat door de verschillende teams wordt bediend.

Tenslotte wordt aandacht besteed aan de verdeling naar de taken en verantwoordelijkheden tussen verschillende functionarissen. Daarbij valt te denken aan de vraag hoe wordt omgegaan met het zogenaamde grijze gebied, waar de functieprofielen van wijkziekenverzorgenden en verzorgenden elkaar overlappen. Ook dient de vraag zich aan wie de functie van teamcoördinator moet vervullen. Hier valt weer te kiezen tussen iemand met een wijkverpleegkundige achtergrond of iemand die afkomstig is uit de gezinsverzorging. Een derde aspect is de vraag wie de coördinatie van zorg op zich neemt.

1.3 Coördinatie

Bij het begrip coördinatie wordt aandacht geschonken aan twee verschillende niveaus. Het eerste niveau betreft de activiteiten die betrekking hebben de coördinatie van het team, als zodanig. Dit wordt beschreven aan de hand van de volgende aandachtspunten:
- Wie coördineert het team?
- Welke taken heeft de teamcoördinator?
- Welke opleiding en achtergrond heeft de teamcoördinator?
- Welke overlegvormen kent men en hoe is de overlegfrequentie?

Het tweede niveau betreft de coördinatie van zorg rondom de individuele cliënt. Deze coördinatie van zorg wordt omschreven aan de hand van de volgende aandachtspunten:
- Wat wordt er onder zorgcoördinatie verstaan?
- Wie wijst een zorgcoördinator aan?
- In welke gevallen wordt een zorgcoördinator aangesteld
- Hoe wordt de zorgcoördinator gekozen?
- Wie kan als zorgcoördinator worden aangesteld?

Er wordt in de beschrijvingen aandacht besteed aan de inhoud van de term zorgcoördinatie. De definitie die men aan dit begrip geeft is niet in elke instelling gelijk.
Ten tweede wordt aandacht besteed aan de vraag wiens taak het is een zorgcoördinator aan te wijzen. In sommige instellingen gebeurt dit door een intaker en in andere instellingen door iemand anders.

Tevens zal worden gekeken in welke gevallen er een zorgcoördinator wordt aangesteld, welke criteria men daabij hanteert en welke functionarissen als zorgcoördinator kunnen fungeren.
Tenslotte wordt beschreven of men en instrument instrument gebruikt, bijvoorbeeld een logboek, waarin overdracht-gegevens van een cliënt kunnen worden genoteerd, wanneer er meerdere hulpverleners in een cliëntsituatie zijn betrokkken.

1.4 Opbouw van deel 2

In hoofdstuk 2 t/m 6 komen de projectgebieden aan bod, die geëxperimenteerd hebben met zowel een geïntegreerde intake als met geïntegreerde teams. Dat zijn Drenthe, Den Haag, Groningen stad, Schiedam en Twente. Hoofdstuk 7 t/m 10 beschrijven de gebieden waar men met een geïntegreerde intake werkte, maar nog met traditionele teams wijkverpleging en gezinsverzorging. Dit zijn de gebieden Zuid-West Friesland, Rotterdam, IJmond en Noord-West Veluwe. In hoofdstuk 11 en 12 komen Oost-Groningen en Midden Limburg aan de orde. Hier werkt men nog met een traditionele intake, dat wil zeggen voor beide disciplines apart en met traditionele teams wijkverpleging en gezinsverzorging.
In de kaders, die op de diverse plaatsen in de tekst staan, komen meningen en standpunten naar voren van degenen, die aan de interviews hun medewerking hebben verleend of die in evaluatierapporten naar voren kwamen. De informatie is verzameld in november-december 1992. Het betreft dan ook informatie die geldig is op het moment van verzameling.

2. DRENTHE

2.1 Algemene gegevens van het projectgebied

In de gehele provincie Drenthe was al geruime tijd sprake van samenwerking op verschillende terreinen tussen kruiswerk en gezinsverzorging. Mede onder invloed van politieke en maatschappelijke factoren wilde men deze samenwerking verder uitbouwen en structureren met als doel een fusie en volledige integratie te bereiken.
Om dit te bereiken werd door acht betrokken instellingen voor gezinsverzorging en de kruisorganisatie, die al provinciaal georganiseerd was, in februari 1990 een "Stuurgroep Integratie Kruiswerk-Gezinsverzorging" ingesteld, die de mogelijkheden tot fusie en integratie van de werksoorten zou onderzoeken. De studie van deze stuurgroep heeft geleid tot een rapport, waarin de hoofdlijnen voor de fusie zijn uiteengezet (bron: Integraal Fusierapport Thuiszorg Drenthe). De fusieplannen werden in september 1990 door alle betrokken instellingen onderschreven en het rapport werd in maart 1991 gepubliceerd. De integratie zal in januari 1994 een feit zijn.
De naam van de nieuwe thuiszorgorganisatie is: Stichting Thuiszorg Drenthe". De organisatie richt zich op een klantgerichte thuiszorg in de gehele provincie Drenthe.
Er zijn 4200 werknemers bij de fusie betrokken. Het werkgebied telt 445.000 inwoners.
In het kader van de beoogde fusie tussen kruiswerk Drenthe en de instellingen voor gezinsverzorging werd een experiment uitgevoerd, genaamd Geïntegreerde zorg Emmen (G.Z.E.), met geïntegreerde zorgteams. Deze teams boden de volgende functies:

- medisch technische verzorging
- verpleegkundige verzorging
- lichamelijke verzorging en reactivering
- huishoudelijke verzorging
- psycho-sociale begeleiding
- patiëntenvoorlichting.

Alphahulp, gespecialiseerde gezinsverzorging, ouder- en kindzorg en collectieve preventieve activiteiten vielen buiten het experiment. Wel werd aandacht besteed aan het ontwikkelen en invoeren van een van de uitvoerende zorg

gescheiden intake en indicatiestelling.
De experimentele periode besloeg een half jaar, te weten van november 1990 tot 1 juni 1991. Bij het tot stand komen van dit rapport was het experiment dus al ruim anderhalf jaar beëindigd.
Algemeen doel was het aandragen van informatie vanuit een experimentele praktijk met betrekking tot de toekomstige organisatie van uitvoerende zorg. Meer specifieke doelen waren het opdoen van ervaring met betrekking tot de effectiviteit en efficiëntie van zowel de leiding als de uitvoering van zorg binnen geïntegreerde dagzorgteams wijkverpleging/gezinsverzorging (substitutie) en het gebruik van TIRS (Thuiszorg indicatie en registratie systeem) in dit verband (bron: eindevaluatie GZE project).
Er waren twee experimentele gebieden, namelijk Klazinaveen-Nieuw Dordrecht en Angelslo.
De hierna volgende beschrijving geeft weer hoe tijdens het experiment de werkwijze was ten aanzien van de indicatiestelling, het geïntegreerde zorgaanbod en de coördinatie.

2.2 Indicatiestelling

Het experiment heeft plaatsgevonden in de gebieden Klazinaveen-Nieuw Dordrecht met 4.400 inwoners en Angelslo, een wijk in Emmen met 7000 inwoners.
In elk van deze gebieden was een geïntegreerd team werkzaam en voor elk een intaker. In Klazinaveen-Nieuw Dordrecht was de teamleider een wijkverpleegkundige, de intaker daar kwam uit de gezinsverzorging. In Angelslo was dit precies andersom. De intakers deden alle voorkomende intakes, dus voor beide werksoorten.
Voor aanmelding kon een cliënt tijdens kantooruren terecht op het centrale kantoor en op enkele decentrale punten van Thuiszorg Drenthe in Emmen. Daarbuiten was Thuiszorg Drenthe te bereiken via een provinciaal 06-nummer. Dit was echter alleen voor urgente gevallen en voor cliënten die al in zorg waren. Voor aanmeldingen werd men naar de kantooruren verwezen.
Het eerste contact bij de aanmelding was met de telefonist. Eigenlijk kon men hier (nog) niet van een echte loketfunctie spreken, waar men ook met allerlei vragen terecht kon, want de opbeller werd direct doorverbonden met degene die hij/zij moest hebben, zodat het hier eigenlijk meer de werkzaamheden van een receptioniste/telefoniste betrof.
Men streeft voor de toekomst naar een decentrale loketfunctie, waar door de

loketfunctionaris vraagverheldering plaatsvindt, volgens een vast protocol, en tevens beoordeeld wordt of een intake dient te worden gedaan, waarvoor dan tevens de afspraak wordt gemaakt. De loketfunctionaris geeft tevens informatie, schrijft in voor cursussen of verzorgt de formele procedure bij kraamhulpaanvraag of personenalarmering. Zonodig wordt doorverbonden met een manager of een betrokken uitvoerende functionaris (bron: notitie afstemming loket met andere functies). In de toekomst wil men tevens, waarschijnlijk in combinatie met de loketfunctie, een aantal inlooppunten creëren, bijvoorbeeld bij de thuiszorgwinkels.

Wanneer het tijdens het experiment dus een hulpaanvraag betrof voor het experimentele gebied, dan werd men doorverbonden met de betreffende intaker. Wanneer de intaker niet aanwezig was dan werd aan de hulpvrager medegedeeld dat deze zo spoedig mogelijk zou worden teruggebeld. De telefoniste werkte daarbij wel volgens een vast protocol met betrekking tot het opvragen van gegevens. Deze gegevens beperkten zich veelal tot naam, adres en telefoonnummer, omdat men wilde voorkomen dat de cliënt zijn/haar verhaal twee maal zou moeten doen. Men hanteerde daarbij geen formulier. Wanneer er geen intake plaats behoefde te vinden, bijvoorbeeld bij kraamhulp of personenalarmering dan werden door de telefoniste de door de cliënt in te vullen formulieren verzonden.

De intaker had dus al in een heel vroeg stadium van de aanmelding zelf contact met de hulpvrager. Tijdens dat eerste contact werden alle gegevens die noodzakelijk waren voor de aanmelding telefonisch opgevraagd, de vraag werd verhelderd en er werd een afspraak voor het intake-bezoek gemaakt, dat doorgaans binnen twee dagen plaatsvond. Bij urgentie werd vaak nog voor dezelfde dag een intakebezoek afgesproken. De intakers in de experimentele gebieden deden alle soorten intakes. Wanneer de intaker vanuit de gezinsverzorging kwam, terwijl de hulpvraag van complexe verpleegkundige aard was, bestond er wel een mogelijkheid voor een zogenaamde verlengde intake door een wijkverpleegkundige. De hulpvraag was dan al verhelderd en het benodigde deskundigheidsniveau was vastgesteld. De wijkverpleegkundige richtte zich bij zo'n verlengde intake alleen op de inhoud van de zorg.
Op grond van de informatie van de cliënt vond tijdens de intake een verheldering van de hulpvraag plaats. Samen met de cliënt en eventuele mantelzorg werd bepaald welke (kwaliteit en kwantiteit) hulp noodzakelijk was.

Eigenlijk heeft men tijdens het experiment met twee modellen voor de intake

gewerkt. In Klazinaveen werkte een intaker die afkomstig was van de gezinsverzorging. In dit model werd een globale beschrijving gegeven van de patiëntsituatie. Daarna vulde de wijkverpleging bij een 'verlengde' intake zelf de verpleegkundige diagnose, de verpleegdoelen en de verpleegkundige acties in. In Angelslo, waar de intaker een wijkverpleegkundige was, werd niet alleen de cliëntsituatie beschreven, maar ook de te behalen doelen in de zorgverlening en de acties die daartoe dienen te worden ondernomen.
In beide gevallen was de teamleider degene die besliste over de inzet van menskracht. Deze is bevoegd om van de geïndiceerde inzet af te wijken maar dient dat wel met redenen te omkleden, omdat de indicatiestelling in principe bindend is.

Tijdens de intake werd het TIRS-formulier gebruikt. Men formuleerde aan de hand van drie velden (lichamelijk, geestelijk en huishoudelijke terrein) wat de tekorten waren. Gerelateerd daaraan omschreef men de doelen.
Het TIRS bevat ook een soort codesysteem, waarmee samenvattend was aan te geven hoe ernstig de tekorten op de drie gebieden waren. Op grond van deze code werd de urgentie bepaald. Bijvoorbeeld iemand die zowel op verpleegkundig-, psycho-sociaal- en huishoudelijk gebied tekorten ervoer, kreeg meer urgentie dan iemand die alleen tekorten ervoer op huishoudelijk gebied.

- Het TIRS bood te weinig ruimte om een gezinssituatie goed en in zijn geheel te beschrijven. Er was meer aandacht voor medische en verpleegtechnische zaken. Er was naar verhouding minder aandacht voor de sociale kant en voor aspecten van de huishouding (bron: interview).
- Het TIRS richtte zich op het individu, terwijl men in de thuiszorg eigenlijk aan het gehele systeem aandacht dient te geven (bron: interview).
- Het TIRS vroeg veel tijd aan administratie. Om het formulier goed in te vullen moest men het in zijn geheel doornemen, terwijl dat voor de hulpvraag op zich lang niet altijd nodig was (bron: interview).
- In de loop van het project zijn enkele onderdelen van het TIRS aangepast, om ze gebruikersvriendelijker te maken (bron: Evaluatie project G.Z.E.).
- Ook na het project is de ontwikkeling van het TIRS doorgegaan. Men zoekt aansluiting bij landelijke ontwikkelingen op dit gebied en het model van zorgtoewijzing van het NIZW zal worden opgenomen (bron: Evaluatie project G.Z.E.).

De complexiteit en het daarbij passende deskundigheidsniveau werd bepaald aan de hand van eigen ervaring en met behulp van het 'model voor deskundigheidstoewijzing' van het NIZW. Dit alles resulteerde in een indicatiestelling en de opstelling van een zorgplan, waarin globale doelen waren omschreven. Na de intake kreeg de cliënt schriftelijk medegedeeld wat voor hem/haar

geïndiceerd was, wat daarbij de meest wenselijke situatie was (uren, tijdstippen) en op welke termijn de hulp gerealiseerd ging worden (al of geen wachtlijst). Men noemde dit echter geen zorgcontract.
De resultaten van de intake werden doorgegeven aan de teammanager. Deze regelde de feitelijke inzet van de hulp.
Tijdens het experiment heeft men de indicatie als bindend beschouwd. Daar zijn geen problemen uit voort gekomen, omdat men voor het experimentele gebied, tijdens de periode van het experiment toestemming had om uurcontracten van hulpverleners zonodig uit te bereiden. In de experimentele periode heeft men dus ook geen wachtlijst gehanteerd.

Bij de intake was de hulpvraag van de cliënt zodanig vertaald, dat de uitvoerende functionaris voldoende informatie had om de hulpverlening te starten. In de zorgverleningssituatie werd door de verantwoordelijke uitvoerende het zorgplan nader gespecificeerd en werden de doelen specifiek omschreven. De verantwoordelijke uitvoerende droeg er tevens zorg voor dat het zorgaanbod goed op de individuele situatie bleef afgestemd. Zonodig vond 'bijstelling' van de hulp plaats. Dit was niet meer dan een wijziging in het zorgplan. Wanneer er essentiële veranderingen optraden, bijvoorbeeld verandering van de hulpsoort, dan was het de verantwoordelijkheid van de teammanager om te zorgen dat er een herindicatie plaatsvond. Daarnaast vond er een standaardherindicatie plaats éénmaal per zes maanden. Ook dat was de verantwoordelijkheid van de teammanager. De intakers hadden geen rol bij de herindicatie, tenzij ze daarvoor werden geconsulteerd.
De herindicatie bij AAW-hulp, waarbij de instelling slechts bemiddelde, werd wel door de intaker uitgevoerd.

Bij het experiment waren twee teams betrokken, waarbij aan elk team een intaker gekoppeld was. Zo'n intaker was dus wel op de hoogte van de situatie van het team waarvoor zij indiceerde. De intake was wel losgekoppeld van de uitvoering van de hulpverlening. Dat wil zeggen dat degene die als intaker functioneerde niet daarnaast belast was met de uitvoering van taken.

2.3 Geïntegreerd zorgaanbod

In de experimentele gebieden Angelslo en Klazinaveen-Nieuw Dordrecht heeft men gedurende de experimentele periode met geïntegreerde teams gewerkt.
Voorafgaand aan het experiment bestond bij de gezinsverzorging al van 1988

de tendens om te werken in wijkteams. Er is veel aandacht geweest voor teamontwikkeling en voor de uitvoerende gezinsverzorgenden en helpenden bleek het van groot belang te zijn om tot een team te behoren.
In de wijkverpleging was die situaties anders. Daar werkte men al veel langer in kleine teams voor een bepaalde wijk. Eenieder had daar bovendien een grotere mate van verantwoordelijkheid en autonomie, dan bij de gezinsverzorging het geval was.

Tijdens het experiment bestonden de geïntegreerde teams uit 18 personen, onder leiding van een teamleider hier ook wel 'operationeel manager' genoemd.
Het team in Angelslo had een teammanager afkomstig uit de gezinsverzorging. Deze had een MBO-sd opleiding en een ruime ervaring in het leiden van teams. In de beginsituatie aldaar werd een deel van een zelfstandig team van de wijkverpleging (drie personen) toegevoegd aan een bestaand en veel groter wijkteam van de gezinsverzorging, dat al lang bestond. Het gehele team bleef werken onder de leiding van de zelfde leidinggevende van de gezinsverzorging.
Het team Klazinaveen-Nieuw Dordrecht had als teamleider een wijkverpleegkundige. In Klazinaveen-Nieuw Dordrecht werd aan een wijkteam van de gezinsverzorging een deel van een jong en hecht team van de wijkverpleging toegevoegd, tevens kreeg men daar ook een andere leidinggevende, namelijk een wijkverpleegkundige.
Beide teams boden verpleging, verzorging reactivering, huishoudelijke hulp, psycho-sociale hulp en begeleiding. Bij de taakafbakening tussen de verschillende functionarissen van het team baseert men zich op functieprofielen en het NIZW-model.

Eigenlijk kan men bij het experiment met geïntegreerde zorgteams over twee verschillende fases spreken. Na de eerste periode van drie maanden heeft een tussenevaluatie geleid tot ingrijpende wijzigingen. De belangrijkste wijziging heeft plaatsgevonden in de teamsamenstelling. Het team is als het ware na drie maanden opgesplitst in twee 'subteams'.
De ongediplomeerde helpenden bleken doorgaans in stabiele situaties te werken waar voornamelijk om huishoudelijke zorg werd gevraagd. Het was daarom niet zinvol dat zij alle overlegsituaties bijwoonden. Een andere wijziging was dat de wijkverpleegkundige van het team zich als het ware buiten het team stelde en meer begon te fungeren als externe deskundige.

- Er is zeker sprake geweest van een cultuurverschil tussen de werksoorten. Dit heeft men geprobeerd op te lossen door informele bijeenkomsten (etentjes, bowlen). Dat heeft goed gewerkt. En het werkt eigenlijk ook nu na het experiment nog door.
- Een positief punt van het project voor de gezinsverzorgenden was, dat deze bewuster hebben leren omgaan met hun eigen professie. Ze zijn hun eigen werk ook meer gaan waarderen (bron: interview).
- Tijdens het experiment heeft men in Angelslo met betrekking tot substitutie gekozen voor een groeimodel, dat wil zeggen dat de substitutie zich al werkende zou moeten ontwikkelen. Er is daarom niet bewust geïntervenieerd om substitutie te bereiken.
  Er heeft geen extra substitutie plaats gevonden van het eerste naar het tweede deskundigheidsniveau in de wijkverpleging. In de eerste periode van het experiment vond wel substitutie plaats van het tweede deskundigheidsniveau van de wijkverpleging naar de gezinsverzorging.
  In team Klazinaveen-Nieuw Dordrecht vond meer substitutie plaats. Daar werkte men vooraf aan het experiment al aan substitutie van het eerste naar het tweede deskundigheidsniveau in de wijkverpleging. Ook was de samenwerking tussen de wijkverpleging en de gezinsverzorging daar voorafgaande aan het experiment al verder gevorderd. Tevens waren de diverse functietypen in aantal daar beter afgestemd op de zorgvraag.
- Dat substitutie niet optimaal bereikt werd is te wijten aan een complex van factoren:
  - de keuze van de leiding om daar niet in te sturen
  - een "domeinstrijd" tussen het tweede deskundigheidsniveau van de wijkverpleging en de gezinsverzorgenden
  - een te laag aantal wijkziekenverzorgenden en verzorgenden en een teveel aan wijkverpleegkundigen
  - pas in de tweede fase van het project kwam een instrument beschikbaar voor zorgtoewijzing aan verschillende deskundigheidsniveaus
  - De deskundigheidsniveaus waren per team niet evenwichtig verdeeld en afgestemd op de zorgvraag, in Angelslo waren er in het subteam van de gezinsverzorging relatief veel ongediplomeerden en weinig gediplomeerden. De wijkverpleging had daarom bedenkingen tegen de substitutie (bron: eindevaluatieproject GZE)

Voor de toekomst heeft men het volgende voorstel ontworpen voor de thuiszorg in Drenthe. Het werkgebied van de provincie Drenthe wordt onderverdeeld in drie regio's: Noord, Zuid-Oost en Zuid-West, die elk onder leiding staan van een rayonmanager.
In die regio's zal een aantal teams werkzaam zijn die alleen huishoudelijke zorg verlenen (HHD-teams). Deze teams staan onder leiding van een operationeel manager.
Voor de organisatie van de sector Verzorging, Verpleging en Revalidatie (VVR) gaat men voor de toekomst uit van teams die geïntegreerde zorg en hulp verlenen. Deze VVR-teams zullen uit ± 20 personen bestaan (formatie van 12,9) en staan onder leiding van een teamleider (operationeel manager). Ze voorzien een werkgebied van 9.000 à 10.000 inwoners van zorg, in situaties

waar verzorging en verpleging nodig is. In de geïntegreerde teams zullen wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden en helpenden werkzaam zijn. Er zullen in het totaal 45 van deze teams worden geformeerd. Voor situaties waar alleen behoefte is aan huishoudelijke zorg zal vanuit HHD-teams hulp worden gegeven, deze richten zich alleen op huishoudelijke dienstverlening.
In de gespecialiseerde gezinsverzorging zijn 39 personen werkzaam (25,6 full time). Het voorstel voor dit type zorg is om voor elk van de drie regio's waarin Drenthe verdeeld is een team GGV te vormen, dat zal bestaan uit circa 13 personen. Deze teams zullen gedeconcentreerd werken, dat wil zeggen dat elk teamlid een eigen werkgebied heeft (bron: Voorstel organisatie Verzorging, Verpleging en Revalidatie, juli 1992 en uitwerking Sector Thuiszorg, oktober 1992).

2.4 Coördinatie

Tijdens het experiment was de teamcoördinatie in handen van een teamleider. Deze heeft de volgende taken:

- Inzet van het juiste personeel, bewaking van de kwaliteit van zorg en het signaleren van de behoefte of noodzaak tot verpleging.
- Plannen en organiseren van de zorg
- Signaleren van bijscholingsbehoeften
- Netwerkontwikkeling en het verzorgen en in stand houden van bestaande contacten
- Het geven van leiding aan team onder verantwoordelijkheid van de betreffende hoofdwijkverpleegkundige of rayonmanager (bron: eindevaluatieproject GZE). De teammanager is niet betrokken in de directe uitvoering van de zorg.

Hierboven werd al vermeld dat er in het experiment twee fasen te onderscheiden zijn. De genoemde splitsing in de teams had ook gevolgen voor de overlegsituaties.
Voor de splitsing was er éénmaal per week planningsoverleg, waaraan alle teamleden deelnamen. Op deze bespreking kwam de planning aan bod en werden zorginhoudelijke zaken besproken.
Na de splitsing kwam er voor de ongediplomeerden een apart overleg, éénmaal per 14 dagen, waarop planning en zorginhoud aan de orde kwamen. Slechts éénmaal per twee maanden was er een themabespreking voor de

groep verzorgenden en helpenden. Dan werden er aan het beroep gerelateerde thema's besproken, zoals beroepsattitude, het werken bij dementerende cliënten en dergelijke.

- Het bleek niet zinvol en efficiënt om een teambespreking te hebben waarin alle teamleden vertegenwoordigd waren. De wijkverpleegkundige trok zich terug uit het overleg, omdat er stabiele situaties werden besproken, waar ze ook weinig mee te maken had (bron: interview).
  De helpenden werden gemakkelijk ondergesneeuwd door de hogere niveaus van het team (bron: interview).
- Een themabespreking eenmaal per twee maanden is te weinig, gezien de situatie dat je met een nieuw team moet leren werken (bron: interview).
- Wanneer ongediplomeerden niet meedoen aan het planningsoverleg, dient er voor gezorgd te worden dat er een situatie is waar men ervaringen kan uitwisselen en het werk kan bespreken. Omdat de ongediplomeerden vrijwel geen contacten hebben met teamgenoten voelen zij zich gemakkelijk buitengesloten. Dit werkt demotiverend (bron: interview).

Voor de coördinatie van zorg bij de individuele cliënt werd niet expliciet iemand aangesteld. De uitvoerende hulpverlener had de verantwoording in de zorgverleningssituatie. Afhankelijk van de deskundigheid van de uitvoerende hulpverlener had de teammanager daar een kleinere of grotere rol in. De teammanager informeerde regelmatig naar het verloop van de zorgverlening en had daarin de eindverantwoordelijkheid.

- Het zou juist zijn als er in de zorgverlening een persoon zou worden aangesteld die verantwoordelijk is voor de coördinatie van zorg en die ook tevens een daarvoor aanspreekbare persoon is (bron: interview).
- De coördinatie van zorg zou door functionarissen van meerdere deskundigheidsniveau kunnen worden uitgevoerd. Uiteraard moeten met name de functionarissen die van de gezinsverzorging komen, op dit gebied worden bijgeschoold (bron: interview).

Wanneer er meerdere disciplines in een gezinssituatie werkzaam zijn, gebruikt men een logboek. Dit is een onderdeel van het TIRS, waarin men bij de cliënt thuis, bijzonderheden in de zorgverlening en veranderingen in de situatie kan noteren en op deze wijze aan andere hulpverleners kan overdragen.

3. DEN HAAG

3.1 Algemene gegevens van het projectgebied

In Den Haag hebben de twee 'thuiszorg-instellingen': namelijk het Haags Kruiswerk en de Stichting Thuishulp, de Stichting Thuiszorg Den Haag opgericht. Het Haags Kruiswerk is een samenwerkingsverband dat voortkomt uit Het Groene Kruis en Het Oranje Groene Kruis. Men biedt er met 700 medewerkers zorg aan ± 30.000 gezinnen per jaar. De Stichting Thuishulp Den Haag is het resultaat van een fusie tussen vijf organisaties voor gezinsverzorging. Er werken 3.500 mensen, die verantwoordelijk zijn voor gezinsverzorging in 10.000 huishoudens.
Den haag heeft in het totaal ongeveer 445.000 inwoners.
Een centraal doel in de samenwerking tussen de twee stichtingen is het versterken van de Thuiszorg. Daarbij hanteert men de volgende uitgangspunten:
- één loket voor de cliënt
- één indicatie
- en, om dat te bereiken, een hechte samenwerking kruiswerk en gezinsverzorging en andere organisaties in de thuiszorg, zoals bijvoorbeeld maaltijdverstrekking (Tafeltje dek je), personenalarmering en dagverzorging en tijdelijke opvang (bron: Centra voor Thuiszorg, juni 1991).

Om die redenen is gekozen voor een gezamenlijke huisvesting voor een aantal van deze organisaties en de bemiddeling voor dit soort hulp, zodat de klant in principe voor alle vormen van thuiszorg op één adres, het Centrum voor Thuiszorg, terecht kan.
Met de gezamenlijke huisvesting van kruiswerk en gezinsverzorging is een start gemaakt in 1991. Op twee plaatsen in Den Haag, de Haagse Hout en Moerwijk zijn Centra voor Thuiszorg gevestigd. Deze moeten als voorbeeld dienen voor de rest van de stad, en vormen daarmee dus een experimenteel gebied voor Den Haag. In de toekomst zullen er voor de gehele stad dergelijke centra worden opgericht. In de centra voor thuiszorg zijn werkruimtes gevestigd voor een aantal functionarissen van de wijkverpleging en van de gezinsverzorging.
Daarnaast heeft het centrum een "loketfunctie". Volgens het oorspronkelijke plan zouden de Centra voor thuiszorg die "loketfunctie" vervullen voor allerlei

vormen van dienstverlening op het gebied van de thuiszorg, zoals thuishulp, thuisverpleging, maaltijdvoorziening, personenalarmering en dagbehandeling in een verpleeg-of verzorgingshuis. De cliënt zou met allerlei vragen over deze vormen van zorg bij het Centrum voor Thuiszorg terecht kunnen, waarop door het centrum een intake wordt verricht en de benodigde actie wordt ondernomen. De intake wordt in de Centra voor Thuiszorg verricht door een speciaal daarvoor aangestelde functionaris, de "zorgbemiddelaar" genaamd.
In de huidige situatie is het aantal vormen van dienstverlening waarvoor men bij de centra voor thuiszorg terecht kan echter veel beperkter dan hierboven omschreven. Men kan zich er alleen aanmelden voor de functies die oorspronkelijk door kruiswerk en gezinsverzorging werden geboden. Voor dagverzorging, maaltijdverstrekking, voetverzorging en dagbehandeling kan men bij het loket nog niet terecht.

- Sommige van de zorgbemiddelaars geven aan dat zij liever volgens de oorspronkelijke brede opzet hadden gewerkt, zij vinden de functie nu wat beperkt (bron: interview).
- De formatie van het intaketeam Haagse Hout is gepland op basis van de oorspronkelijke opzet, namelijk 4 personen, 1,5 formatie voor de gezinsverzorging en 1,5 formatie voor wijkverpleging. Als gevolg van het beperkte pakket van diensten dat men nu aanbiedt, blijkt dit te ruim, wat als gevolg heeft dat de zorgbemiddelaars soms niet voldoende werk hebben. Dit wordt al storend ervaren. Via natuurlijk verloop zal dit zich over enige tijd oplossen (bron: interview).

In de hierna volgende beschrijving worden de drie aspecten, waar dit onderzoek zich op richt, van het project: "Centra voor Thuiszorg" belicht.

3.2 Indicatiestelling

De eerste Centra voor Thuiszorg zijn opgericht in de experimentele gebieden Haagse Hout en Moerwijk.
Een hulpvrager of iemand die deze vertegenwoordigt kan contact opnemen met het centrum voor thuiszorg in de buurt waar hij of zij woont. Het centrum voor thuiszorg is op werkdagen bereikbaar van 8.00 uur tot 17.00 uur. Buiten deze uren kan gebeld worden naar het hoofdkantoor.
Een cliënt neemt voor de aanmelding vrijwel altijd per telefoon contact op met het Centrum voor Thuiszorg. Dit telefoontje komt binnen bij de receptie, bemand door een receptionist, die wanneer hij bemerkt dat het om een aanmelding gaat, meteen doorverbindt met de aanmeldfunctionaris.
Deze legt de hulpvraag vast. Zij hanteert daarbij een aanmeldingsformulier,

waarop naam, adres, algemene gegevens, aanleiding tot de hulpvraag en relevante bijzonderheden worden vermeld.

Rondom de aanmelding zijn er wel eens problemen:

- De aanmeldfunctionaris vraagt niet voldoende door.
- De aanmeldfunctionaris niet altijd op haar post.
- Het computersysteem valt regelmatig uit, zodat een zorgbemiddelaar op intake-bezoek gaat, terwijl de cliënt al in zorg is (bron: interview).

De gegevens worden ingevoerd in de computer, waarbij wordt nagegaan of de cliënt nieuw of al in zorg is. Vervolgens wordt het aanmeldformulier in het postvakje van de zorgbemiddelaars gedeponeerd. Spoedaanvragen worden persoonlijk doorgegeven aan een zorgbemiddelaar. De praktijk leert dat er in vele gevallen inderdaad een zorgbemiddelaar op het centrum aanwezig is.
De aanmeldfunctionaris heeft een LBO of MBO opleiding op administratief gebied. Zij richt zich alleen op het administratieve gedeelte van de aanmelding en geeft deze vervolgens door aan het intaketeam. Het intaketeam bestaat uit meerdere personen. In de Haagse Hout zijn er bijvoorbeeld vier, waarvan twee personen (1,5 formatie) met een wijkverpleegkundige achtergrond en twee (1,5 formatie) afkomstig uit de gezinsverzorging. De zorgbemiddelaars hebben minimaal een HBO-opleiding (HBOV, MGZ, HBO-bejaardenwerk, THW of gelijkwaardig). Verder is enige jaren ervaring in (leidinggevende) functies in wijkverpleging of gezinsverzorging gewenst.
Na binnenkomst van de aanmelding bepaalt de zorgbemiddelaar die op dat moment aanwezig is de aard en de urgentie van de hulpvraag. Afhankelijk daarvan wordt zo snel mogelijk, soms al dezelfde dag, maar in elk geval binnen twee werkdagen, contact opgenomen met de hulpvrager. Men gaat er vanuit dat elke zorgbemiddelaar elke intake moet kunnen doen. Wanneer de hulpvraag betrekking heeft op een specifieke deskundigheid, maakt men echter toch een keuze. Wanneer duidelijk is dat het om een specifieke verpleegkundige hulpvraag gaat, dan gaat de zorgbemiddelaar met de wijkverpleegkundige achtergrond. Wanneer de hulpvraag de huishouding of gespecialiseerde gezinsverzorging betreft, doet de zorgbemiddelaar afkomstig uit de gezinsverzorging de intake.

De zorgbemiddelaars van de verschillende achtergronden moeten meer naar elkaar toe groeien. Men hanteert ieder zijn eigen taal. Daarbij komt dat de zorgbemiddelaars afkomstig uit de gezinsverzorging wel op verpleegkundig gebied zijn bijgeschoold, maar de wijkverpleegkundige zorgbemiddelaars niet op het gebied van de gezinsverzorging. De benodigde specifieke deskundigheid voor het gebied van de gezinsverzorging is eigenlijk onderschat (bron: interview).

In principe verricht men een geïntegreerde intake, dat wil zeggen voor zowel gezinsverzorging als kruiswerk. Behalve natuurlijk als het om een eenvoudige en enkelvoudige hulpvraag gaat. Maar ook dan neemt de zorgbemiddelaar bij de intake wel altijd de gehele situatie in ogenschouw.
Men gebruikt bij de intake een set formulieren, de zogenaamde 'indicatieformulieren van CvT'. Dit is een set formulieren die door een projectgroep is ontwikkeld, op basis van bestaande intakeformulieren.

Over de gebruikte intakeformulieren is nog niet iedereen tevreden:

- Ze zijn nog niet geheel volledig.
- Er dient voor interne gebruik een goed mutatieformulier te worden ontwikkeld, waarop veranderingen in zorg kunnen worden geadministreerd, zonder dat weer alle algemene gegevens opnieuw moeten worden overgenomen.
- De intakeformulieren bieden te weinig ruimte voor het goed omschrijven van de volledige psycho-sociale problematiek. Dit is voor de wijkverpleegkundige minder een probleem, omdat zij zelf in de verzorgingssituatie komen, maar voor de leidinggevende van de gezinsverzorging speelt dit probleem wel. Zij hebben alleen "papieren" informatie en moeten op grond daarvan de overdracht doen naar de gezinsverzorgende.
- Niet iedereen is tevreden over het urgentiesysteem dat wordt gebruikt bij de intake. Door middel van een score geeft men de zelfredzaamheid aan op lichamelijk-, huishoudelijk- en psycho-sociaal gebied. De scores geven echter te weinig informatie om op correcte en realistische wijze de situatie te beschrijven (bron: interview).

De intake is erop gericht de hulpvragen te inventariseren, te verduidelijken en de zorg- en verpleegkundige problemen te formuleren. Verder wordt een inschatting gemaakt van de hoeveelheid en duur van de hulp. Ook wordt de mate van urgentie bepaald. Men baseert zich daarbij op de uitval van functies. Wanneer iemand veel uitval van functies heeft en weinig kan terugvallen op een partner of mantelzorg dan is een situatie urgent. De zorgbemiddelaar stelt tevens de complexiteit vast en het voor de betreffende situatie gewenste deskundigheidsniveau. Bij het vaststellen van de complexiteit baseert men zich op de mate van het zelfzorg-tekort, de aanwezige mantelzorg en de hele medische en sociaal-psychische situatie van de cliënt. Er worden geen concrete criteria gehanteerd. Eigen inzicht en ervaring spelen een belangrijke rol bij het bepalen van het juiste deskundigheidsniveau. Ter ondersteuning gebruikt men ook een deel van het intakeformulier, waarop men aankruist welke taken dienen te worden verricht. Daarbij is tevens aangegeven door welke functionarissen deze mogen worden verricht.
De zorgbemiddelaar formuleert bij de intake globale doelen en gaat daarbij uit van de vraagstelling van de cliënt. De verantwoordelijke uitvoerende werkt een verpleeg/zorgplan uit met daarin de meer specifieke doelen. De verantwoor-

delijke uitvoerende draagt er tevens zorg voor dat de doelen tijdig worden bijgesteld. Dat kan zonder tussenkomst van de zorgbemiddelaar.
Wanneer de indicatie op deze wijze is afgerond, gaat de set met formulieren naar de manager van het betreffende team. De teammanager is verantwoordelijk voor de inzet van de hulp. De indicatiestelling is in principe bindend. Regelmatig blijkt echter dat de geïndiceerde hulp wegens personeelskrapte niet inzetbaar is. De teammanager dient echter wel zo goed mogelijk aan de indicatie tegemoet te komen. Wanneer geen passend hulpaanbod kan worden gedaan bij een cliënt die verpleging of verzorging behoeft, zal men zonodig een beroep doen op een functionaris met een deskundigheidsniveau dat hoger is dan het geïndiceerde. Wanneer de indicatie alleen huishoudelijke hulp betreft, gaat men in dat geval over tot plaatsing op een wachtlijst.

In Moerwijk geldt het volgende: de indicatie is bindend, in die zin dat de zorgverlenende instantie gedwongen is daartoe te wijzen dat is geïndiceerd. Men begint dan ook altijd met datgene in te zetten dat in het inzet-advies is beschreven. Wanneer men in het verloop van de tijd afwijkt van de gestelde indicatie, dan dient de indicatie veranderd te worden en daarvoor is de zorgcoördinator verantwoordelijk. Dat is degene die de zorg voor de individuele cliënt coördineert. Tot op heden heeft men voor verpleging en verzorging altijd kunnen inzetten volgens indicatie. Er zijn geen wachtlijsten. Een en ander is zeker te danken aan de creativiteit van de leidinggevenden en aan het feit dat men wekelijks een bespreking houdt, waarin wordt nagegaan of de aanvragers hulp hebben gekregen. Wanneer dat niet zo is, dan moet dat worden verantwoord. Dit blijkt als prikkel te werken om tijdig hulp in te zetten. Het werkt erg goed (bron: interview).

Wanneer men in de Haagse Hout niet aan de indicatie tegemoet kan komen gaat men, wanneer het thuishulp betreft, niet altijd in overleg met de zorgbemiddelaar. Soms wordt de indicatie zonder diens tussenkomst aangepast.
Indicaties voor de thuiszorgteams worden meestal met mondelinge toelichting door de zorgbemiddelaar aan de thuiszorgmanager overgedragen. Wanneer men in deze teams niet aan de indicatie tegemoet kan komen, overlegt men met de zorgbemiddelaar hoe een ander passend hulpaanbod kan worden gedaan. Soms zet men een hoger deskundigheidsniveau in, dan werd geïndiceerd (bron: interview).

De cliënt krijgt geen zorgcontract, maar wel een afsprakenformulier, waarop de indicatie is vermeld. Daar wordt bij vermeld dat het hier om een advies gaat. Men kan aan dit formulier geen rechten ontlenen. Immers men weet op het moment van de intake niet of datgene wat geïndiceerd is ook werkelijk geboden kan worden.
De werkwijze rond de indicatiestelling is in Moerwijk de zelfde als in Haagse Hout. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de indicatie ligt geheel bij de zorgbemiddelaar.

In de interviews werden de volgende voordelen van de nieuwe werkwijze rondom de indicatiestelling naar voren gebracht:

- Door loskoppeling van intake en zorgverlening wordt meer objectiviteit bereikt.
- Door het werken met aparte intakefunctionarissen geschiedt de intake grondiger en men is er bewuster mee bezig. De intake is als het ware een specialisme geworden.
- Er bestaat nu een soort protocol voor het verrichten van de intake. Daar voor werd veel ad hoc gewerkt.
- Door het bestaan van een intake-team is vervanging geen probleem meer. Dat was voorheen wel het geval. Toen was er voor een deel van een wijk een intaker, maar bij diens afwezigheid bleven de intakes liggen.
- De wijkverpleegkundigen in het project hebben erg moeten wennen aan een losgekoppelde intake. Het is gebleken dat een persoonlijke overdracht van de intake, veel onvrede kan wegnemen en het gewenningsproces bevordert.

De hulpverlener van de zorgsoort die het meest betrokken is bij de zorgverlening, zorgt voor de zorgcoördinatie. De zorgcoördinator stelt het zorgplan op en werkt de globale doelen die bij de intake zijn gemaakt op specifiek wijze uit. Tevens zorgt de zorgcoördinator er voor dat de zorg goed blijft afgestemd op de individuele behoefte van de cliënt en stelt zonodig het zorgplan bij.

Voor thuiszorg (verpleging of verzorging al dan niet gecombineerd met huishoudelijke hulp) dient minimaal twee maal per jaar een herindicatie plaats te vinden. Voor thuishulp (alleen huishoudelijke hulp) minimaal één maal per jaar. Wanneer de zorgsituatie zodanig verandert dat de hulp moet worden aangepast om nog goed op de hulpvraag te zijn afgestemd, dan dient eveneens herindicatie plaats te vinden. De zorgcoördinator, dat is degene die de zorg in de individuele cliëntensituatie coördineert, doet de herindicatie. Binnen het team verpleging en verzorging is de zorgcoördinator een wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende. Wanneer alleen huishoudelijke hulp verstrekt wordt, heeft de thuishulpmanager de coördinatie en doet in die situaties de herindicatie.
De zorgbemiddelaar toetst of de juiste procedure gevolgd is en of men volgens de richtlijnen ook nog recht heeft op hulp en fiatteert de herindicatie. De zorgbemiddelaar toetst tevens of het juiste deskundigheidsniveau is geïndiceerd en of er, daar waar dat mogelijk is, substitutie is toegepast.

Herindicatie gebeurt voor verpleging/verzorging door de verantwoordelijke uitvoerende. Voor de thuishulp wordt de herindicatie door de betrokken leidinggevende gedaan, in overleg met de betrokken uitvoerende. Dit belemmert de neutraliteit. Tevens zijn deze personen omdat ze zelf nooit meer bij de intake betrokken zijn, niet meer gewend om te indiceren, wat nadelig kan zijn voor de kwaliteit van de herindicatie.
Bij de herindicatie is voor een aantal betrokkenen bovendien niet duidelijk wie precies wat doet (bron: interview).

3.3 Geïntegreerd zorgaanbod

In de experimentele wijken in Den Haag, de Haagse Hout en Moerwijk, werkt men met geïntegreerde teams en met thuishulpteams. Daarnaast is er bemiddeling voor alphahulpverlening. In de Haagse Hout heeft men een apart buitenteam dat avond-, nacht- en weekendzorg verleent. In Moerwijk verleent men de verpleegkundige avond-zorg vanuit de stedelijke organisatie.
De geïntegreerde teams bestaan uit wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden en gezinshelpenden. Deze teams werken onder leiding van een Manager Thuiszorg. Deze heeft minimaal een HBO-opleiding en is verantwoordelijk voor het goed functioneren van het team. Het geïntegreerde team verzorgt het totale basispakket aan functies voor kruiswerk en gezinsverzorging. Een buitenteam bestaat uit wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en verzorgenden. Zo'n team biedt verzorging tijdens avonden, nachten en weekeinden. Daarnaast functioneren er, onder leiding van een manager Thuishulp, thuishulpteams die huishoudelijke hulp bieden in situaties waarin uitsluitend om huishoudelijke ondersteuning wordt gevraagd. Deze teams bestaan overwegend uit gezinshelpenden, waarvan het merendeel niet gediplomeerd is. De manager Thuishulp heeft minimaal een MBO-opleiding en ervaring met leidinggeven en met de gezinsverzorging.
In Moerwijk zijn 900 cliënten te verzorgen. Er zijn 131 formatieplaatsen voor de thuisverpleging en de thuishulp. In Moerwijk wordt gewerkt met twee geïntegreerde teams, bestaande uit drie wijkverpleegkundigen, twee wijkziekenverzorgende en acht à tien verzorgenden of helpenden, die werken met een dienstverband uiteenlopend van 50 tot 100%. Zo'n team staat onder leiding van een thuiszorgmanager. In de teams in Moerwijk zitten tevens verpleegkundigen die belast zijn met de weekenddienst. Voor de avonddiensten maakt men nog gebruik van de stedelijke kruisorganisatie. Er zijn in Moerwijk een achttal thuishulpteams (wordt na maart 1993 geherorganiseerd tot zes).
De Haagse Hout is onderverdeeld in drie kleinere wijken. Deze drie wijken

geven tezamen 1100 cliënten te verzorgen. In het totaal zijn er 163 formatieplaatsen. Elke wijk heeft een geïntegreerd zorgteam, dat zorg biedt in alle situaties waar verpleging en/of verzorging wordt gevraagd al of niet in combinatie met huishoudelijke hulp. Er is een buitenteam, onder leiding van een manager buitenteam, dat avond-, nacht- en weekendzorg levert. Daarnaast functioneren er voor de gehele Haagse Hout nog zeven hulpteams, die alleen huishoudelijke hulp geven.
In de geïntegreerde teams werken, zoals gezegd, vier verschillende typen functionarissen onder één regie. Daarmee wordt afstemmingsproblematiek sterk vereenvoudigd. Tevens kan men zo goede voorwaarden scheppen voor substitutie (bron: Rapport Centra voor Thuiszorg, 1991)

Het verschil in eigen bijdrage tussen wijkverpleging en gezinsverzorging maakt substitutie moeilijk. Immers de cliënten die overgeheveld worden van kruiswerk naar gezinsverzorging moeten veel meer gaan betalen, voor dezelfde dienst. Dit retributie-probleem is nog niet opgelost. In de praktijk houdt men er geen rekening mee en men zet de hulp in die nodig is. De klachten verwijst men naar het centrale kantoor (bron: interview).

De manager van een geïntegreerd team heeft een HBO-opleiding, ervaring in het leidinggeven en ervaring met kruiswerk en/of gezinsverzorging.
Onder de zorg van het geïntegreerde team valt een heel scala van taken van hoog complexe verpleegkundige zorg tot licht verzorgende werkzaamheden en huishoudelijke taken.
Men hanteert functieprofielen om het onderscheid tussen de verschillende functietypen te maken. Bij een aantal typen cliënten, is duidelijk wie daar zorg gaat verlenen, maar men onderkent ook dat er een groot grijs gebied is, waarop die taakafbakening niet zo duidelijk is. Momenteel wordt er veel over dit 'grijze gebied' gediscussieerd. De nieuwe werkwijze bij de indicatiestelling heeft daar een rol in gespeeld. Immers bij de indicatie wordt voor een bepaalde deskundigheid geïndiceerd. Dit bracht de discussie bij de beroepsbeoefenaren op gang. De discussie heeft er toe geleid dat er momenteel meer duidelijkheid is over de afbakening van taken dan voorheen het geval was.

In de interviews kwamen de volgende meningen naar voren over de zorgteams:

- Vooraf is onvoldoende nagedacht over de samenstelling van de zorgteams. Er zijn bijvoorbeeld te veel helpenden, terwijl meer cliënten juist zorg behoeven. Nu worden helpenden ingezet in situaties waar eigenlijk een verzorgende had moeten werken. Daarbij wordt soms de grens van het toelaatbare overschreden.
- Een geïntegreerd team moet niet te groot zijn.
- De praktijk leert dat men in staat is een goede sfeer te creëren en dat men elkaars werk weet te waarderen (bron: interview).

De manager van een Thuishulpteam heeft minimaal een MBO-opleiding. Het team bestaat uit 25 tot 35 personen. Het aantal is niet precies vast te stellen omdat de helpenden allemaal in deeltijd werken. Men gaat er in principe vanuit dat een team heeft een case-load van 2675 uren per 4 weken heeft.

In de interviews kwamen de volgende meningen naar voren over de hulpteams:

- De thuishulpteams bestaan bijna alleen uit ongediplomeerde helpenden, die onderling weer veel in niveau verschillen. Er zijn er met vrijwel geen opleiding, maar er zijn ook werkstudenten. Daarnaast gelden natuurlijk ook andere persoonlijke verschillen. De diversiteit in arbeidskrachten, zowel qua opleiding als qua vaardigheden , maakt groepsoverleg en begeleiding zeer moeilijk (bron: interview).
- In het gehele fusiegebeuren is weinig aandacht geweest voor de individuele werknemer. De groep van de helpenden is zeer kwetsbaar. Zij hebben vaak weinig opleiding en worden toch in moeilijke situaties ingezet. Helpenden moeten een beter op hen afgestemde begeleiding krijgen, bijvoorbeeld ook gericht op het maken van een zorgplan (bron: interview).

In Moerwijk zijn twee thuishulpmanagers die, naast het leidinggeven aan het thuishulpteam, ook belast zijn met het bemiddelen van de alpha-hulpverlening. In de Haagse hout is voor de bemiddelingshulp een aparte functionaris aangesteld: de bemiddelaar Alpha-hulp.

3.4 Coördinatie

De coördinatie van de geïntegreerde teams is in handen van de thuiszorgmanager. Deze geeft leiding aan het team, bewaakt de planning, initieert overleg, draagt zorg voor de dienstroosters en heeft de verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van het team. De thuiszorgmanager is niet betrokken bij de directe uitvoering van de zorg.
Een maal per week is er overleg met het gehele zorgteam, dus met alle functionarissen van het team. Op dit overleg komen de cliënten aan de orde en komen zaken aan de orde die iedereen van het team aangaan, bijvoorbeeld onderwerpen die verband houden met de organisatieveranderingen en nieuwe ontwikkelingen in de zorg- of hulpverlening . Daarnaast is er ook een maal per week overleg met alleen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Hier worden de cliënten besproken die alleen bij de wijkverpleging in zorg zijn.

Het managen van een geïntegreerd team:

- Overlegsituaties in het geïntegreerde team zijn moeilijk en vragen veel van het management, omdat er veel niveauverschil is. Voor de ongediplomeerd helpenden zijn de onderwerpen te abstract en de wijkverpleegkundigen zijn minder geïnteresseerd in inhoudelijke problemen van huishoudelijke aard. Tevens zouden de cliëntbesprekingen meer verdiept kunnen worden, maar dat is door de niveauverschillen weer niet haalbaar.
- Er is weinig aandacht geweest voor de bijscholing en begeleiding van de thuiszorgmanager. Op het moment is er een verbetering merkbaar. De thuiszorgmanager krijgt desgewenst van de teammanager thuiszorg supervisie, waarin aandacht wordt besteed aan het managen van een geïntegreerd team.
- De helpenden in de geïntegreerde teams zijn zeer gemotiveerd.
- In de geïntegreerde teams is de coördinatie van zorg sterk verbeterd, omdat men allemaal deel uitmaakt van hetzelfde team treedt men sneller met elkaar in contact.(bron: interview).

De coördinatie van een thuishulpteam is in handen van een thuishulpmanager. Deze geeft leiding en begeleiding aan het team dat vrijwel alleen uit ongediplomeerd helpenden bestaat. Hij/zij draagt zorg voor de planning, initieert overleg en heeft de eindverantwoordelijkheid voor het functioneren van het team. De thuishulpmanager is niet betrokken bij de uitvoering van zorg.
In een thuishulpteam heeft men één maal per zes weken overleg. Op dit overleg worden cliënten besproken, zorginhoudelijke onderwerpen en aspecten van de beroepshouding, zoals assertiviteit.
Men is momenteel bezig met de ontwikkeling van een opleidingsplan. In dat plan wordt voorgesteld om één maal per vier weken bijeen te komen. Het is de bedoeling dat in het eerste deel van de bijeenkomst, in de vorm van een college, voor een grote groep helpenden een bepaald onderwerp wordt besproken. Het tweede deel van de bijeenkomst wordt dan in kleine groepjes aan een bepaald thema gewerkt.

De coördinatie van zorg voor de individuele cliënt valt bij de geïntegreerde teams onder de eindverantwoordelijkheid van de thuiszorgmanager.
Doorgaans wordt deze gedelegeerd aan een uitvoerende, veelal een wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende, maar in laag complexe gevallen ook aan een verzorgende, die dan onder directe begeleiding van de thuiszorgmanager zorg draagt voor de coördinatie van zorg. Een belangrijk facet van de coördinatie van zorg is het maken van zorg- en verpleegplannen. Bij de intake worden globale doelen geformuleerd. De verantwoordelijke hulpverlener, de zorgcoördinator, maakt aan de hand daarvan een verpleeg/zorgplan. De zorgcoördinator zorgt voor de vaststelling van een individueel zorgplan.

Tevens bewaakt hij/zij dat de zorg van verschillende instanties goed op elkaar afgestemd wordt. In situaties waar meerdere hulpverleners betrokken zijn houdt men in de zorgverleningssituatie een schrift bij, waarin de verschillende hulpverleners hun bevindingen en bijzonderheden kunnen noteren. Dit schrift blijft bij de cliënt thuis. Een dergelijke rapportage wordt tevens als overdracht gebruikt.
Zodra het genoemde minimum aan in te zetten activiteiten niet meer in overeenstemming is met de behoefte (te veel of te weinig), dient herindicatie plaats te vinden. Deze herindicatie wordt verricht door de zorgcoördinator en daarna gefiatteerd door een zorgbemiddelaar.

De coördinatie van zorg voor de individuele cliënt valt bij een thuishulpteam onder de eindverantwoordelijkheid van de thuishulpmanager. In een aantal gevallen, afhankelijk van de deskundigheid en vaardigheden van de verzorgende of helpende en de complexiteit van de situatie, wordt deze aan een uitvoerende overgelaten, altijd onder min of meer directe begeleiding van de thuishulpmanager. Wanneer echter meer zorgverleningsinstanties in een zorgsituatie betrokken zijn en het thuishulpteam de meest betrokken instantie is, dan geschiedt de zorgcoördinatie doorgaans door de thuishulpmanager.

In het oorspronkelijke plan voor het experiment is men er vanuit gegaan dat de coördinatie door iedere betrokken zorgverlener uitgevoerd zou moeten kunnen worden. De helpenden en verzorgenden hebben niet geleerd om een zorgplan op te stellen, ze hebben de theoretische kennis niet. Die scholing moet er wel komen. Wanneer men verzorgenden en helpenden de zorgcoördinatie wil laten doen, moeten zij de juiste scholing krijgen en hun rooster dient te worden aangepast, immers zij zullen naast hun uitvoerende werkzaamheden ook tijd nodig hebben om te administreren en te plannen. Men zou zich kunnen afvragen of zo'n grootscheepse bijscholing efficiënt is, omdat het aantal gevallen waarvoor helpenden en verzorgenden zorgplannen moeten maken toch niet zeer aanzienlijk zal zijn (bron: interview).

4. GRONINGEN STAD

4.1 Algemene gegevens van het projectgebied

In de gemeente Groningen werken drie instellingen voor thuiszorg, namelijk:

- De Stichting Maatschappelijke Dienstverlening (Stima), een organisatie die zich richt op gezins- en bejaardenverzorging.
- De gereformeerde Stichting Gezins- en bejaardenverzorging (G.G.B.)
- De stichting Thuiszorg Het Groene Kruis.

In het begin van 1990 hebben Stima en het Groene Kruis de intentie uitgesproken om, binnen de gestelde termijn van twee jaar, te komen tot een integratie van de werksoorten en een fusie van de organisaties. Er is een draaiboek samengesteld en aanvaard door beide besturen, waarin wordt aangegeven hoe de fusie en integratie binnen de daarvoor toegemeten tijd kunnen worden gerealiseerd.

De nieuw te vormen thuiszorgorganisatie, met de naam Stichting Thuiszorg Stad, stelt zich het volgende ten doel:

- Een breed zorgpakket voor de gemeente Groningen, variërend van huishoudelijk werk tot medisch-technisch verpleegkundig handelen, waarbij het zorgaanbod in functionele termen is omschreven en de grenzen van de zorg zijn aangegeven. De zorg wordt gedurende 7 X 24 uur per week geboden.
- De thuiszorg wordt aangeboden door een organisatie, waarin wijkverpleging en gezinsverzorging geïntegreerd samenwerken.
- Er komt een loket waar de cliënt terecht kan voor de aanvragen van alle hulp op het gebied van thuiszorg.

Het werkgebied bestrijkt de gemeente Groningen met circa 170.000 inwoners. Het aantal betrokken personeelsleden bij STIMA is 500 en bij het Groene Kruis werken 900.

Gezien de grootte van de instelling is het ongewenst om de organisatie van de hulpverlening vanuit een centraal punt te regelen. Decentralisatie is nodig om tot een flexibele en beheersbare hulpverlening te komen. Verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp worden evenals alpha-hulp, avond-,nacht- en weekendzorg decentraal aangeboden. Tijdens de projectfase was het werkgebied van Groningen stad opgedeeld in drie rayons die in grootte vergelijkbaar waren. Deze rayons zouden zoveel mogelijk zelfstandig functio-

neren met een eigen budget. De directie bleef centraal georganiseerd, evenals de gespecialiseerde gezinsverzorging, intensieve thuiszorg, commerciële activiteiten en het uitlenen van artikelen.
Per 12 februari 1991 zijn de twee instellingen gekomen tot een bestuurlijke fusie. Het daadwerkelijk in elkaar schuiven en integreren van de organisaties is een geleidelijk en gefaseerd proces. In het kader van de fusie is men in Groningen medio 1990 met het "Project geïntegreerde wijkteams" gestart en wel in twee geografisch afgebakende stadsdelen, namelijk Selwerd/Tuinwijk en Groningen Zuid. In dit experiment heeft men gewerkt met een centrale intake en met geïntegreerde teams. Het project diende antwoord te geven op vragen die er leefden met betrekking tot
- de samenstelling van geïntegreerde wijkteams
- de managementfunctie van geïntegreerde wijkteams
- de centrale intake ten behoeve van de geïntegreerde zorgverlening
- de coördinatie van zorg

In de hierna volgende beschrijving wordt dit project, dat in juni 1992 werd beëindigd, besproken (Eindrapportage Project Geïntegreerde Wijkteams, 3 juni 1992). Aan de orde komen de indicatiestelling, het geïntegreerd zorgaanbod en de coördinatie.
Vanaf 1 januari 1993 werkt men in Groningen Stad volledig geïntegreerd. Men is afgestapt van de verdeling in drie rayons. Het werkgebied is nu opgedeeld in zeven werkeenheden, elk onder leiding van een Hoofd Werkeenheid.
De werkwijze nu komt niet meer geheel overeen met de wijze zoals die in de volgende paragrafen wordt beschreven en die dus alleen op het experiment van toepassing is.

4.2 Indicatiestelling

Het experiment met de intake vindt plaats in de zelfde wijken waarin men ook als experiment met geïntegreerde teams werkt, namelijk Selwerd/Tuinwijk en Groningen Zuid.
Het experiment moet inzicht bieden in:
- De voor- en nadelen van een scheiding tussen intake en uitvoering.
- De inhoud van de centrale intakefunctie.
- Functie-eisen die men aan een centrale intaker kan stellen.
- De verhouding van de centrale intake ten opzichte van de coördinator van zorg.

(bron: Eindrapportage Project Geïntegreerde wijkteams, juni 1992)

De aanmelding verloopt tijdens het experiment op de zelfde wijze als daarvóór, namelijk via de hoofdkantoren of via de spreekuren op de wijkgebouwen. De aanmelding geschiedt dus voor beide disciplines apart. De aanmelding wordt genoteerd op een daarvoor bestemd formulier. Dit formulier bestond al voor het experiment. Geregistreerd worden algemene gegevens en een korte omschrijving van de hulpvraag. Na registratie worden de aanmeldgegevens doorgegeven aan de betreffende intakers. Wanneer duidelijk is dat het om een vraag gaat die alleen van huishoudelijke aard is, gaat deze naar de afdeling centrale intake van de gezinsverzorging. In alle gevallen waar sprake is van een zorgaspect of als men daarover twijfelt gaat de aanvraag echter naar een wijkverpleegkundige intaker. Men kan dus voor de hulpvragen van huishoudelijke aard niet spreken van een geïntegreerde intake, want wanneer er bij een intake door de gezinsverzorging toch blijkt dat er om zorg gevraagd wordt, wordt alsnog de wijkverpleegkundige intaker ingeschakeld. De wijkverpleegkundige intaker verricht wel altijd een geïntegreerde intake.
Voor de functie van centrale intake worden tijdelijk twee wijkverpleegkundigen aangesteld in een duobaan. In de loop van het project wordt daaraan een derde toegevoegd. De intakers hebben alle drie veel ervaring als wijkverpleegkundige.
Men heeft gekozen voor iemand met een opleiding als wijkverpleegkundige, omdat men vond dat het verantwoord vaststellen van een verpleegkundige diagnose het best door een wijkverpleegkundige kon gebeuren.

Wanneer de intakers een aanmelding binnen krijgen wordt binnen twee dagen contact opgenomen met de cliënt en een afspraak gemaakt voor een intake bezoek. Tijdens dat intakebezoek maakt men gebruik van een set intakeformulieren. Deze zijn gebaseerd op het Registratie en Indicatiesysteem Thuiszorg (RIT), afkomstig van de LVT, het oorspronkelijke instrument dat bij de gezinszorg werd gehanteerd en het zorgtoewijzingsinstrument van het NIZW.
De intake is er op gericht om de hulpvragen te inventariseren, te verduidelijken en globale zorg- en verpleegdoelen te formuleren. Men beschrijft daarbij op het intakeformulier wat de reden van de hulpvraag is, het eventuele ziektebeeld en de cliëntsituatie van het moment. De cliëntsituatie wordt beschreven aan de hand van drie aspecten, lichamelijk/fysiek vermogen, psychisch/regelvermogen en de redzaamheid. Op deze categorieën is een score mogelijk van 0 tot 3. Op grond van deze score kan men inschatten hoe noodzakelijk de hulpinzet is, alsmede de hoeveelheid en de duur van de hulp. Voor de bepaling van de urgentie hanteert men de richtlijnen van het RIT, waarin vier ijkpunten zijn aangegeven namelijk: omvang, ernst en duur van uitval van

functies, ontbreken van eigen mogelijkheden of mantelzorg, spoedeisende karakter van de hulpvraag en de nadelige gevolgen van het uitblijven van de hulp. De urgentie wordt in drie categorieën aangegeven: minder urgent, urgent en zeer urgent.
Verder worden er op het intakeformulier alle taken ingevuld die door de wijkverpleging of gezinsverzorging moeten worden verricht. Voor het vaststellen van de complexiteit en het deskundigheidsniveau baseert de intaker zich op het zorgtoewijzingsinstrument van het NIZW.
De indicatiestelling door de intaker is bindend. Wanneer een teammanager het niet eens is met de indicatiestelling of er niet aan kan voldoen dan dient contact opgenomen te worden met de intaker.

- Voorafgaande aan het experiment werd geopperd dat het nogal eens voorkwam dat men bij een intake bepaalde zorg moest verlenen. Voor de periode van het experiment is afgesproken dat de intaker geen zorg uitvoert, tenzij directe hulp noodzakelijk was. Dit bleek tijdens de experimentele periode in 37% van de in het totaal 189 uitgevoerde intakes het geval te zijn (bron: Eindrapportage Project Geïntegreerde wijkteams, juni 1992).
- De uitvoerende krijgt van de intaker een enorm pakket papieren, terwijl hij/zij de cliënt nog niet eens gezien had. Dat werd als onprettig en inefficiënt ervaren (bron: interview).
- Een van de doelen van een centrale intake is om te komen tot een meer objectieve indicatiestelling. Echter tijdens het experiment ervoer men bij slechts drie intakers al persoonlijke verschillen. Dit doel is dus niet bereikt (bron: interview).

Als de intake is afgerond dan wordt deze overgedragen aan een wijkverpleegkundige van het betreffende team, die als coördinerend wijkverpleegkundige fungeert. Deze bepaalt op grond van de toegekende scores van het zorgtoewijzingsinstrument welk deskundigheidsniveau wordt ingezet. Deze coördinerend wijkverpleegkundige heeft de eindverantwoordelijkheid van de zorgverleningssituatie. Afhankelijk van de deskundigheid van de uitvoerende die wordt ingezet (eerste verantwoordelijke) is hij/zij tevens betrokken bij de het uitwerken van het zorgplan.
De herindicaties geschieden altijd via de intakers. Er is een vast moment voor herindicatie dat door de intakers bij de start van de zorgverlening al wordt aangegeven. Kleine veranderingen kunnen door de verantwoordelijke uitvoerende in het zorgplan worden door gevoerd. Bij essentiële veranderingen, zoals sterke uitbreiding van de hulp of verandering van deskundigheidsniveau wordt afdeling intake ingeschakeld.
De evaluatie, waarvoor ook al bij de intake een moment wordt vastgesteld, gebeurt door de verantwoordelijke uitvoerende hulpverlener, al of niet in samenspraak met de coördinerende verpleegkundige.

- Enkele conclusies met betrekking tot het experiment met centrale intake:
  - De centrale intake geeft met name bij een meervoudige en complexe hulpvraag onvoldoende informatie om een verpleegplan op te kunnen stellen.
  - Een gecentraliseerde intake wordt als cliëntvriendelijk beschouwd bij een gecombineerde hulpvraag.
  - De wijkverpleegkundigen missen het eerste contact met de cliënt en mantelzorg.
  - De scheiding intake en uitvoering doorbreekt het verpleegkundig proces.
  - De arbeidssatisfactie van de wijkverpleegkundigen wordt verlaagd door de splitsing van intake en uitvoering.
- Uiteindelijk heeft men na het experiment niet gekozen voor een intake die losgekoppeld is van de uitvoering. Elke hulpvraag met een zorgaspect, wordt door een wijkverpleegkundige in de eigen wijk gedaan. Er vindt in die gevallen altijd wel een geïntegreerde intake plaats. Alle wijkverpleegkundigen van een team doen intakes. Per team is één wijkverpleegkundige bijgeschoold op het huishoudelijk deel (bron: interview).
- Over het algemeen is men tevreden met de intakeformulieren. Het zorgtoewijzingsmodel heeft veel duidelijkheid gebracht. Het zorgtoewijzings-instrument, zoals dat tijdens het experiment is gebruikt, is nadien met enkele kleine aanpassingen algemeen ingevoerd.

In het experiment zijn eigenlijk alleen de geïntegreerde intakes betrokken geweest. Wanneer de hulpvraag alleen huishoudelijke hulp betreft is de werkwijze onveranderd. De intake wordt dan gedaan door een centrale intaker van de gezinsverzorging. De indicatiestelling daarbij is bindend. Soms maakt men gebruik van wachtlijsten of geeft men iets minder uren dan geïndiceerd is, maar men is dan wel verplicht om zo snel mogelijk aan de indicatie tegemoet te komen.

4.3 Geïntegreerd zorgaanbod

In twee wijken van Groningen is geëxperimenteerd met geïntegreerde teams. Het zijn de wijken Groningen Zuid en Selwerd/Tuinwijk.
De samenstelling van de teams verschilt per wijk.
In de wijk Selwerd/Tuinwijk heeft het geïntegreerde team (wijkteam 2) de volgende samenstelling: drie wijkverpleegkundigen, twee wijkziekenverzorgenden, vijf verzorgenden en negen helpenden. Het team staat onder leiding van een leidinggevende, die voorheen als hoofdwijkverpleegkundige werkte. Dit team biedt het totale zorgpakket aan die cliënten die zowel verpleegkundige als huishoudelijke zorg nodig hadden.
Naast dit geïntegreerde team werken er in deze wijk meerdere huishoudelijke teams (wijkteam 1), die hulp geven bij cliënten die alleen huishoudelijke zorg nodig hebben. Er zijn teams voor langdurige hulpverlening in de wijk en er is

een team voor kortdurende hulp dat op rayonniveau georganiseerd is.
In wijk Groningen Zuid heeft men een experimenteel team verpleging en verzorging, bestaande uit drie wijkverpleegkundigen, drie wijkziekenverzorgenden en elf verzorgenden. Het team staat onder leiding van een leidinggevende, afkomstig uit de gezinsverzorging. Dit team verricht alleen verzorgende en verplegende taken. De huishoudelijke zorg wordt verricht door twee teams huishoudelijke verzorging, ook als de cliënt naast die huishoudelijke zorg ook verzorging of verpleging behoeft. Bij een gecombineerde hulpvraag krijgt men dus hulp uit twee verschillende teams.
De wijkverpleging buiten kantoor-uren is op stedelijk niveau georganiseerd. Er zijn aparte weekend- en avondploegen die werken voor de gehele stad. De verzorgenden van de geïntegreerde teams werken wel buiten kantooruren. Men organiseert de weekend- en avondverzorging voor twee teams gezamenlijk.

- Omdat men in de wijk Selwerd/Tuinwijk het criterium hanteerde dat een cliënt alleen huishoudelijke zorg van het geïntegreerde team zou krijgen, als er ook behoefte was aan verzorging en verpleging, leidde dit tot cliënt-onvriendelijke situaties. Immers wanneer de situatie zodanig veranderde dat men in verloop van het hulpverleningsproces nog maar alleen huishoudelijke hulp nodig had, dan werd die verstrekt door een ander team. Dit zelfde gebeurde als omgekeerd een cliënt die alleen huishoudelijke hulp nodig had, maar na verloop van tijd ook verpleegkundige zorg. Een verandering in zorg leidde dan steeds tot een wisseling in hulpverleners. Om deze situatie te voorkomen heeft men in de loop van het project een verandering doorgevoerd, waarbij per situatie besloten kon worden dat een cliënt die zowel huishoudelijke zorg als verpleging behoefde toch de huishoudelijke hulp kreeg van een uitvoerende van het huishoudelijke team. Dit kwam er uiteindelijk op neer dat ongeveer 65 % van de huishoudens die hulp kregen van beide werksoorten een helpende kreeg uit het geïntegreerde team, de rest van de gezamenlijk cliënten kregen huishoudelijke hulp van het huishoudelijke team.
- Als conclusie oppert men dat deelname van helpenden in een geïntegreerd team niet bijdraagt aan een geïntegreerde zorgverlening.
- Alle medewerkers die bij het experiment betrokken zijn, zijn van mening dat het werken in een geïntegreerd team ten goede komt aan de zorgverlening. De afstemming op elkaars werk is beter, veranderingen kunnen snel worden doorgespeeld, de communicatielijnen zijn korter, men heeft bredere informatie over de cliënt en men krijgt een beter inzicht in de deskundigheden en het werk van de diverse hulpverleners.
- Met name de wijkverpleegkundigen zijn van mening dat er meer duidelijkheid moet komen over de taken en bevoegdheden van de verschillende functiegroepen. Dit geldt met name voor de taken in het "overlap-gebied" (bron: Eindrapportage Project Geïntegreerde wijkteams, juni 1992).

4.4 Coördinatie

Zowel de geïntegreerde teams (wijkteams 2) als de huishoudelijke teams (wijkteams 1) staan onder leiding van een teammanager, die de eindverantwoording heeft voor het goed functioneren van het team.
Zoals boven vermeld is, is in beide wijken de samenstelling van de geïntegreerde teams verschillend. In Groningen Zuid waar het team zich alleen richt op verpleging en verzorging heeft het team geen helpenden. In Tuinwijk/Selwerd waar het geïntegreerde team bij een gecombineerde hulpvraag ook huishoudelijke zorg biedt, bestaat het team naast wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en verzorgenden ook uit helpenden. In beide wijken is er een teammanager, maar dit is in het eerste geval een leidinggevende van de gezinsverzorging en in het laatst genoemde een hoofdwijkverpleegkundige. De teamleiders ook wel wijkmanagers genoemd, bewaken de cliëntenzorg, zijn verantwoordelijk voor het goed functioneren van het team en zorg voor een goede informatievoorziening.

In de teams ziet men ook verschillen in de werkwijze met betrekking tot overleg.
In team Groningen Zuid werkt men met kleine subteams, die ieder een deel van de wijk van zorg voorzien. Elk subteam bestaat uit een wijkverpleegkundige en een wijkziekenverzorgende en drie of vier verzorgenden. De subteams nemen wel onderling voor elkaar waar of staan elkaar bij wanneer bij het ene subteam de werkdruk hoger is dan in het andere. Er wordt wekelijks per subteam een cliëntenbespreking gehouden. Deze wordt vooraf gegaan door een gezamenlijke teambespreking, waarop eventuele knelpunten in de organisatie van het werk van de verschillende subteams worden besproken en mogelijk worden opgelost. Naast de genoemde cliënt- en teambesprekingen hebben wijkverpleegkundigen, die een taak hebben in de coördinatie van de individuele zorg ook nog eenmaal per week overleg met elkaar.
In team Selwerd/Tuinwijk werkt men als een team voor het totale gebied. Eenmaal per week vindt overleg plaats tussen wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en verzorgenden. De vergadering bestaat uit twee gedeelten, namelijk een gedeelte waarop de cliënten worden besproken die alleen wijkverpleging krijgen, en een gedeelte met de bespreking van cliënten waarbij ook de verzorgenden zijn betrokken. Daarnaast is er eenmaal per maand een bijeenkomst met het gehele team, dus wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, verzorgenden en helpenden. Ook deze vergadering vindt plaats in twee delen. Eerst worden de gezamenlijke cliënten besproken, organisa-

torische onderwerpen, de voortgang van het project en eventuele knelpunten daarbij. Daarna gaat men in kleine clubjes die bij een bepaalde cliënt zijn betrokken uiteen. Na de vergadering komen de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden nog even apart bij elkaar en om hoog complexe cliëntsituaties met elkaar te bespreken.
De teams die alleen huishoudelijke zorg geven functioneren eigenlijk niet echt als team. Ze bestaan uit groepen van 12 tot 15 helpenden, onder leiding van een leidinggevende. Eénmaal per maand is er een groepsbespreking, waarop men cliënten bespreekt, ervaringen uitwisselt en vakinhoudelijke zaken aan de orde laat komen.
Onder coördinatie van zorg verstaat men het op uitvoerend niveau samenstellen en in stand houden van een op de individuele cliënt en op zijn/haar omgeving toegesneden pakket van zorg en diensten (bron: Fusieplan Stima/ Stichting Thuiszorg Het Groene Kruis). Doorgaans is de wijkverpleegkundige verantwoordelijk voor het totale zorgbeleid van de cliënt, hij/zij fungeert als coördinerend verpleegkundige. Een coördinerend verpleegkundige wordt vooral aangesteld om in complexe en veelal instabiele cliëntsituaties het zorgverleningsproces inhoudelijk te bewaken en te coördineren. Zo'n coördinerend verpleegkundige dient enige jaren ervaring te hebben als wijkverpleegkundige, ervaring te hebben met het opstellen van verpleegplannen en met methodisch werken, en in staat te zijn om dingen te bespreken met anderen en deskundigheid over te brengen. Concreet houdt die functie in: het op- en bijstellen van een verpleegplan, het bewaken van de continuïteit in de zorgverlening, het geven van verpleegkundige zorg, afstemming van de zorg met andere hulpverleners, begeleiding van wijkziekenverzorgenden en verzorgenden en het signaleren van hiaten in de eigen deskundigheid of die van andere hulpverleners.
Naast de coördinerend verpleegkundige onderscheidt men in Groningen ook nog een coördinatie-functie, die vervuld kan worden door elke eerste verantwoordelijke hulpverlener (behalve de helpende), aan wie de zorgverlening op grond van het zorgtoewijzingsinstrument is toegewezen. In deze functie zijn er vier taken: aanbrengen van samenhang in het zorgplan, bewaking en uitvoering van het zorgplan, onderhouden van contacten met de mantelzorg en andere hulpverleners (bron: Eindrapportage Project Geïntegreerde wijkteams, juni 1992).
Er zijn hier dus eigenlijk twee typen coördinatiefuncties, die zich beide richten op case-coördinatie. De coördinerend wijkverpleegkundige heeft in zijn/haar coördinatiefunctie ook een rol in de begeleiding en ondersteuning van de andere medewerkers van het team. Terwijl de andere coördinatiefunctie vooral

gericht is op de coördinatie van de uitvoering.

- In het begin van het experiment bleek de functie van de coördinerend verpleegkundige niet goed uit de verf te komen. Belangrijkste oorzaak was dat de eerstverantwoordelijke zorgverlener verantwoordelijk was voor de opstelling van het zorgplan. De coördinerend wijkverpleegkundige was daardoor te weinig op de hoogte van de cliëntsituatie, waardoor adviseren en eindverantwoordelijkheid voor de zorgverlening dragen moeilijk werd. Hoewel de coördinerend wijkverpleegkundige een ondersteunende taak had naar de andere zorgverleners, werd hij/zij weinig geconsulteerd.
  Er heeft daarom een wijziging plaats gevonden in de oorspronkelijke opzet. Na die wijziging kreeg de coördinerend wijkverpleegkundige alle indicatiegegevens toegezonden. Afhankelijk van de vraag aan wie de zorgverlening was toegewezen werd het zorgplan vervolgens opgesteld door de coördinerend verpleegkundige of werd het zorgplan gemaakt in overleg met de wijkziekenverzorgende of verzorgende. Door deze aanpassing had de coördinerend wijkverpleegkundige een beter zicht op de cliëntsituatie en men kon daarin dan ook beter adviseren en kon daarmee een waardevolle bijdrage leveren aan de zorgverlening.
- Knelpunten in de rol van de coördinerend verpleegkundige waren dat men als het ware met een dubbele pet werkte. Men was uitvoerende in het team, maar had tevens een eindverantwoordelijkheid in de zorgverlening, waardoor gemakkelijk een soort hiërarchische relatie ten opzichte van andere teamleden kon ontstaan. Een aantal verzorgenden beschouwden de coördinerend verpleegkundige ook als een controle. Tevens vergde de functie veel tijd (bron: Eindrapportage Project Geïntegreerde wijkteams, juni 1992).

5. SCHIEDAM

5.1 Algemene gegevens van het projectgebied

In september 1990 werd door vier thuiszorginstellingen de intentie uitgesproken door middel van een fusie te komen tot een integraal aanbod van thuiszorg in de regio Nieuwe Waterweg Noord. De nieuwe thuiszorgorganisatie zal in 1993 gestalte krijgen.
De betrokken instellingen zijn:

- Stichting Interconfessioneel Centrum voor Maatschappelijke Dienstverlening
- Stichting Gezinsverzorging Vlaardingen
- Stichting Gezinsverzorging Schiedam
- Kruiswerk Nieuwe Waterweg Noord

Voor het ontwerp van de hoofdstructuur van de nieuwe organisatie is bureau Bakkenist Management Consultants benaderd.
Het werkgebied van de nieuwe Thuiszorgorganisatie zal worden gevormd door het totaal van de afzonderlijke instellingswerkgebieden, en heeft een inwonersaantal van circa 185.000. De organisatie wordt opgedeeld in drie thuiszorgeenheden, van circa 70.000 inwoners. In elke thuiszorgeenheid zullen ongeveer 300 medewerkers werkzaam zijn. Binnen een thuiszorgeenheid wordt een scheiding geïntroduceerd tussen de Huishoudelijke Zorgsector (HZ-sector), hieronder vallen de alpha-hulpverlening en de huishoudelijke verzorging en de Verzorging- en Verpleging-sector (VV-sector), waaronder uitgebreide tijdelijke verzorging, aangepaste/flexibele hulpverlening en wijkverpleegkundige zorg vallen.
Het geïntegreerde zorgaanbod dat wordt geboden omvat alle werkvormen van de gezinsverzorging en het kruiswerk. Echter de ouder- en kindzorg, de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, de gespecialiseerde gezinsverzorging en diëtetiek zullen centraal georganiseerd zijn.

De nieuwe organisatie gaat zich richten op: klantgerichtheid, kwaliteit van arbeid en doeltreffendheid, doelmatigheid en organiseerbaarheid (bron: Rapport Bakkenist).
In het kader en ter voorbereiding van de fusie is er aan een aantal projecten

gewerkt. In een van die projecten met de naam "naar een gezonde organisatie", leerden de hulpverleners zich in de hulp-en zorgverlening meer te richten op de gezondheid en de bevordering daarvan en minder op het bestrijden en voorkomen van klachten. De gezondheid en de ontwikkeling van de hulp- en zorgverleners zelf heeft daarbij centraal gestaan. Door het bewust worden van de eigen ervaringen neemt de gezondheid van de hulp- en zorgverlener toe en kan men komen tot een meer gezondheidsgerichte hulp en zorgverlening. Dit project is begeleid door het Instituut voor Ekologische Gezondheidszorg in Rotterdam. Als gevolg van ervaringen die waren opgedaan in dit project ontwikkelden men in de Thuiszorgeenheid Schiedam Noord een ander project dat heet: "Samenwerking in de thuiszorg in Schiedam-Noord". Daarbij werd tevens aandacht besteed aan de aanbevelingen die bureau Bakkenist had gedaan in de "Hoofdstructuur van de Thuiszorgorganisatie in de regio Nieuwe Waterweg Noord".
Het project is gestart in oktober 1991 en heeft een looptijd van 14 maanden. Schiedam Noord heeft 25.000 inwoners. Men heeft deze sub-regio verdeeld in twee werkgebieden.
In dit project wordt gewerkt met geïntegreerde teams, van waaruit verpleging, verzorging en huishoudelijke zorg wordt geboden (VV-sector). Daarnaast zijn er teams werkzaam die alleen zorg van huishoudelijke aard geven (HZ-sector) Tevens heeft men in dit project geëxperimenteerd met een nieuwe procedure voor intake en indicatiestelling. In dit project probeerde men al werkend in de praktijk tot een vorm van samenwerken te komen, waarbij de diensten van zowel kruiswerk als gezinsverzorging in een team waren geïntegreerd. De vorm van samenwerken die hier tot stand zou komen, zou mogelijk na de fusie, op bredere schaal kunnen worden toegepast.
In de hierna volgende beschrijving worden de verschillende aspecten van dit project belicht.

5.2 Indicatiestelling

In het project "Samenwerken in de Thuiszorg in Schiedam-Noord" werken twee geïntegreerde teams, bestaande uit wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden en wijkbejaardenverzorgenden. In de teams zijn twee zorgcoördinatoren werkzaam. Dit zijn functionarissen met een verpleegkundige achtergrond. Deze zijn naast uitvoering van zorg en coördinatie belast met de intake in het experimentele gebied. Zij behandelen de hulpvragen voor de wijkverpleging en de gecombineerde hulpvragen, dat wil

zeggen vragen voor zowel verpleegkundige als huishoudelijke zorg. Wanneer de zorgvraag van alleen huishoudelijke aard is, dan wordt de intake verricht door een leidinggevende van de gezinsverzorging.
De aanmelding voor de hulp komt centraal, meestal telefonisch, binnen op het kantoor van de thuiszorgeenheid, bij de baliefunctionaris. De balie is door de week dagelijks bemand, meestal tot 15.00 uur. 's Morgens is de baliefunctionaris iemand die in dienst is bij de kruisvereniging en 's middags door een functionaris die in dienst is bij de gezinsverzorging. Buiten die uren wordt men automatisch doorgeschakeld naar het hoofdkantoor.
De baliefunctionaris heeft minimaal een MAVO-opleiding, is geschoold op administratief gebied en dient kennis te hebben van het zorgaanbod van de instelling. Hij/zij registreert de algemene gegevens, noteert de hulpvraag en maakt een grove schifting of de intake thuishoort bij de verzorgings- of verplegingssector (VV-sector) of bij de huishoudelijke zorg (HZ-sector). Daarbij hanteert men de volgende regels: van alle cliënten die uitsluitend huishoudelijke verzorging vragen gaat de intake naar de HZ-sector, wordt er om verzorging of verpleging gevraagd, al dan niet gecombineerd met huishoudelijke zorg dan gaat de aanvraag naar de VV-sector. Wordt om persoonlijke verzorging gevraagd dan is de vraag welke sector de intake moet doen afhankelijk van de situatie en aard van de hulpvraag. Eventueel gebruikt men het zogenaamd kruisjesschema om te bepalen wie de intake moet doen. Spoedaanvragen gaan altijd naar de VV-sector. Voor de vaanmelding en deze eerste inhoudelijke beoordeling van de hulpvraag bestaat geen formeel systeem. Een checklist daarvoor is in ontwikkeling.
De hierboven genoemde criteria die gebruikt worden blijken werkbaar te zijn. Van de 150 intakes die er door zorgcoördinatoren werden gedaan, hadden er achteraf zes door HZ gedaan moeten worden (bron: Verslag van de evaluatie van het samenwerken in de thuiszorg in Schiedam Noord).
De functionaris aan wie de aanmelding wordt doorgegeven gaat vervolgens op intakebezoek alwaar de benodigde zorg wordt geïndiceerd voor wat betreft soort en omvang van de hulp. Tevens wordt de urgentie bepaald. Daarvoor is geen formeel systeem, er wordt nagegaan of de hulp wel of niet uitstelbaar is.
De stabiliteit van de situatie wordt beoordeeld op grond van het aantal te verwachten veranderingen die van invloed kunnen zijn op de zorgverlening.
De complexiteit wordt bepaald aan de hand van de mate waarin de gezondheidstoestand van een cliënt wordt bedreigd, het aantal zorgverleners alsmede de noodzakelijkheid van onderlinge samenwerking en afstemming. Men baseert zich bij het bepalen van de complexiteit op de "Beleidsnotitie patiententoewijzing 1e en 2e deskundigheidsniveau" (Kruisvereniging Nieuwe

Waterweg Noord, 1992). Daarin worden aspecten aangegeven op grond waarvan de complexiteit van de verpleegkundige zorg is te bepalen, zodat het benodigde deskundigheidsniveau voor de verpleging kan worden vastgesteld. Daarnaast geeft het LIER-systeem aspecten aan waarop de complexiteit van een situatie kan worden gescoord, zodat kan worden vastgesteld welke deskundigheid de medewerker van de HZ-sector dient te hebben.
Bij een intake voor de VV-sector hanteert men geen echte intakeformulieren, maar het verpleegkundig zorgdossier. Dit is een nogal omvangrijk dossier, dat gebaseerd is op de theorie van Orem. Het wordt door de betrokkenen als heel volledig gekwalificeerd ((bron: interview). Het dossier wordt samen met de cliënt ingevuld. Alle aspecten worden samen met de cliënt besproken, dat geldt voor de personalia, maar ook voor het bepalen van de zelfzorgtekorten en de verpleegkundige diagnose.
Het intake-gesprek wordt afgesloten met afspraken tussen intaker en cliënt, die worden vastgelegd in het zorgdossier. De cliënt Krijgt geen zorgcontract.
Na een intake in de VV-sector, wordt deze in het VV-team besproken. De zorgcoördinator die de intake heeft gedaan, doet daarbij een voorstel welke functionaris in de betreffende zorgsituatie het beste kan worden ingezet. De uiteindelijke toewijzing van zorg gebeurt dus in samenspraak met het team, op advies van de zorgcoördinator.
Als hulpmiddel voor deze cliëntentoewijzing is op basis van de notitie "Grijs gebied" het kruisjesschema ontwikkeld. Hierin staat uitgewerkt welk opleidingsniveau een medewerker moet hebben om bepaalde taken te kunnen verrichten. Daarnaast wordt er rekening gehouden met de persoonlijke vaardigheden van van een uitvoerende.
De zorgcoördinator is eveneens verantwoordelijk voor de opstelling van het verpleegplan, hij/zij bewaakt het zorgverleningsproces en evalueert de zorg. Voor de patiënten van het VV-team gelden vaste evaluatie-momenten, bijvoorbeeld voor patiënten die wijkverpleging krijgen, eenmaal per drie maanden of er wordt bij de start van de zorgverlening een evaluatiemoment vastgesteld, bijvoorbeeld bij de wijkbejaardenverzorging. De zorgcoördinator is verantwoordelijk voor een herindicatie bij verandering van de zorgverlening.

De intake in de HZ-sector wordt gedaan door een leidinggevende van deze sector. In de toekomst wil men wel met aparte intakers gaan werken. Men hanteert het LIERsysteem.
Na de intake stelt de leidinggevende een zorgplan op. De leidinggevende van de gezinsverzorging is tevens verantwoordelijk voor het inzetten van de hulp. In tegenstelling tot de VV-sector werkt men hier met wachtlijsten voor de hulp.

- De zorgcoördinator die intakes doet, is zelf ook betrokken bij de uitvoerende zorg. Dit wordt als positief ervaren. Men houdt voeling met de praktijk (bron: interview).
- De intake staat hier niet los van de uitvoering. Om objectief te blijven bespreekt men de intake in het team. Men staat zo open voor intercollegiale toetsing van de intake (bron: interview).
- Bij de administratie, met name bij de gecombineerde intakes, komt veel dubbel werk voor, bijvoorbeeld algemene gegevens moeten op divers plaatsen worden genoteerd. Daarvoor moet een oplossing worden gezocht (bron: interview).
- De wijkverpleegkundigen in de geïntegreerde teams missen het doen van intakes. Omdat de taak van de zorgcoördinator omvangrijk en zwaar is, zou het een optie kunnen zijn om naar de wijkverpleegkundigen de zuiver verpleegkundige intakes te delegeren (bron: interview).

Binnen de HZ-teams is het geen gewoonte om de hulp met de cliënt te evalueren. Wel worden eventuele signalen die een cliënt geeft met betrekking tot de hulpverlening met die cliënt besproken.
Wanneer er verandering van hulp nodig blijkt, dan bespreekt de uitvoerende dit met de leidinggevende, die zonodig een herindicatie doet. Wanneer een dergelijke situatie zich niet voordoet, dan vindt toch minimaal één maal per jaar een herindicatie plaats.

5.3 Geïntegreerd zorgaanbod

Schiedam Noord is een van de zeven sub-regio's waarin het werkgebied van Thuiszorgorganisatie Nieuwe Waterweg Noord is opgedeeld. Een totale regio wordt geleid door een Regio-manager. Dit is een managementfunctie, waarvoor minimaal een HBO-opleiding met vervolgopleiding gericht op management vereist is. Schiedam Noord heeft 45.000 inwoners.
In het project "Samenwerken in de Thuiszorg in Schiedam-Noord" werkt men vanuit twee sectoren: De VV-sector is de sector Verpleging en Verzorging en de HZ-sector de sector die huishoudelijke verzorging biedt. Voor de uitvoering van de zorg is het gebied Schiedam Noord verdeeld in twee werkgebieden, Kethel en Groenoord, waarin 88 medewerkers vanuit de gezinsverzorging werkzaam zijn en 13 medewerkers vanuit het kruiswerk.
Binnen de VV-sector werken er voor de dag- weekend- en avondzorg 21 uitvoerende medewerkers. Zij werken vanuit twee VV-subteams, die onder leiding staan van een leidinggevende VV, die verantwoordelijk is voor het goed functioneren van de beide teams. Deze functie is nieuw en nog in ontwikkeling. De leidinggevende VV heeft een opleiding op minimaal HBO-niveau en

leidinggevende kwaliteiten. Daarnaast moet zij in staat zijn tot management van het zorgproces, het personeel en het beheer van financiën en materialen.
Elk VV-team bestaat uit tien à elf personen, waarvan vijf à zes verzorgenden (waarvan drie à vier gespecialiseerd in de wijkbejaardenverzorging), twee wijkziekenverzorgenden en drie wijkverpleegkundigen. Per team zijn er tevens vier zogenaamde acute hulpen werkzaam, die bij acute aanvragen op flexibele wijze inzetbaar zijn. Van de drie wijkverpleegkundigen hebben er twee de rol van zorgcoördinator (in het ene subteam vervullen twee personen een formatie van 180% en in het andere 140%). Deze zorgcoördinatoren zijn naast hun functie als wijkverpleegkundige verantwoordelijk voor de intake en indicatiestelling, het inzetten van de juiste hulpverleners, het maken van verpleegplannen en het bewaken, afsluiten en evalueren van de geleverde zorg.
Met name op het gebied van werkbegeleiding en personeelsplanning zijn er raakvlakken tussen de functie van zorgcoördinator en van leidinggevende VV. De afbakening is als volgt te geven: de leidinggevende VV is verantwoordelijk voor de begeleiding van alle teamleden, inclusief de zorgcoördinatoren. De zorgcoördinatoren zijn verantwoordelijk bij de ondersteuning van de directe zorgverlening in de individuele cliëntsituaties. De leidinggevende is verantwoordelijk voor een voldoende en voldoende deskundige personele bezetting van het VV-team, terwijl de zorgcoördinator verantwoordelijk is voor de inzet van voldoende en voldoende deskundig personeel in de individuele cliënt-situatie. Bij probleem- en/of conflictsituaties neemt de leidinggevende VV in laatste instantie de beslissingen.
Het geïntegreerde team verricht een heel scala aan taken van hoog complexe verpleegkundige tot licht verzorgende en huishoudelijke taken. Om deze taken goed aan een hulpverlener toe te wijzen kan men gebruik maken van het kruisjesschema. Dit schema is ontwikkeld op basis van de notitie "Grijs gebied". In het schema is uitgewerkt welk opleidingsniveau een medewerker dient te hebben om bepaalde taken uit te kunnen voeren.
De zorg buiten kantooruren wordt door een aantal aparte functionarissen verricht.
In Schiedam Noord wordt de sector huishoudelijke zorg tijdens het experiment gecoördineerd door een teamcoördinator. (Deze functie verdwijnt in de nieuwe thuiszorgorgasnisatie). In de sector HZ werken voor de regio Schiedam Noord twee HZ-teams, die bestaan uit gezinsverzorgenden en helpenden, onder leiding van een leidinggevende. Deze functioneren echt als een team. Er is ook een groep individuele uitvoerenden, die wel onder een leidinggevende werken, maar niet als team functioneren.

- De samenstelling van het team moet nader aandacht krijgen. De behoefte wisselt sterk, soms is er veel behoefte aan het eerste deskundigheidsniveau, dan weer aan verzorging. Bij de teamsamenstelling moet men rekening houden met overlap van werkzaamheden en uitwisselbaarheid van de medewerkers en de mogelijkheden voor acute hulp. Met een team van tien personen is flexibiliteit moeilijk, daarentegen zou een groter team weer problematisch zijn voor efficiënt overleg (bron: interview).
- Men dient er steeds goed voor te waken dat het team niet 'dichtslibt' met werkzaamheden, die laag complex worden of met chronische situaties. Deze moeten tijdig worden overgedragen naar de HZ-sector (bron: interview).
- De functie van zorgcoördinator is erg zwaar. Naast intake- en coördinatie-werkzaamheden heeft men ook nog uitvoerende taken als wijkverpleegkundige. Tevens heeft de zorgcoördinator t.a.v. de gezinsverzorgenden een deel van de taak van de leidinggevende van de gezinszorg gekregen. Het takenpakket is dus zeer uitgebreid. De formatie dient aan deze omvangrijke taak te worden aangepast. Tevens moeten voor deze functie grenzen gesteld worden aan het aantal uren dat maximaal aan uitvoerend werk kan worden besteed (bron: interview).
- De zorgcoördinatoren hebben bijscholing en begeleiding gekregen bij hun nieuwe functie. Begeleiding blijft echter een noodzaak. Aandacht moet bijvoorbeeld besteed worden aan de vraag: Hoe kun je op afstand toch de eindverantwoording dragen in een cliëntsituatie? (bron: interview).

Daarnaast is er nog een leidinggevende die leiding geeft aan een groep zogenaamde acute hulpen. Dit is een groep uitvoerende hulpverleners, die wel een vast dienstverband hebben, maar die de leidinggevende heel flexibel kan inzetten in situaties waar acuut hulp nodig is.
Er werken dus ongeveer 80 uitvoerenden, onder leiding van vier leidinggevenden. De opleiding van een leidinggevende HZ is minimaal MBO. In de toekomst wil men deze eis verhogen tot minimaal HBO. De leidinggevende van een HZ-team heeft naast leidinggevende taken ook taken op het gebied van intakes, behandeling van zorgaanvragen, plannen, inzetten van hulp, herindicaties, initiëren en bijwonen van vergaderingen en teambesprekingen.

- In de teams in de HZ-sector zitten te weinig gediplomeerden. Daarom beschikt men niet altijd over voldoende gekwalificeerd personeel, voor hulpvragen in complexe situaties. Men zet regelmatig ongediplomeerden in, op basis van hun persoonlijke kwaliteiten. Dit geeft problemen voor de aansprakelijkheid. Immers een medewerker werkt in een voor hem/haar ongeschikte situatie (bron: interview).
- In de HZ-sector werkt men met teams en met individueel uitvoerenden. De teams blijken goed te functioneren. De teamleden zijn enthousiast over het samenwerken. Voor de individueel uitvoerenden is er tijdens het experiment niet veel veranderd. Zij behouden het contact met de leidinggevende, maar hebben geen formeel contact met collega's (bron: interview).

5.4 Coördinatie

De twee geïntegreerde VV-teams staan onder leiding van de leidinggevende VV-team, die eindverantwoordelijke is voor de cliëntenzorg in het werkgebied, voor de dagelijkse gang van zaken in de VV-teams, voor de uitvoering van het personeels-en sociaal beleid, voor een effectieve en efficiënte inzet van personeel en voor beheer van het budget. Tevens heeft deze leidinggevende een beleids-signalerende en een beleids-vertalende taak.
Elk geïntegreerd team heeft een maal per week overleg met alle teamleden. Op deze bespreking komen cliënten aan de orde, de planning, nieuwe intakes en organisatie- en beleidszaken. Men heeft in dit overleg wel min of meer een scheiding aangebracht omdat de bespreking van bepaalde patiënten niet altijd voor het gehele team relevant is. Men bespreekt eerst de patiënten van de verzorgenden, dan de gezamenlijke patiënten en eindigt de bespreking met patiënten die uitsluitend wijkverpleging krijgen. Bij dit laatste deel van de bespreking kunnen de verzorgenden de bespreking verlaten. Verder komt het team, elke morgen om acht uur, alvorens aan het werk te beginnen, samen in het wijkgebouw. Daar bespreekt men lopende zaken en bijzonderheden.
De HZ-teams hebben wekelijks een planningsbijeenkomst, onder leiding van de leidinggevende gezinsverzorging. Op deze bijeenkomst worden de werkzaamheden gepland, maar er vinden ook cliënt-besprekingen plaats en er is onderling contact en informatie-uitwisseling.

- In het begin van het experiment is er veel overleg geweest met de gezinsverzorging. Door ziekte en mutaties in de personeelsbezetting is dit niet gecontinueerd. Het blijft echter wel noodzakelijk, om regelmatig met elkaar te overleggen om goed van elkaars werkwijze op de hoogte te blijven (bron: interview).
- De zorgcoördinatoren (VV) en de leidinggevenden van de gezinsverzorging (HZ) willen meer gestructureerd overleg, elkaars werkwijze beter leren kennen en meer op een lijn komen bijvoorbeeld door casuïstiekbesprekingen (bron: interview).

De coördinatie van zorg voor de individuele cliënt valt in de geïntegreerd werkende VV-teams onder de eindverantwoordelijkheid van de zorgcoördinatoren.
In elk van de twee VV-teams werken twee zorgcoördinatoren, die naast hun functie als wijkverpleegkundige verantwoordelijk zijn voor de intake en indicatiestelling, het opstellen van het verpleeg- zorgplan, het inzetten van de juiste hulp en het bewaken, afsluiten en evalueren van de geleverde zorg. De zorgcoördinator bepaalt tevens wie er in de cliëntsituatie de zorg coördineert.

Dat kan een wijkverpleegkundige zijn, een wijkziekenverzorgende, een wijkbejaardenverzorgende of gezinsverzorgende.
Tot de coördinatie op case-niveau behoren de volgende taken: observeren en signaleren van bijzonderheden en veranderingen in de hulpverleningssituatie, het afstemmen van zorg tussen alle betrokkenen, zonodig actie ondernemen of andere hulpverleners inschakelen. De wijkverpleegkundige had ook voor het experiment altijd al een duidelijke rol in de zorgcoördinatie, evenals de wijkziekenverzorgende. Voor de wijkbejaardenverzorgende en de gezinsverzorgende is deze taak vrij nieuw. Voor het experiment werd de casecoördinatie veelal door een leidinggevende gedaan. Als een verzorgende de zorgcoordinatie heeft, is er altijd wel een wijkverpleegkundige die daarbij de eindverantwoording draagt.

De avonddiensten worden verricht door een avondverpleegkundige en een verzorgende die ie een dienstverband heeft voor uren buiten kantoortijd, de zogenaamde "bku-ster" . De avondverpleegkundige woont de teamvergaderingen van het VV-team bij. Daarnaast is er aan het einde van elke werkdag een moment waarop verzorgenden en verpleegkundigen elkaar treffen en waarop de zorg kan worden overgedragen
Daardoor heeft men ook buiten de reguliere werkuren voldoende informatie over en een goed zicht op patiëntensituaties.
Elke avond hebben de avondverpleegkundige en de bku-ster overleg met elkaar op een vast tijdstip in het wijkgebouw. De bijzonderheden van de avonddienst worden dan genoteerd in een logboek, zodat de dagdienst weer voldoende informatie heeft.
In de weekenden werken doorgaans drie weekendverpleegkundigen en een bku-ster. Elke vrijdagmiddag is er een overdracht tussen avond- weekend- en dagploeg.

De coördinatie van zorg in de HZ-sector valt onder de taken van de leidinggevende. Afhankelijk van de opleiding en kwaliteiten van de uitvoerende gezinsverzorgende of helpende gebeurt dit in samenspraak met deze uitvoerende. De leidinggevende is echter degene die in de zorgverleningssituatie de beslissingen neemt.

6. CENTRAAL TWENTE

6.1 Algemene gegevens van het projectgebied

In Centraal Twente besloten in april 1989 de besturen van drie organisaties op het gebied van thuiszorg tot een intentieverklaring, waarmee men op grond van een reeds jarenlange samenwerking ernaar streeft om uiterlijk in 1992 te komen tot een verregaande vorm van samenwerking.
Men wil komen tot een eigentijds en integraal zorgpakket, beschikbaar op alle tijdstippen van de dag, gemakkelijk bereikbaar door middel van één gedecentraliseerd aanmeldingspunt (bron: intentieverklaring van de drie besturen).
De betrokken instellingen zijn:
Kruisvereniging Midden en Noord-Oost Twente
De Stichting voor Maatschappelijke Dienstverlening Midden Twente
De Stichting voor Maatschappelijke Dienstverlening Twente-Oost
Bij de fusie werd advies gegeven door De Boer & Croon, management Consultants en is inmiddels gerealiseerd. De drie instellingen opereren thans onder de naam "Thuiszorg Centraal Twente".
Er zijn ongeveer 1400 werknemers in dienst. Zowel van de kruisorganisatie als van de stichtingen voor maatschappelijke dienstverlening, zijn alle niveaus bij de samenwerking betrokken.
Er is een functionele indeling van het zorgaanbod, verdeeld in drie sectoren:

1) Sector integrale thuiszorg, deze omvat wijkverpleging, gezinsverzorging en maatschappelijk werk
2) Sector ouder- en kindzorg, die zich richt op kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg voor kinderen van 0-4 jaar.
3) Sector specifieke zorg en zorgfaciliteiten, waaronder bijvoorbeeld valt centrale intake, centrale meldpost, diëtetiek, gezondheidsvoorlichting en opvoeding, coördinatie vrijwilligenzorg en andere vormen van hulpverlening.

Het werkgebied omvat de gemeenten: Delden, Borne, Goor, Markelo, Diepenheim, Hengelo, Oldenzaal, Ootmarsum, Losser, Denekamp en Weerselo.
Het hierboven omschreven gebied heeft een inwonersaantal van 215.000. Het gebied is ingedeeld in drie werkeenheden, elk van ± 70.000 inwoners.
Er is een hoofdkantoor in Hengelo. Daar zijn alle centrale functies, zoals het secretariaat, de afdeling personeel en organisatie, public relations, de afdeling

intake, de centrale meldpost en de economisch-administratieve sector, gevestigd. Daarnaast zijn er voor decentrale functies, bijvoorbeeld de zorgverlening zelf, verhuur van thuishulpmiddelen, gezondheidsvoorlichting en opvoeding, decentrale kantoren en thuiszorgwinkels.
In de hierna volgende beschrijving worden de drie aspecten van de sector thuiszorg waar dit onderzoek zich op richt beschreven. Wellicht ten overvloede kan worden vermeld dat het in Twente geen experimentele gebeurtenis meer betreft, maar de werkwijze van een nieuwe door fusie ontstane organisatie, die nog steeds aan verandering onderhevig is.

6.2 Indicatiestelling

Een hulpvrager kan zich 24 uur per dag, zeven dagen per week, aanmelden via de centrale meldpost. Men krijgt daar altijd contact met een meldpostfunctionaris, er wordt niet gewerkt met antwoordapparaten. De meldpostfunctionaris heeft een MBO-opleiding met een goed zicht op de dienst- en zorgverlening. Buiten kantoortijden hebben de meldpostfunctionarissen een verpleegkundige achtergrond.
Naast de centrale meldpost kan een hulpvrager ook nog decentraal terecht, bijvoorbeeld bij een wijkgebouw. Een enkele aanmelding komt binnen via de receptie van het hoofdkantoor. Wanneer er een aanmelding binnenkomt, centraal of decentraal worden de algemene gegevens en een korte omschrijving van de hulpvraag genoteerd op het zogenaamde 'aanmeldingsformulier'. Dit formulier wordt doorgegeven aan de afdeling intake of aan het zorgteam bij een reeds bestaande zorgsituatie. Het betreft dan een 'boodschappenformulier'.
Het werkgebied van Centraal Twente is opgedeeld in drie werkeenheden: Hengelo, Oost en West. Elke werkeenheid heeft een of twee intakers vanuit het maatschappelijk werk, een of twee intakers vanuit de gezinsverzorging en twee vanuit de wijkverpleging. Alle intakers staan onder leiding van het hoofd van het intaketeam, die verantwoordelijk is voor het functioneren van het intaketeam en de zaken van het intakebureau coördineert.
In principe dienen de intake-functionarissen allemaal een HBO-opleiding te hebben. In de praktijk werken echter ook mensen met een MBO-sd opleiding. Deze hebben doorgaans al een lange staat van dienst in de werksoort waarvoor zij de intakes doen. Bovendien hebben zij zich bereid verklaard alsnog een HBO-opleiding te volgen.
Dagelijks heeft een lid van het intaketeam "coördinatiedienst". Dat betekent dat

deze intaker regelt dat de binnengekomen aanmeldingsformulieren, waarop de hulpvragen zijn genoteerd bij de juiste personen terecht komen. Deze coördinatiedienst is bovendien uitgerust met een semafoon, zodat bij een spoedaanmelding altijd iemand van het intaketeam bereikbaar is. Deze coördinator heeft ook een spreekuur, waarop zorgmanagers en uitvoerenden iemand van afdeling intake kunnen spreken. Dit is geen cliëntenspreekuur.
Als er een aanvraag voor hulp binnenkomt neemt de intaker voor wie deze bestemd is binnen twee dagen contact op met de hulpvrager. Bij een crisissituatie dient binnen 1 uur de zorg te zijn ingezet. De intake vindt dan op een later moment plaats. Acute hulp dient binnen 48 uur gerealiseerd te zijn.
Als regel geldt dat het intaketeam als team all-round functioneert, maar dat elke intaker zijn eigen deskundigheid heeft. De intaker met een specifieke deskundigheid behandelt de aanvragen op dat specifieke gebied. Men hanteert daarbij geen formele procedure, maar overlegt onderling in het intake-team wie het meest geschikt zal zijn voor een bepaalde intake. Op termijn is het de bedoeling dat iedere intaker alle soorten intakes gaat doen, dat is althans zo geformuleerd door de projectgroep. In de praktijk is er echter over dit punt nog veel discussie. Bij aanvang van centrale intake ging men bij een gecombineerde hulpvraag met twee intakers, ieder met hun eigen deskundigheid, op intakebezoek. De deskundigheid van de intakers is in de loop van het project wel toegenomen, ook voor het vakgebied waarvoor men oorspronkelijk niet is opgeleid. In de huidige situatie doet een intaker bij een gecombineerde hulpvraag een geïntegreerde intake, zonodig bespreekt hij dit na met de intaker die deskundig is op het andere terrein waarvoor werd geïndiceerd. Maar het komt nog steeds voor dat men bij een complexe hulpvraag met zijn tweeën op intake gaat. De werkwijze is nog steeds in ontwikkeling. Wanneer er meer scholing heeft plaatsgevonden, zal men duidelijker kunnen begrenzen, welke intaker een bepaalde intake gaat doen.
Bij de intake is gedurende het eerste jaar voor elke werksoort een eigen set intakeformulieren gebruikt. Was de hulpvraag van verpleegkundige aard, dan gebruikte men het standaard-verpleegplan, dat samen met de cliënt werd ingevuld. Wanneer een gezinsverzorgings-aanvraag werd behandeld werd het LIER-systeem gebruikt. Ook het Algemeen Maatschappelijk Werk hanteerde een eigen set formulieren. Deze situatie leidde er met name bij de gecombineerde hulpvragen toe dat er zeer veel papier moest worden ingevuld.

- De wijkverpleegkundigen zijn zeer tevreden met het verpleegplan, dat gebruikt wordt bij de intake. Eigenlijk heeft men met betrekking tot het instrument geen behoefte aan verandering.
- De intakers van het maatschappelijk werk zijn tevreden over de door hun gebruikte intakeformulieren.
- Bij een intake voor de gezinsverzorging wordt het LIER Gebruikt. Ook dat werkt doorgaans naar tevredenheid. Wel blijkt dat dit formulier bij complexe situaties te weinig ruimte biedt om goed de achtergrondinformatie weer te geven (bron: interview).
- Het is problematisch als men een intake heeft waar een gecombineerde hulpvraag is. Dan moet naast het LIER ook het verpleegplan worden ingevuld. Dit leidt tot een overmaat van papier, dubbel werk en soms onnodige verwarring (bron: interview).

Met ingang van januari 1993, gaat men met een nieuw registratiesysteem werken, het GINO.

De intake is erop gericht de hulpvragen te inventariseren, te verduidelijken en de verpleegkundige zorg of sociaal-maatschappelijke problemen te formuleren. Tevens wordt een inschatting gemaakt van de duur en omvang van de hulp van gezinsverzorging en/of wijkverpleging. De duur van de hulp van maatschappelijk werk wordt nog niet bij de intake ingeschat.
Bij het bepalen van de urgentie gaat de wijkverpleegkundige intaker uit van zijn/haar ervaring. Overigens wordt wijkverpleegkundige hulp zonodig nog dezelfde dag gegeven. Er is daarbij geen wachtlijst. Bij een gezinsverzorgingsaanvraag gaat men bij het bepalen van de urgentie uit van de zelfredzaamheid, die wordt weergegeven met een scoresysteem op het LIERformulier. De intaker van het maatschappelijk werk baseert zich bij het bepalen van de urgentie ook op zijn/haar ervaring. Er wordt geen formeel systeem gehanteerd, maar "spoed" op de intake gezet.
Voor hulpvragen van de gezinsverzorging en voor die van maatschappelijk werk zijn er wachtlijsten. De intakers leggen bij een intake voor wijkverpleging en/of gezinsverzorging globale doelen vast. Er wordt geen echt zorgplan gemaakt en er worden geen zorgactiviteiten gepland door de intakers, maar de startsituatie wordt beschreven. De complexiteit wordt vastgesteld op grond van ervaring. Voor het bepalen van de daarbij behorende deskundigheid baseren de intakers zich op ervaring, op de "nota eerste en tweede deskundigheidsniveau" en het "patiëntentoewijzingsmodel van Amsterdam. Wanneer het een geïntegreerde intake betreft checkt men regelmatig af bij een deskundige van de andere werksoort of het juiste deskundigheidsniveau werd geïndiceerd.
De intaker van het maatschappelijk werk richt zich bij de intake alleen op de

hulpvraag en de probleemverheldering. Tijdens de gesprekken met de maatschappelijk werker die later de hulp gaat verlenen, worden de doelen van dit type hulpverlening bepaald.

De indicatiestelling wordt schriftelijk vastgelegd. De afspraken voor de gezinsverzorging worden weergegeven op het LIER-formulier. Met de cliënt wordt een mondelinge afspraak gemaakt welke taken er door de hulpverlener worden overgenomen. Ook de frequentie van bezoeken door de hulpverlener wordt afgesproken, alsmede de schatting van de duur van de hulpverlening. De afspraken voor verpleging worden weergegeven in het verpleegplan. De cliënt krijgt geen zorgcontract.
Voor het maatschappelijk werk worden voor de hulpverlening zelf tijdens de intake geen afspraken gemaakt. Wel wordt de naam doorgegeven van degene die verantwoordelijk is voor de inzet van de hulpverlening.
Wanneer de indicatie is afgerond, gaat de set indicatieformulieren naar de zorgmanager van het betreffende team. De intaker heeft daarbij als het om een gecombineerde hulpvraag gaat, een voorstel gedaan voor de zorgcoördinatie. De zorgmanager is verantwoordelijk voor het inzetten van de juiste en de geïndiceerde hulpverleners. De indicatie dient daarbij taakstellend en bepalend te zijn (bron: Eindrapportage centrale intake, indicatiestelling en loketfunctie). In de praktijk blijkt dat men niet altijd aan de indicatie tegemoet kan komen. In dat geval zou volgens de richtlijnen, na overleg met afdeling intake de indicatiestelling moeten worden aangepast. De gang van zaken is echter als volgt: wanneer een zorgmanager niet een functionaris van het gewenste deskundigheidsniveau kan inzetten, dan doet men aan de hulpvrager een ander hulpaanbod. Meestal wordt dit door de zorgmanager zelf geregeld, zonder tussenkomst van afdeling intake.
De verantwoordelijke hulpverlener maakt een individueel zorgplan, hij/zij specificeert de doelen en plant de zorgactiviteiten. Wanneer er iets in de zorgvraag verandert dan stelt de verantwoordelijke hulpverlener het zorgplan bij, eventueel in overleg met de zorgmanager. Wanneer er echter een essentiële verandering in het zorgaanbod moet worden gedaan (bijvoorbeeld wijziging van de hulpsoort), omdat het zorgaanbod en de zorgbehoefte niet meer op elkaar aansluiten wordt overgegaan tot herindicatie. Het is de taak van de verantwoordelijke hulpverlener om dit te signaleren. Aan de intaker wordt zonodig om herindicatie gevraagd. Wanneer de hulpvraag alleen huishoudelijke zorg betreft dient minimaal éénmaal per jaar herindicatie plaats te vinden.

- Het accepteren van een intake die losgekoppeld was van de zorgverlening heeft met name bij de wijkverpleegkundigen, nog al wat voeten in de aarde gehad. Bij de gezinsverzorging heeft men begrip voor deze weerstand, omdat men daar een aantal jaren geleden dezelfde procedure heeft meegemaakt. Als de werkwijze rondom de intake eenmaal door iedereen geaccepteerd zou zijn, zou dat de werksfeer prettiger maken. Er is nu een spanningsveld, wat soms het werkplezier ontneemt (bron: interview).
- Om tot een goed geaccepteerde intake te komen zou het beter zijn als een intaker de intake persoonlijk in het team inbracht. Men zou uitleg en toelichting kunnen geven en de intaker zou tevens feedback krijgen op de wijze van indiceren (bron: interview).
- Wanneer een hulpvraag het maatschappelijk werk betreft, is de cliënt doorgaans zeer tevreden, omdat er zo snel een intake plaatsvindt. De uiteindelijke hulpverlening, komt in verband met personeels-tekort echter vaak pas zeer laat op gang (bron: interview).

6.3 Geïntegreerd zorgaanbod.

Centraal Twente is verdeeld in drie werkeenheden: West, Oost en Hengelo. Elke werkeenheid omvat ongeveer 70.000 inwoners. De werkeenheden staan elk onder leiding van een werkeenheidmanager. Elke werkeenheid telt 6 à 7 zorgteams. De zorgteams zijn geïntegreerde teams, die bestaan uit maatschappelijk werkenden, wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden en helpenden. De teams werken onder leiding van een zorgmanager. Deze heeft minimaal een HBO-opleiding. De zorgmanager geeft leiding aan de zorgverleners die belast zijn met de directe zorgverlening aan cliënten, zorgt voor een doelmatige en efficiënte inzet van personeel, is verantwoordelijk voor een effectief en efficiënt teamfunctioneren en is verantwoordelijk voor het goed functioneren van het team. Per team voorziet men ongeveer 10.000 inwoners van zorg. De teams hebben 17 tot 30 formatieplaatsen. Het aantal functionarissen per team loopt uiteen van 24 tot 67 (bron: Eindrapportage Projectgroep Integrale Thuiszorgteams). De geïntegreerde teams verlenen huishoudelijke verzorging, lichamelijke verzorging en verpleging, gespecialiseerde gezinsverzorging, reactivering, psycho-sociale hulpverlening, begeleiding en informatie. De teams verlenen ook zorg buiten de kantooruren.

Per werkeenheid heeft men een staf met functionarissen Inhoudelijke Begeleiding en Deskundigheidsbevordering (IBD). Deze adviseren de werkeenheidmanager en de zorgmanagers op het gebied van de inhoudelijke begeleiding, scholing, training en vorming van de uitvoerenden. Naast een adviserende rol leveren deze functionarissen ook een actief aandeel in de begeleiding en

ondersteuning. Zij dragen bijvoorbeeld zorg voor de introductie van nieuwe werknemers, voeren zonodig begeleidingsgesprekken of zijn betrokken bij projecten betreffende kwaliteitsontwikkeling en -bewaking.

Het is moeilijk om een geïntegreerd team te managen. Er is een diversiteit aan deskundigheden en de teams zijn groot. Er zijn grote cultuurverschillen tussen de functionarissen van de wijkverpleging en de gezinsverzorging. Ook het cultuurverschil met de maatschappelijk werkers is groot, maar deze laatsten gaan erg hun eigen gang, en 'draaien hun eigen winkel' (bron: interview).

- Er is een grote behoefte aan bijscholing voor gezinsverzorgenden en helpenden. Sinds de introductie van de geïntegreerde teams wordt er veel meer zelfstandigheid van hen verwacht. Zij krijgen bijna geen begeleidingsbezoeken in de werksituatie. Tevens moeten zij ook in de toekomst een aantal taken met betrekking tot de zorgcoördinatie op zich kunnen nemen (bron: interview).
- Voor veel gezinsverzorgenden en helpenden is het werk door de geïntegreerde teams boeiender geworden. Immers de teams zijn veel breder gericht en hun zelfstandigheid is toegenomen (bron: interview).
- Hoewel gezinsverzorging en wijkverpleging als groepen nog erg apart werken, weet men elkaar nu wel veel gemakkelijker te vinden. Men werkt vanuit hetzelfde gebouw en legt vlotter contact (bron: interview).

6.4 Coördinatie

Een werkeenheid staat onder leiding van een werkeenheidmanager. Deze functionaris is verantwoordelijk voor de voorbereiding, ontwikkeling en uitvoering van het beleid met betrekking tot de integrale thuiszorg in de eenheid.
Zoals hierboven genoemd bestaat elke werkeenheid uit 6 à 7 integrale teams, die elk onder leiding staan van een zorgmanager. Deze zorgmanager heeft een HBO-opleiding en geeft leiding aan groepen zorgverleners die belast zijn met de directe zorgverlening. De zorgmanager richt zich op een goede inzet van de medewerkers, heeft oog voor de individuele en collectieve werkdruk en voor een efficiënt en effectief teamfunctioneren (Modelstructuur, 1992). Taken van de zorgmanager zijn onder andere het initiëren en voorzitten van de diverse overlegsituaties, plannen, contacten naar buiten onderhouden en de begeleiding van de teamleden. Met betrekking tot dit laatste is een beleid voor het houden van functioneringsgesprekken in ontwikkeling.

Gezinsverzorging, wijkverpleging en eventueel maatschappelijk werk hebben gezamenlijk overleg op cliëntenbesprekingen. Op zo'n bespreking zijn alle hulpverleners, die bij een bepaalde cliënt betrokken zijn aanwezig. Ook kunnen alle betrokken hulpverleners zo'n cliëntenbespreking aanvragen.

Daarnaast zijn er in de teams nog andere overlegsituaties. Er is een wekelijks overleg tussen wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. In dit overleg maakt men de planning en zorgt men voor onderlinge afstemming van de werkwijze.
Per team is de groep gezinsverzorgenden en helpenden verdeeld in subgroepen van 10 à 15 hulpverleners, die in sommige teams éénmaal per week overleg hebben, en in andere teams éénmaal per maand. Op dit overleg worden cliënten besproken, komen organisatie-onderwerpen aan de orde, evenals samenwerking en zorginhoudelijke zaken.
Het overleg tussen maatschappelijk werk en de zorgmanager is individueel, omdat er per team maar 1 à 2 maatschappelijk werkers zijn.
De integrale teams werken als geheel niet geïntegreerd. Immers de voorwaarde scheppende overlegsituaties zijn voor alle disciplines apart. Men kan eigenlijk beter spreken van een geïntegreerde zorg rondom de individuele cliënt. Voor elke cliëntsituatie waarbij meerdere hulpverleners zijn betrokken wordt bij de intake een voorstel gedaan voor een zorgcoördinator. Dit is de eerstverantwoordelijke persoon. Het zal over het algemeen degene zijn die het meest bij die cliënt betrokken is. In de meeste gevallen is de zorgcoördinator een wijkverpleegkundige. In laag complexe situaties, waar een verzorgende als enige discipline werkzaam is, kan de coördinatie van zorg door de verzorgende worden uitgevoerd. Dit is mede afhankelijk van de competentie van de individuele uitvoerende. In een aantal gevallen heeft de zorgmanager de casecoördinatie. Dit komt voor in situaties die voor een gezinsverzorgende te complex zijn, maar waar toch geen functionaris van de wijkverpleging hoeft te worden ingezet. Een belangrijk facet van de zorgcoördinatie is het specificeren van het zorgplan. Bij de intake wordt slechts de startsituatie aangegeven en worden globale doelen geformuleerd. Daarnaast is de afstemming van zorg tussen alle betrokken zorgverleners van belang.Deze persoon coördineert de zorg rondom de individuele cliënt en initieert het overleg met de betrokken hulpverleners rondom die cliënt. Vanuit de cliënt gezien zorgen de hulpverleners gezamenlijk voor een geïntegreerd pakket aan zorg.

Er is een model voor zorgcoördinatie ontwikkeld, waarbij is vastgesteld dat de functionaris die verantwoordelijk is voor de zorgcoördinatie de cliëntenbespreking regelt en voorzit. Dit model functioneert reeds in Hengelo en wordt ingevoerd in de regio's West en Oost. In deze laatste regio's worden de cliëntenbesprekingen nu nog onder leiding van de zorgmanager gevoerd.

- Er is bij aanvang van de nieuwe organisatiestructuur te weinig ondersteuning geweest voor de zorgmanagers. Sommigen zijn in de functie aangesteld terwijl op dat moment nog niet aan de functie-eisen voldaan werd. Aan de uiteindelijke aanstelling is een werkconferentie vooraf gegaan, maar die heeft te weinig ondersteuning geboden .Er is op dit gebied wel een duidelijke ontwikkeling gaande. Er is een jaarwerkplan ontwikkeld en in de toekomst is er meer aandacht voor bij- en nascholing van de zorgmanagers. Er zullen een aantal cursussen verzorgd gaan worden door de instelling. Elke zorgmanager kan daarin zelf zijn eigen leerroute aangeven (bron: interview).
- Om dat de samenstelling van het geïntegreerd team heel heterogeen is het management daarvan soms moeizaam. In de groep van de gezinsverzorgenden en helpenden heeft men voorheen nooit veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van een beroepsattitude. In overlegsituaties richt men zich vrijwel alleen op inhoudelijke en huishoudelijke zaken. Dit heeft ook te maken met het feit dat de meeste verzorgenden en helpenden geen begeleidende bezoeken van een leidinggevende in het gezin meer krijgen. Op de teambespreking komen daarom allerlei pietluttige zaken aan de orde, bijvoorbeeld wanneer men wel of niet moet stofzuigen. Verder heeft deze groep weinig belangstelling voor het teamgebeuren (bron: interview).

Bij het model voor zorgcoördinatie behoort ook een trainings- en scholingsprogramma, dat vooral gericht is op de wijkverpleegkundigen. Voor de verzorgenden is de afstemming van zorg een nieuwe taak. Daarnaast moeten zij in de nieuwe situatie meer zelfstandig gaan functioneren omdat zij in de cliëntsituatie vrijwel geen begeleidende bezoeken van een leidinggevende krijgen. Zij moeten bijvoorbeeld veel vaker zelf onderhandelen met de cliënt. Ten behoeve van deze veranderingen en ontwikkelingen is er een begeleidingsprogramma ontwikkeld. Bij de ontwikkeling van deze programma's hebben de functionarissen Inhoudelijke Begeleiding en Deskundigheidsbevordering een belangrijke rol.

7. ZUID WEST FRIESLAND

7.1 Algemene gegevens van het projectgebied

In de regio Zuid-West Friesland is in de zomer van 1989 een samenwerkingsmodel tot stand gekomen waarmee men als doel had de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging zowel op uitvoerend als op leidinggevend niveau te optimaliseren.
Bij deze samenwerking zijn betrokken de stichting Thuishulp Zuid-West Friesland, oorspronkelijk voortgekomen uit drie instellingen voor gezinsverzorging betrokken, namelijk: MADI Witmarsum, MADI Scharsterlân/Lemsterland en MADI Zuid-West Friesland, alsmede de Stichting Kruiswerk Zuid-West Friesland. Gezamenlijk geven deze instellingen thuishulp en thuisverpleging/verzorging aan een werkgebied met 130.000 inwoners. Bij de twee instellingen werken ongeveer 900 werknemers.

In het samenwerkingsmodel beoogt men te komen tot een goede taakafbakening en taakafstemming met name bij gezamenlijke cliënten. Ook wil men komen tot een intensieve samenwerking rond de intake en een gezamenlijke presentatie naar buiten, bijvoorbeeld door te werken vanuit één gebouw, met één loket en één telefoonnummer voor een hulpverlenersteam in een bepaald werkgebied.

Als eerste hebben de twee instellingen gekozen om te gaan experimenteren met een centrale intake voor gezinsverzorging en wijkverpleging. Uitgangspunt van het experiment is een goede afstemming tussen vraag en aanbod van wijkverpleging en gezinsverzorging, door middel van een juiste indicatiestelling en een goede registratie. Daarbij wordt een geautomatiseerd communicatiesysteem noodzakelijk geacht.
Na een voorbereidingsperiode is het experiment op 1 september 1991 van start gegaan.
Het experiment zou antwoord moeten geven op de vraag hoe in een relatief dun bevolkt gebied, door integratie van intake en door verbetering van de communicatie, de gewenste effectiviteit, efficiëntie en kwaliteit wordt bereikt.
In de hierna volgende beschrijving worden de verschillende aspecten van het project belicht.

7.1 De indicatiestelling

Het experiment rondom de centrale intake heeft plaats gevonden in een basiseenheid met een plattelandskarakter. Deze basiseenheid omvat de gemeenten Lemsterland, Gaasterlân en Nijefurd en heeft ruim 30.000 inwoners.
Voor aanmeldingen voor thuishulp en -zorg kan men op alle werkdagen terecht tijdens het spreekuur van het Centrale Intake Bureau, elke middag van 13.00 - 14.00 uur. Buiten deze tijden staat er een antwoordapparaat aan dat verwijst naar het spreekuur en voor urgente situaties naar een centraal alarmnummer. Op het bureau centrale intake werken twee intakers, waarvan de een afkomstig is van de wijkverpleging en de andere van de gezinsverzorging. Beiden hebben een HBO-opleiding. Het bureau intake is apart van de zorgverlenende instellingen gevestigd.
De aanmeldingen die tijdens het spreekuur binnenkomen worden door de intakers, die dan zelf de telefoon bemannen verwerkt. Men hanteert tijdens het telefoongesprek het 'formulier Registratie Hulpaanvraag'. Daarop worden cliënt-gegevens genoteerd en de hulpvraag kort omschreven. Aan het einde van het telefoongesprek wordt een afspraak gemaakt voor een intakebezoek. Ook deze afspraak komt op dit formulier.

> Het spreekuur voor de aanmelding is te kort en daardoor is de telefoonlijn continu in gesprek. Bovendien om bij de aanmelding de hulpvraag goed in kaart te kunnen brengen en vervolgens op efficiënte wijze de hulpverlening op gang te brengen heeft men een rustig telefoongesprek nodig. Dat is tijdens een spreekuur van één uur niet mogelijk. Daarnaast zijn er ook hulpverleners die het intaketeam tijdens dit spreekuur willen bereiken. Om daarvoor een mogelijkheid te geven, heeft men tijdens het experiment een tweede telefoonlijn aangelegd, die niet toegankelijk is voor cliënten, maar waarvan het nummer alleen bekend is bij de hulpverleners. Een receptionisten-functie zou de bereikbaarheid kunnen vergroten. Echter een nadeel is dan dat de intaker dan een direct contact met de hulpvrager mist (bron: interview).

Binnen twee dagen na de aanmelding wordt er door de intaker een intakebezoek bij de hulpvrager afgelegd. Soms wordt deze termijn overschreden en soms is het ook niet nodig om de intake binnen twee dagen te doen. Tijdens de telefonische aanmelding wordt dit met de cliënt overlegd.
Men heeft een procedure voor urgente hulpvragen. Indien sprake is van een urgente hulpvraag kunnen centrale intakers en medewerkers van de instellingen besluiten direct zorg te verlenen, zonder dat er eerst een indicatie plaatsvindt. De functionaris die de urgente situatie aantreft, doet een taakgerichte oriëntatie en activeert de centrale intake-afdeling. Met betrekking tot de

hulpverlening maakt men met de hulpvrager alleen korte termijn afspraken . De intake vindt dan achteraf, en zo spoedig mogelijk, plaats.

Na de aanmelding en registratie daarvan wordt door de intakers bepaald wie de betreffende intake gaat verrichten. Bij deze keuze baseert men zich op het 'model toewijzing intake aan centrale intaker', dat is opgenomen in het al eerder genoemde samenwerkingsmodel. In dit model worden acht typen taken onderscheiden. Wanneer het om huishoudelijke of begeleidende taken gaat, wordt de intake verricht door de intaker uit de gezinsverzorging. Als de hulpvraag van verpleegtechnische aard is, het toedienen van medicatie, reactivering of GVO betreft, wordt de intake verricht door de wijkverpleegkundige. Bij verzorgende taken, hulp bij therapie of leefregels, kan de intake zowel door de intaker van de wijkverpleging als van de gezinsverzorging worden verricht, de intakers overleggen in dat geval onderling.
De intake is geïntegreerd. Men heeft tijdens het experiment een intakeformulier gebruikt dat gebaseerd was op het TIRS. Het TIRS is namelijk gericht op de registratie van de hulpvraag en geïntegreerde indicatiestelling voor beide werksoorten.
De diverse delen van het intakeformulier bieden ruimte om de hulpvraag te verhelderen. Op grond van de opgevraagde informatie tijdens de intake komt men tot een globale doelstelling van de hulp. Op basis daarvan indiceert men tijdsduur, soort en hoeveelheid hulp. Daarnaast geeft de intaker aan uit welke discipline de zorgcoördinator moet komen en van welk deskundigheidsniveau deze dient te zijn.
Het indicatie-formulier geeft geen expliciete leidraad om de urgentie te bepalen. De intaker maakt een inschatting over de mate van urgentie, rapporteert en motiveert op het intakeformulier waarom een situatie als urgent wordt ingeschat.

Het intakebureau hanteert bij voor de toewijzing van hulp, de door het NIZW omschreven harde optie. Dat betekent dat de indicatiestelling het karakter heeft van een voorschrift aan de zorgverlenende instelling. Wanneer door tekort aan personeel de instelling niet aan het voorschrift kan voldoen, dan vindt in overleg met de centrale intake een alternatief hulpaanbod plaats (bron: Eindverslag Centrale Intake Regio Zuid-West Friesland).

- Tijdens het experiment gebruikte men een voor dit doel ontwikkelde set intakeformulieren. Deze waren gebaseerd op het TIRS, het LIER-systeem, eigen materiaal en materiaal van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT). Al tijdens het experiment bleek het intake-instrument niet geheel aan de eisen te voldoen, zodat tijdens het experiment maar ook daarna enkele bijstellingen en aanpassingen hebben plaatsgevonden (bron: Eindverslag project Centrale Intake).
  De formulieren die nu (na de experimentele periode) gebruikt worden om de hulpvraag te verhelderen zijn nogal omvangrijk. Daar hebben de betrokken intakers aan moeten wennen, maar ze blijken wel werkbaar. Er is open ruimte voor een verpleegkundige- en een hulp-diagnose. Verder kan men op het formulier de geïndiceerde taken aangeven. Tevens vormt het formulier een goede leidraad voor bij het intakegesprek en bevat voldoende handvatten om de juiste zorg toe te wijzen (bron: interview).
- Een zwak punt in het formulier, dat nu gehanteerd wordt is een samenvattende score, die de zelfredzaamheid van de cliënt weergeeft. Dit is een element dat afkomstig is uit het LIER-systeem. Je kunt de toestand van een cliënt niet in een score weergegeven (bron: interview).
- Er wordt aan de cliënten mondeling medegedeeld wat de geïndiceerde hulp is. Daar wordt bij vermeld dat dit geen enkele garantie biedt op die hulp. Een zorgcontract zou meer duidelijkheid geven (bron: interview).

Eigenlijk moet men hier dus stellen, dat men formeel een harde optie hanteert, terwijl dat in de praktijk niet altijd haalbaar is.
De cliënt krijgt geen zorgcontract aangeboden. De cliënt krijgt mondeling te horen welke hulp er geïndiceerd is, maar daarbij wordt vermeld dat een definitieve hulpinzet mede afhankelijk is van de capaciteit die de zorgverlenende instantie op dat moment heeft. Soms worden er enkele afspraken van de intake genoteerd in het informatieboekje dat bij de intake wordt uitgereikt. Maar dit is afhankelijk van de situatie en geen regel.

De intakers zijn van mening dat het van belang is dat je voor het stellen van een goede indicatie, contact houdt met de uitvoerende hulpverleners. Daarmee kan men checken of de indicatie aansluit bij de visie die men in de praktijk heeft. Immers de teams maken verpleeg/hulpverleningsplannen op basis van de doelen die in de intake worden geformuleerd. Om deze aansluiting in stand te houden wonen intakers éénmaal per maand de teamvergaderingen bij de teams in het experimentele gebied.(bron: interview).

De intaker stelt tijdens de intake vast vanuit welke uitvoeringsorganisatie de zorgcoördinatie dient te geschieden. Dit is doorgaans de organisatie die het meest bij de zorgverlening betrokken is. Men baseert zich op de taakomschrijving van het "Samenwerkingsmodel gezinsverzorging/wijkverpleging" (mei, 1989). Ook bepaalt de intaker de complexiteit en het daarbij vereiste deskundigheidsniveau. Daarbij baseert men zich ook op het al eerder genoemde samenwerkingsmodel en tevens op de beleidsnota 1ste en 2e deskundigheids-

niveau (Vrieselink, 1990).
Soms voert men ook overleg met de uitvoerende teams, om met betrekking tot het bepalen van benodigde deskundigheidsniveau met elkaar op één lijn te blijven.
In de organisatie waaraan de zorgcoördinatie is toegewezen wordt een zorgcoördinator aangesteld. Deze stelt, op grond van de indicatie, het op de individuele hulpvrager toegesneden zorgpakket samen en is verantwoordelijk voor het opstellen van een zorgplan.
Tevens coördineert hij of zij de zorg. In overleg met de betrokken hulpverleners kan het zorgplan bijgesteld worden.
Herindicatie van de zorg valt onder de verantwoordelijkheid van de zorgcoordinator. Op verzoek van de zorgcoördinator kan de Centrale Intake hierbij een consultatieve rol spelen. Bij een herindicatie wordt de Centrale Intake altijd in kennis gesteld van de uitkomsten.

- De totale tijd die aan de intake wordt besteed,is naar de mening van de betrokkenen groter dan voorheen. Door de automatisering is het aantal te verrichten handelingen toegenomen. Wanneer de hulpvraag binnenkomt, wordt deze meteen per computer geregistreerd. Dit heeft een inwerkperiode gevergd. Als een intake noodzakelijk wordt geacht, bezoekt de intaker de cliënt, alwaar ter plekke het intakeformulier wordt ingevuld. Deze gegevens moeten later echter opnieuw in de computer worden ingevoerd (bron: Eindverslag Centrale Intake, Regio Zuid-West Friesland).
- De werkwijze met name bij een gecombineerde intake is efficiënter geworden. De intaker houdt zich alleen bezig met de intake, zodat deze taak niet 'ondergesneeuwd' wordt door andere taken en verplichtingen. Dit zal op den duur ook de efficiëntie ten goede komen. De cliënt wordt goed gehoord, op termijn zal dit winst leveren (bron: interview).
- De reacties in de praktijk op het experiment zijn zeer verschillend:
  - Sommige wijkverpleegkundigen ervaren het loskoppelen van de intake als een uitholling van hun taak. Anderen reageren positief omdat er een meer eenduidige werkwijze is ontstaan.
  - Patiënten zijn positief, maar moeten ook wennen, omdat nu niet de vertrouwde zuster uit het dorp de intake doet.
  - Een aantal huisartsen vindt dat met de nieuwe werkwijze ook de bureaucratie is toegenomen. Vroegere was het met name op het platteland de gewoonte dat wanneer een huisarts het nodig achtte dat een cliënt door de wijkverpleegkundige werd bezocht, dat men even binnen liep op het wijkgebouw, of desnoods werd iets dergelijks bij een toevallige ontmoeting in het dorp, op informele wijze geregeld. Nu moet echter bij elke aanvraag voor hulp een formele intakeprocedure gevolgd worden (bron: interview).

7.2 Geïntegreerd zorgaanbod

Bij dit experiment is sprake van aparte en autonome instellingen voor gezinsverzorging en voor wijkverpleging. Wel is er aandacht voor de zorgcoördinatie, die volgens het samenwerkingsmodel gezinszorg-wijkverpleging, daterend van mei 1989, alleen uitgevoerd kan worden op basis van samenwerking, consensus en professioneel handelen. Verder zijn er nog geen concrete plannen op het gebied van een geïntegreerd zorgaanbod van kruiswerk en gezinsverzorging.
In het experimentele gebied, een basiseenheid met drie gemeenten: Lemmer, Balk en Koudum, werken drie teams van de wijkverpleging onder leiding van een hoofdwijkverpleegkundige. In elke gemeente is een team van ongeveer zes functionarissen actief, namelijk drie à vier wijkverpleegkundigen en twee à drie wijkziekenverzorgenden.
Bij de gezinsverzorging heeft men de experimentele regio verdeeld in twee gebieden: gebied Koudum en gebied Lemsterland-Skarsterlân. Elk van deze gebieden kent weer subregio's. In zo'n subregio werken afhankelijk van de grootte één of twee teams wijkbejaardenverzorgenden. Deze teams bestaan alle uit gediplomeerde verzorgenden. Het komt voor dat er ook een wijkziekenverzorgende of een verpleegkundige in zo'n team zit, maar men heeft de functie van verzorgende. Er zijn één of twee teams gezinsverzorgenden, bestaande uit ongeveer 8 personen, allen gediplomeerd. Daarnaast werken er nog zo'n 30 à 40 helpenden die niet in teamverband werken. In elk van deze twee gebieden werken ongeveer vijf leidinggevenden met 100 uitvoerenden (gezinsverzorgenden en helpenden). Een leidinggevende heeft dus meerdere teams onder zijn of haar hoede en nog een aantal helpenden. Bij de gezinsverzorging is dus niet voor alle functionarissen sprake van een teamverband. De wijkbejaardenverzorgenden, functioneren echt als team en voeren regelmatig overleg. De verzorgenden hebben minder overlegsituaties en de helpenden een maal per kwartaal een bijeenkomst.
De gespecialiseerde gezinsverzorging is op grotere schaal georganiseerd.
De gehele regio Zuid-West Friesland is voor wat betreft de gezinsverzorging verdeeld in twee rayons. De gespecialiseerde gezinsverzorging is op dit rayonniveau georganiseerd

7.3 Coördinatie

De drie teams wijkverpleging, die werkzaam zijn in het experimentele gebied staan onder leiding van een hoofdwijkverpleegkundige. Deze geeft leiding aan de teams, bewaakt de planning en initieert overlegsituaties.
Eénmaal per week heeft elk team overleg. Op dit overleg komt de planning aan de orde, worden cliënten besproken en nieuwe intakes ingebracht en komen lopende zaken aan bod. Eénmaal per maand woont ook een van de intakers de teambespreking bij. Met dit contact probeert men gezamenlijk op één lijn te blijven een goede basis voor overleg te creëren.
De teams in de gezinsverzorging functioneren in meer of mindere mate als echte teams. De teams met wijkbejaardenverzorgenden voeren wekelijks overleg, waarin planning, cliëntenbespreking en aan het werk gerelateerde thema's aan de orde komen. Teams gezinsverzorgenden komen minder vaak bij elkaar, ongeveer éénmaal per vier weken is er een werkbespreking, waarop cliënten besproken worden of onderwerpen die met de zorgverlening te maken hebben. De helpenden, die doorgaans niet in teamverband werken, werken meestal in de langdurende hulpverlening. Dit zijn relatief stabiele situaties. Deze uitvoerenden hebben vier maal per jaar een groepsbespreking, waarop aan een bepaald thema aandacht wordt geschonken. De leidinggevenden bij de gezinsverzorging zorgen naast hun leidinggevende taken ook voor de bemiddeling van alpha-hulpverlening. De afdeling intake bepaalt bij elke intake welke discipline de coördinatie op caseniveau gaat verzorgen. In de meeste gevallen (90%), is dit de wijkverpleging. Zowel een wijkverpleegkundige als een wijkziekenverzorgende kunnen verantwoordelijk zijn voor de coördinatie van zorg, maar de wijkziekenverzorgende krijgt daarbij minder complexere situaties toegewezen dan de wijkverpleegkundige.
Degene die verantwoordelijk is voor de zorgcoördinatie bewaakt en evalueert de zorg. Bij de wijkverpleging komen herindicaties niet voor. Wanneer de zorg niet meer goed is afgestemd op de vraag of de behoefte van de cliënt, dan wordt het verpleegplan bijgesteld.
Bij de gezinsverzorging valt de coördinatie van zorg onder de verantwoording van de leidinggevende. Afhankelijk van de situatie en de vaardigheden van de uitvoerende wordt dit in onderling overleg gedaan. Dit geldt eveneens voor de herindicatie.
Wanneer meerdere hulpverleners in een zorgsituatie betrokken zijn dan heeft men bij de cliënt thuis een zogenaamd "zorgmapje" liggen. Dit is een mapje met daarin voorgedrukte formulieren, waarop men bijzonderheden, zorgaanwijzingen en overdrachtgegevens kan noteren.

8. ROTTERDAM

8.1 Algemene gegevens van het projectgebied

In januari 1992 heeft de Stichting Thuiszorg Rotterdam het besluit genomen om kruiswerk en gezinsverzorging te integreren. Aan dit besluit is een heel traject van fusies, plannen en onderhandelingen vooraf gegaan. Als eerste fuseerden op 1 januari 1991 de Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen (SSRK) en de Stichtingen Thuishulp Oost, Centrum, Noord-West, en Zuid-West (gezinsverzorging) tot de Stichting Thuiszorg Rotterdam. Door deze fusie ontstond één organisatie, met één Raad van Toezicht, één centrale directie, één Centrale Ondernemingsraad en een centraal bureau, maar de voormalige vier stichtingen blijven als werkmaatschappijen gehandhaafd (bron: Thuiszorg op koers, besluit tot integratie, januari 1992).

In het uitwerkingsbesluit van de fusie (Thuiszorg op stap 1, augustus 1992) schetst men de volgende organisatiestructuur voor de Stichting Thuiszorg Rotterdam. Men onderscheidt drie niveaus, te weten het niveau van de werkeenheid, het regionaal niveau en het stedelijk niveau. Binnen Rotterdam worden drie regio's onderscheiden, met elk een regiodirecteur en een staf en ondersteunende diensten. De regio's zijn van ongeveer dezelfde grootte, 220.000 inwoners. Elke regio kent maximaal 6 werkeenheden.
Elke werkeenheid biedt verpleging, verzorging, begeleiding, voorlichting en huishoudelijke hulp. Diensten als kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, dieetadvisering en voedingsvoorlichting, uitleen verpleegartikelen, beweging voor ouderen en maaltijdservice zullen stedelijk georganiseerd blijven, maar deze produkten worden wel zoveel mogelijk decentraal aangeboden.

De Centrale directie vindt het van groot belang dat op korte termijn aandacht wordt besteed aan cultuurverschillen, die tussen de verschillende organisaties bestaan. Een deel van die cultuurverschillen is van toevallige aard, maar een deel ervan heeft ook achtergrond. Zo zijn er grote verschillen in de mate van professionalisering van de uitvoerders en zijn er verschillen in de wijze van omgaan met de levensbeschouwing van de cliënten.
Vooruitlopend op de beoogde integratie die eind 1993 bereikt moet zijn is men op in januari 1990 gestart met het Innovatieproject Weegschaalhof.

Deelnemers aan het project waren de toen nog bestaande Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen en de Stichting Thuishulp Rotterdam Oost (instelling voor gezinsverzorging).
Het project richt zich op de gebieden Oosterflank, het Lage Land en Prinsenland, met een totaal van 30.000 inwoners. Voor deze wijken hadden thuishulp en wijkverpleging inmiddels een gezamenlijke huisvesting betrokken aan de Weegschaalhof.
Met het project wilde men de volgende doelen bereiken:

- gezamenlijke bereikbaarheid
- een gezamenlijke intake en indicatiestelling
- een gezamenlijke registratie van gegevens
- een gezamenlijk optreden naar derden
- een taakafbakening en taakstelling voor de verschillende werksoorten, en ontwikkelen van zorgcoördinatie.

Tevens was bij het projectvoorstel geopperd dat wanneer de voorgenomen fusie met de SSRK en de Stichtingen voor Thuishulp plaats zou vinden, de resultaten van het Weegschaalhofproject te gebruiken zouden zijn bij het ontwerp van een nieuwe structuur, voor een nieuwe organisatie.
Hoewel de daadwerkelijke fusie wat vertraging heeft opgelopen, dient een reorganisatie van de thuishulp en het kruiswerk toch voor het eind van 1993 afgerond te zijn. Dit is zeer noodzakelijk om te komen tot een marktgerichte en kostenbewuste organisatie, waar men in kan spelen op het nieuwe financieringsstelsel en op de groeiende concurrentie van particuliere zorginstellingen (bron: Informatief, mededelingenblad voor de thuiszorg, april 1993).

De hierna volgende beschrijving geeft weer hoe tijdens het experiment Weegschaalhof de werkwijze was ten aanzien van de indicatiestelling, het geïntegreerde zorgaanbod en de coördinatie.

8.2 De indicatiestelling

Het experiment waarvan een centrale intake en indicatiestelling een onderdeel is, richt zich op een gebied van 30.000 inwoners. Voor aanmeldingen is men bereikbaar van 8.30 uur tot 13.30 uur. Een aanvraag voor hulp komt binnen bij een spreekuurmedewerker.
Deze registreert persoons- en basisgegevens, die nodig zijn voor het verrichten van een intakebezoek. Na invulling wordt een kopie gemaakt door de spreekuurmedewerker, die naar de intakers gaat. Tevoren worden de aan-

vraagformulieren verdeeld naar: alleen wijkverpleging, alleen thuishulp, en de aanvragen die beide werksoorten betreffen. Bij deze laatste wordt de intake door de wijkverpleging gedaan. Ook aanvragen voor het zogenaamde 'grijze gebied' worden altijd aan een intaker van de wijkverpleging toegewezen.
Er is tijdens kantooruren niet altijd een wijkverpleegkundige aanwezig, waar wie de telefoniste bij onduidelijkheden vragen kan stellen.

- De telefoniste heeft bij sommige hulpvragen te weinig achtergronden op verpleegkundig of verzorgingsgebied om op een juiste wijze te kunnen doorvragen. Intakes komen daarom wel eens bij de verkeerde discipline terecht (bron: interview).
- Een enkele maal blijkt dat de situatie die men bij de cliënt aantreft volstrekt anders is, dan men uit het aanmeldingsformulier heeft opgemaakt (bron: interview).

Als gevolg van de hierboven vermelde werkwijze gaat het dus met name om een geïntegreerde intake wanneer de vraag wijkverpleging, gecombineerde hulp of een hulpvraag in het zogenaamde grijze gebied betreft.
De spreekuurmedewerker maakt daartoe te voren al een verdeling.
Wanneer de hulpvraag wordt toebedeeld aan een intaker van de wijkverpleging wordt binnen 24 uur een afspraak gemaakt met de cliënt voor een intakebezoek. De intake wordt verricht door een wijkverpleegkundige, die minimaal een half jaar praktijkervaring heeft. Naast de intake is deze functionaris ook belast met uitvoerende taken als wijkverpleegkundige. De intakes door de wijkverpleegkundige worden verricht voor de eigen wijk. Men kan hier dus niet echt spreken van een loskoppeling van intake en uitvoering.
Aanvragen die alleen gezinsverzorging betreffen, worden behandeld door een intaker van de gezinsverzorging. Deze functionaris heeft minimaal een MBO-sd opleiding. Naast de intakes werkt deze functionaris ook als leidinggevende voor de gezinsverzorging. De termijn waarop een afspraak voor een intake wordt gemaakt is afhankelijk van het type hulpvraag. Voor tijdelijke hulp vindt de intake plaats binnen twee dagen. Voor variabele hulp, dit is de hulp buiten kantooruren, is dit binnen 24 uur. Wanneer men inschat dat het om langdurige hulpverlening gaat, zal binnen een week de intake plaats vinden.
Alle intakers gebruiken tijdens de intake een intakeformulier, dat speciaal voor dit experiment is ontwikkeld. Het formulier bestaat uit verschillende onderdelen. Er is een deel met algemene gegevens van de cliënt, waarop samenvattend wordt genoteerd om welke hulpsoort het gaat en de hoeveelheid hulp die is geïndiceerd. Het tweede deel van het intakeformulier is open. Daar wordt de lichamelijke situatie, de psychische situatie en de sociale redzaamheid van de cliënt beschreven. Dit deel wordt afgesloten met een samenvattende score op deze drie aspecten. Op een ander deel van het intakeformulier worden precies

de geïndiceerde taken op verzorgend, verplegend en huishoudelijk gebied aangegeven.
Omdat de werkwijzen van de wijkverpleegkundige intaker en de intakers van de gezinsverzorging niet precies hetzelfde zijn, worden deze achtereenvolgens apart beschreven.
Bij een aanvraag voor wijkverpleging of gecombineerde hulp (intaker is een wijkverpleegkundige) worden er tijdens het intakebezoek geen doelen geformuleerd. Dit gebeurt pas in een later stadium, door degene die de cliënt in zorg krijgt. Dan wordt tevens de complexiteit van de zorgverleningssituatie vastgesteld. De intaker bepaalt wel de urgentie. Hij/zij baseert zich daarbij op ervaring. Wanneer de hulpvraag een medisch aspect heeft, wordt er voor het deskundigheidsniveau altijd voor iemand van de wijkverpleging gekozen. Afhankelijk van de hulpvraag kan dit een wijkziekenverzorgende of een wijkverpleegkundige zijn.

- Eigenlijk is de situatie bij de intake voor de wijkverpleegkundige weer als van ouds. Bij aanvang van het project deden de wijkverpleegkundigen van de drie teams die in dit werkgebied werkzaam zijn, bij toerbeurt de intakes voor de gehele Oosterflank. Dit werkte niet goed omdat men intakes moest doen in een gebied waar men onbekend was. Tevens was het aanbod van de intakes zo onregelmatig dat men het op het ene moment te druk had, en op een ander moment niets te doen had. Tijdens het project heeft men vanwege deze bezwaren enkele veranderingen aangebracht. De wijkverpleegkundigen deden alleen nog intakes in de eigen wijk, waar men tevens ook als uitvoerend wijkverpleegkundige werkzaam was.
- De enige veranderingen voor de wijkverpleegkundigen in de huidige situatie (december 1992), in vergelijking met de situatie van voor het experiment, zijn dat men bij een gecombineerde hulpvraag of een aanvraag voor het grijze gebied een geïntegreerde intake doet. Daarnaast werkt men met een voor dit project ontwikkeld intakeformulier (bron: interview).

Na de intake wijst de intaker van de wijkverpleging de hulp toe voor wat betreft de wijkverpleging. Met de cliënt worden er voor de sector wijkverpleging bindende afspraken gemaakt. Wanneer het een gecombineerde hulpvraag betreft wordt de intake tevens via een postbakje, bij de leidinggevende van de gezinsverzorging ingediend. Zonodig wordt de intake daar mondeling toegelicht. De intaker wijst voor de gezinsverzorging geen hulp toe en maakt daarover ook geen afspraken met de cliënt. Bij de thuishulp hanteert men wachtlijsten en de intakers zijn geïnstrueerd om bij de cliënt te melden dat er geen garantie is op thuishulp. Van het indicatieformulier wordt een afschrift bij de cliënt achtergelaten met daarop het aantal uren dat is geïndiceerd. De cliënt kan zo aan de instelling voor thuishulp tonen welke hoeveelheid en soort van gezinsverzorging is geïndiceerd.

- Het maken van afspraken voor thuishulp wordt bij een geïntegreerde intake bemoeilijkt. Een van de complicerende factoren is dat men bij de gezinsverzorging drie afdelingen heeft voor langdurige hulp (wachtlijst 2 jaar), voor kortdurende hulp van maximaal 16 weken (korte wachtlijst) en voor variabele hulp buiten kantooruren (korte wachtlijst). Elk van deze sectoren heeft een eigen leidinggevende. Als je een cliënt zowel 's ochtends als 's avonds in zorg wil hebben heb je dus te maken met verschillende leidinggevenden. Daarbij zijn er veel wisselingen in leidinggevenden en dat maakt de organisatie van de gezinsverzorging voor de intakers van de wijkverpleging weinig overzichtelijk (bron: interview).

Wanneer het hulpverleningsproces op gang is gekomen vindt er in de sector wijkverpleging een voortdurende bijstelling van het zorgplan plaats en eventueel een herindicatie.
Wanneer het een gecombineerde hulpvraag betreft is het niet mogelijk dat een leidinggevende van de gezinsverzorging het zorgplan eenzijdig bijstelt. Deze moet daarvoor altijd een wijkverpleegkundige of de intaker van de wijkverpleging inschakelen.

Bij een aanvraag voor de gezinsverzorging wordt zoals boven is vermeld de intake gedaan door een intaker van de gezinsverzorging. Er zijn vier intakers van de gezinsverzorging, waarvan er drie tevens als leidinggevende werken. Deze intakers krijgen uitsluitend aanvragen die alleen betrekking hebben op de gezinsverzorging.
Tijdens het intakegesprek worden er wanneer het om kortdurende hulp gaat (maximaal 16 weken) doelen geformuleerd door de intaker. Bij de langdurige hulp worden niet expliciet doelen geformuleerd. Op het indicatieformulier wordt aangegeven welke taken er door de hulpverlener dienen te worden uitgevoerd. De intaker bepaalt de duur van de hulp. Daarvoor bestaan geen formele richtlijnen. Men baseert zich op ervaring in de praktijk. De urgentie wordt eveneens door de intaker bepaald. Men doet dit aan de hand van de eerdergenoemde score. Als iemand op zowel de lichamelijke- en psychische situatie alsmede de zelfredzaamheid een drie scoort (scores 0-1-2-3), dan wordt de situatie als zeer urgent beschouwd.
De intaker die belast is met dit soort intakes hoeft voor het deskundigheidsniveau alleen maar een onderscheid te maken tussen verzorgenden en helpenden. In principe gaat men er vanuit dat wanneer er verzorgende werkzaamheden gevraagd worden een verzorgende wordt ingezet, in de praktijk is dit onderscheid echter niet zo duidelijk. De persoonlijke kwaliteiten van een hulpverlener spelen vaak een grotere rol dan de opleiding.
Zoals al is genoemd zijn er voor de thuishulp wachtlijsten, waarvan de lengte

varieert met het soort hulp dat gevraagd is. In verband met de wachtlijsten kunnen er met de cliënt geen afspraken over de hulpinzet worden gemaakt. Deze krijgt wel een kopie van de lijst met geïndiceerde taken en een boekje met de regelgeving van de instelling. De cliënt wordt echter wel duidelijk gemaakt dat hij daar geen enkel recht aan kan ontlenen.
Als de intake is afgerond wordt deze doorgegeven aan de betreffende leidinggevende. De leidinggevende bepaalt wie en wanneer er een hulpverlener wordt ingezet. Daarbij zijn de urgentie en de beschikbaarheid van personeel de bepalende factoren.
Bij de thuishulp vindt regelmatig herindicatie plaats. Bij kortdurende hulp is er een vast moment voor de herindicatie, namelijk na zes weken. Bij langdurige hulp vindt minimaal een maal per jaar herindicatie plaats. De herindicatie valt onder de verantwoording van de betreffende leidinggevende. Meestal is er daarbij overleg met de uitvoerende.
Wanneer er een herindicatie moet plaatsvinden bij een gezamenlijke cliënt van de thuiszorg en de thuishulp dan vindt overleg plaats tussen de wijkverpleegkundige en de leidinggevende die betrokken zijn bij de zorgverlening.

- Er is te weinig overleg tussen intakers van de wijkverpleging en intakers van de thuishulp. Bij aanvang vond er vaker overleg plaats, omdat men bepaalde onderwerpen moest bespreken, zoals retributie-regeling, de takenlijst voor de gezinsverzorging en dergelijke. In de loop van het project raakte men van elkaars werkwijze op de hoogte en het overleg verwaterde. Op verzoek van betrokkenen is het overleg weer in het leven geroepen. Men vergadert eenmaal per maand. De gang van zaken is nu heel bevredigend (bron: interview).
- Het werk voor de intakers van de thuishulp is efficiënter geworden, omdat de baliemedewerker de agenda's van de intakers inplannen.
- Het experiment biedt met name meerwaarde voor cliënten met een gecombineerde hulpvraag. Daar kan een wijkverpleegkundige intaker meteen hulp afspreken. Bovendien krijgt men maar één intaker op bezoek voor beide disciplinen (bron: interview).

In het algemeen kan men zeggen dat de indicatiestelling in het proefgebied ten dele gescheiden is van de uitvoering. Voor de wijkverpleging is dat in het geheel niet het geval. Voor de thuishulp wel. Een van de plannen van de Projectgroep Integratie (Stichting Thuiszorg Rotterdam, 1991) is om op termijn wel een indicatiestelling te realiseren die los staat van de zorguitvoering en de inzet van zorg.

8.3 Geïntegreerd zorgaanbod

De Weegschaalhof is een bestaande basiseenheid van de wijkverpleging in Rotterdam Oost.
In het werkgebied hadden de thuishulp (gezinsverzorging) en de wijkverpleging al sinds 1989 een gezamenlijke huisvesting. Toch werkt men niet met geïntegreerde teams.
De basiseenheid wijkverpleegkundigen staat onder leiding van een hoofdwijkverpleegkundige. In het experimentele gebied zijn drie teams van de wijkverpleging werkzaam. Elk team bestaat uit twee tot vier wijkverpleegkundigen en twee wijkziekenverzorgenden.

- Er is een soort puntensysteem aan de hand waarvan men kan bepalen of er een wijkverpleegkundige of een wijkziekenverzorgenden moet worden ingezet, maar in de praktijk wordt dat niet zo strikt gehanteerd. Men heeft in de teams niet zo'n strikt onderscheid tussen de wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgenden, maar voor een aantal taken bestaat er wel een duidelijke taakafbakening op basis van functieprofielen en onderlinge afspraken (bron: interview).
- De wijkverpleegkundigen werken nogal eens onder hun niveau. Dat komt voort uit een historische ontwikkeling. De wijkverpleegkundigen dichten zich zelf vaak taken toe die beneden hun niveau zijn, omdat ze vinden dat er in een bepaalde situatie ook begeleiding gegeven moet worden die met name door de wijkverpleegkundige verricht moet worden. Deze visie is niet altijd overeenkomstig de realiteit. Tevens bestaan de teams uit relatief meer wijkverpleegkundigen dan wijkziekenverzorgenden (bron: interview).

In Rotterdam-Oost werken ongeveer 200 personen in de thuishulp, verdeeld over 20 helpstergroepen. Een leidinggevende heeft de leiding over enkele helpstergroepen. De helpstergroepen bestaan uit 8 tot 20 personen. Het aantal helpenden is relatief veel groter dan het aantal verzorgenden. Er zijn eigenlijk te weinig gediplomeerden, die bovendien in te complexe situaties moeten worden ingezet.

- Hoewel men met de beide disciplines in hetzelfde gebouw zit, komt men elkaar toch niet tegen. Er zijn voor elke discipline aparte ruimtes waar bijvoorbeeld koffie wordt gedronken of de lunch wordt gebruikt. Je komt elkaar alleen maar tegen als je echt iets nodig hebt van elkaar.
  Deze situatie zou kunnen verbeteren door werkeiijk een gemeenschappelijk gebouw te creëren (bron: interview).

De projectgroep Integratie is van mening dat de integratie tussen thuishulp en thuiszorg verder moet gaan dan alleen een geïntegreerde intake. De integratie moet op de werkvloer van de organisatie, dus tussen de uitvoerenden van de

verschillende disciplines, tot stand te komen. Er wordt daarbij gekozen voor een stapsgewijze aanpak. Bij deze aanpak moet men zich richten op de verschillen die er bij de verschillende werkmaatschappijen bestaan met betrekking tot werkwijzen, systemen, procedures, regelgeving, communicatie en besluitvormingsstructuur. Al deze aspecten moeten meer op elkaar worden afgestemd.

In het toekomstbeeld voor de organisatie geeft men aan dat de drie regio's waaruit Rotterdam bestaat, zullen worden ingedeeld in werkeenheden, waarin buurtteams zullen werken. Dit zullen echter homogene buurtteams zijn, dat wil zeggen dat er afzonderlijke teams zijn voor de functies die geboden worden. Vanwege de verhouding tussen het aantal wijkverpleegkundigen /wijkziekenverzorgenden en het aantal verzorgenden/helpenden lijkt op voorhand al duidelijk dat het instellen van volledig geïntegreerde buurtteams vrijwel onmogelijk is. Men overweegt wel per werkeenheid de mogelijkheid te onderzoeken voor teams met een differentiatie in het niveau van integratie, zodat afhankelijk van de zorgvraag een functionaris van een meer of minder geïntegreerd team kan worden ingezet. Men denkt daarbij aan Epsilon-teams die samengesteld zijn uit medewerkers van de thuishulp en wijkverpleging en Delta-teams die alleen wijkverpleging bieden. Ook voor de teams gezinsverzorging probeert men een tot een differentiatie te komen, Waarbij alpha-hulp vergelijkbaar is met de traditionele Alpha-hulpverlening, Beta-teams zich richten op hulpvragen van voornamelijk huishoudelijke aard en Gamma-teams huishoudelijke en licht verzorgende taken hebben.
Op regioniveau zullen enkele speciale teams werkzaam zijn, namelijk een team gespecialiseerde gezinsverzorging en een team gespecialiseerde bejaardenverzorging (bron: Thuiszorg op dreef, Stichting Thuiszorg Rotterdam, 1991).

8.4 Coördinatie

De drie teams wijkverpleging die werkzaam zijn in het experimentele gebied staan onder leiding van een hoofdwijkverpleegkundige. Men heeft per team éénmaal per week een patiënten-overleg. Daarin komt de planning aan bod en worden de patiënten besproken. Twee maal per maand heeft men overleg met alle teamleden van de basiseenheid. Tijdens dit overleg vindt afstemming van de zorg plaats en komen zorginhoudelijke aspecten aanbod.
In het experimentele gebied werken ongeveer 20 helpstergroepen, onder leiding van een leidinggevende thuishulp. Deze kan leiding geven aan meerde-

re helpstergroepen.
Per helpstergroep is er eenmaal per 14 dagen een werkbespreking, waarop cliënten besproken worden. In deze overlegsituaties kunnen de uitvoerenden ook allerlei ervaringen uitwisselen. Het overleg is voor hen daarom belangrijk.

Bij het begrip zorgcoördinatie gaat men uit van de definitie van Willems (NIZW, 1990): "Het op uitvoerend niveau samenstellen en in stand houden van een op de individuele hulpvrager toegesneden pakket van verschillende soorten zorg, hulp en diensten".
Bij de intake van gezamenlijke cliënten wordt er nog geen definitieve zorgcoordinatie geregeld. In een eerste periode van tien dagen besteedt de betrokken wijkverpleegkundige extra aandacht aan de geboden hulp en gaat na of deze effectief is. Na tien dagen voert de wijkverpleegkundige overleg met de betreffende leidinggevende van de thuishulp over de cliëntsituatie en de eerste zorginzet. Daarbij komt aan de orde in hoeverre de benodigde zorg goed is ingeschat en of deze voldoet aan en is afgestemd op de behoeften van de cliënt en zijn omgeving. Vervolgens wordt aan de hand van het "toewijzingsformulier zorgcoördinatie" bepaald of er zorgcoördinatie nodig is en welke discipline deze gaat uitvoeren. Op het toewijzingsformulier voor een zorgcoordinator worden scores toegekend voor A.D.L.-zelfstandigheid, H.D.L. zelfstandigheid, gezondheidstoestand, communicatiemogelijkheden, mate van bewustzijn met betrekking tot de ziektesituatie, betrokkenheid van andere hulpverleners, mate van assertiviteit, mate waarin de leefeenheid psychische begeleiding nodig heeft en de aanwezigheid van mantelzorg. Voor elk onderdeel is een score van één tot drie mogelijk. Bij een totaal score van 15 of minder wordt de zorgverleningssituatie als niet complex/regulier beschouwd. Er wordt dan geen zorgcoördinator aangesteld. Bij 16 of meer is er sprake van een complexe situatie. In deze gevallen wordt een zorgcoördinator aangesteld. Bij het bepalen van de zorgcoördinatie is van belang dat in deze functie zoveel mogelijk continuïteit wordt geboden. De zorgcoördinatie wordt vaak gedaan door een functionaris van de wijkverpleging, maar het kan in principe ook iemand van de thuishulp zijn. Als de zorgcoördinatie aan de thuishulp wordt toegewezen, dan legt de betreffende leidinggevende doorgaans een huisbezoek af om een eigen indruk te krijgen van de situatie.
De taak van de zorgcoördinator is het opstellen van een geïntegreerd zorgplan. Daartoe neemt de zorgcoördinator contact op met de bij de cliënt betrokken hulpverleners en instanties om de mogelijkheden te inventariseren en de zorg goed af te stemmen op de individuele cliënt.
In het zorgplan worden afspraken en doelstellingen omtrent de hulpverlening

vastgelegd. Het zorgplan biedt inzicht in de hoofdlijnen van de hulpverlening (voor de registratie van zorggegevens gebruikt elke discipline haar eigen bestaande registratiesysteem). Andere taken van de zorgcoördinator zijn bewaken van de uitvoering van het zorgplan, en zorgdragen voor een evaluatie bij de afsluiting van het zorgplan.
Hoewel elke functionaris zelf verantwoordelijk is voor het werk dat hij/zij uitvoert, is de zorgcoördinator het aanspreekpunt voor de cliënt, mantelzorg, betrokken hulpverleners en andere disciplines en instanties. Echter niet in alle gevallen verloopt het contact via de zorgcoördinator. Wanneer een leidinggevende van de gezinsverzorging de zorgcoördinatie doet, dan kan een wijkverpleegkundige wel zelfstandig contact opnemen met bijvoorbeeld de huisarts over een bepaalde behandelingsmethode. Wanneer er echter essentiële veranderingen plaatsvinden, bijvoorbeeld opname in het ziekenhuis, dan dient wel met de zorgcoördinator te worden besproken wie de meest geschikte persoon is om daarvoor in overleg te treden met andere disciplines.

- De hierboven beschreven procedure met betrekking tot de zorgcoördinatie is in de praktijk nog onvoldoende geïmplementeerd. Er wordt nog te weinig initiatief genomen om iemand van de andere discipline in te schakelen om zorgcoördinatie in te stellen. Er wordt in het kader van de zorgcoördinatie nog te weinig planmatig gewerkt. Inmiddels is besloten om het thema "zorgcoördinatie" tot onderwerp te maken van een kwaliteitsproject in het najaar van 1992 (bron: eindrapportage Weegschaalhof).
- Er zou meer en regelmatiger contact tussen de verschillende disciplines moeten komen, bijvoorbeeld om overleg te voeren over gezamenlijke cliënt (bron: interview).
- In de praktijk komt het wel eens voor dat de hulpverleners van de verschillende disciplines tegen elkaar in werken, bijvoorbeeld aan de cliënt tegengestelde adviezen geven. Een en ander is te wijten aan het feit dat men toch te weinig contact zoekt met een medehulpverlener. Er is een protocol in ontwikkeling dat richtlijnen moet geven voor de hulpverlening aan een cliënt door verschillende disciplines (bron: interview).

Wanneer er in eerste instantie geen zorgcoördinatie wordt vastgesteld en er vindt een zodanige verandering plaats in de zorgverlening, dat deze wel noodzakelijk wordt, dan is het de taak van de betrokken thuiszorgmedewerkers om daartoe alsnog stappen te ondernemen.

9. NOORD WEST VELUWE

9.1 Algemene gegevens van het projectgebied

In 1992 werd door vier thuiszorginstellingen de intentie uitgesproken door middel van een fusie te komen tot een integraal aanbod van thuiszorg. Door de fusie ontstaat één Thuiszorgorganisatie die gestalte zal geven aan de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging.
De betrokken instellingen zijn:

- Stichting Kruiswerk Noord-West Veluwe
- Stichting Protestants Christelijk Centrum voor Maatschappelijke Dienstverlening Noord-West Veluwe.
- Protestants Christelijke Stichting voor Maatschappelijke Dienstverlening Noord-Veluwe en IJsselmond
- Stichting Gezinsverzorging en Maatschappelijk Werk West Veluwe.

Het werkgebied van de Thuiszorgorganisatie wordt gevormd door het geheel van de afzonderlijke instellingswerkgebieden. Het verzorgingsgebied telt 150.000 inwoners en werkgelegenheid voor 2.000 werknemers. Het zorgaanbod dat wordt geboden omvat gezinsverzorging, kraamzorg, kruiswerk en algemeen maatschappelijk werk.
De gezamenlijke directeuren van de instellingen fungeren vanaf september 1992 als één Raad van Bestuur, belast met de besluiten met betrekking tot het integratieproces. Wanneer het traject van een juridische fusie een aanvang heeft genomen, zullen er een aantal projectgroepen worden opgezet.
In het kader van het integratieproces zal er aan een aantal projecten worden gewerkt zoals: ouder- en kindzorg, algemeen Maatschappelijk werk, gezondheidsvoorlichting- en opvoeding, thuiszorg, commerciële dienstverlening, centraal meldpunt, centrale intake en andere.
De besturen en directies van de instanties in het genoemde werkgebied erkennen een gemêleerdheid van de populatie in het werkgebied, waaraan men zorg verleent. Het is een gebied met een diversiteit aan confessionele achtergronden. Er is sprake van 41 verschillende kerkgenootschappen, waarbij geldt dat die kerken van oudsher initiatiefnemers waren van de maatschappelijke dienstverlening en zorgden voor financiële ondersteuning. Die financiële ondersteuning bestaat nog steeds, zij het op een beperkter

schaal dan vroeger, zodat er een directe band is met de kerken en de zorgverlenende instellingen.
Het aspect van levensbeschouwing dat zich vooral vanuit de Protestants-Christelijke kerken manifesteert, speelt dus een belangrijke rol in dit gebied en zal in de nieuwe organisatie tot uitdrukking komen in de samenstelling van bestuur en personeelsbestand. Tevens tracht men tegemoet te komen aan de vele identiteits-gebonden hulpvragen van de bevolking.
Een van de projecten die in het kader van de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging hebben plaats gevonden kreeg de naam :"Samenwerking in Uitvoering".
In dit project heeft men vorm gegeven aan de bundeling van hulpvragen van cliënten van kruiswerk en gezinsverzorging, middels een centraal meldpunt en een centrale intake. Het project heeft een half jaar geduurd en wel van april tot oktober 1991. Toch is de werkwijze rondom de intake voor de cliënten na deze projectperiode niet essentieel veranderd, omdat deze anders na de fusie weer met veranderingen geconfronteerd zouden worden.
De hierna volgende beschrijving geeft weer hoe tijdens het project de werkwijze was ten aanzien van de indicatiestelling.

9.2 Indicatiestelling

Het experiment heeft plaatsgevonden in de kernen Nunspeet en 't Harde, die gezamenlijk 25.000 inwoners hebben. In het gebied is een centraal intake-bureau geïnstalleerd, waar men zich aan kon melden en van waaruit de indicatiestelling voor gezinsverzorging en wijkverpleging werden gerealiseerd.
De hulpvrager of iemand die deze vertegenwoordigt kan contact opnemen met het centraal intake-bureau. Dit bureau is op werkdagen bereikbaar van 8.00 - tot 18.00 uur, daarbuiten wordt men via doorschakelapparatuur automatisch doorverbonden met het Centrale Post Ambulancedienst (CPA), die contact opneemt met de dienstdoende functionaris van de betreffende instelling. Behalve voor aanmeldingen kan men op het centrale intake-bureau ook voor informatie terecht en fungeert het bureau als communicatiepost voor wijkverpleegkundigen en leidinggevenden van de gezinsverzorging. Het intakebureau is bemand door een klein team van vaste bureaufunctionarissen en vaste vervangers. De aanmeldingen komen er doorgaans telefonisch binnen. De bureaufunctionarissen hebben een op de functie gerichte opleiding, van minimaal MBO-niveau en aantoonbare kennis van één van de

werksoorten. De bureaufunctionarissen nemen in principe bij een hulpvraag alleen algemene informatie op. Daarbij wordt een aanmeldingsformulier gehanteerd. Vervolgens wordt de aanmelding doorgegeven aan een van de intakers. De intakers hadden in verband met verbouwingswerkzaamheden, niet altijd dezelfde standplaats als de bureaufunctionarissen.

Men werkt met bureaufunctionarissen, die alleen de telefoon bemannen, informatie geven en de aanmeldingen administratief verwerken. Deze personen zijn eigenlijk te hoog opgeleid (HBO-mw, MBO-sd) voor een puur administratieve functie. Ze willen daarom meer dingen regelen dan datgene waar zij strikt genomen voor zijn aangesteld. Dat geeft spanningen met de intakers (bron: interview en Eindrapportage Project Samenwerking in Uitvoering).

In het experimentele gebied werken twee intakers voor 50%, waarvan één afkomstig uit de gezinsverzorging, met een opleiding op MBO-niveau, aangevuld met een op de intake gerichte bijscholing en één afkomstig uit de wijkverpleging, met een opleiding op HBO-niveau.

- De twee intakers werkten tijdens het experiment half-time voor de centrale intake en half time in een andere functie. De intaker van de gezinsverzorging deed naast dit werk ook nog voor 50% intakes voor de gezinsverzorging buiten het experimentele gebied. De intaker van de wijkverpleging had naast de 50% voor de centrale intake ook nog 50% wijkverpleegkundige taken. Het hebben van twee functies werd door de betrokkenen als belastend ervaren (bron: interview).
- Het experiment is in de ogen van de betrokkenen niet voldoende voorbereid. Er was al wel geruime tijd over gesproken, toen gebeurde er een hele tijd niets en toen begon het ineens. De bureaufunctionarissen en de intakers hadden nog niet eens met elkaar kennis gemaakt (bron: interview).
- Tijdens het experiment was er geen goede werkruimte om als intaker te functioneren. Men heeft een tijdje in een bouwkeet gezeten en toen de nieuwbouw klaar was, was er eignlijk weer geen geschikte ruimte (bron: interview).
- Men moest als intaker vaak langs het bureau C.I., waar de bureaufunctionarissen zaten, ter ondersteuning van deze functionarissen. Het werk verliep daardoor nogal eens inefficiënt (bron: interview).
- De samenwerking tussen de intakers onderling is als prettig ervaren. Dat heeft mede bijgedragen aan het welslagen van het experiment (bron: interview).

Wanneer een aanvraag voor hulp binnenkomt neemt de intaker binnen twee dagen, of bij urgentie zelfs nog dezelfde dag, contact op met de hulpvrager om een afspraak te maken voor de intake. De intakers bezoeken gedurende de dag altijd een keer het aanmeldbureau, om na te gaan of er spoedvragen zijn binnen gekomen.
In principe verricht men een geïntegreerde intake, dat wil zeggen zowel voor

wijkverpleging als gezinsverzorging. Behalve natuurlijk als het om een enkelvoudige en eenvoudige hulpvraag gaat. Maar ook dan neemt de intaker bij de intake wel de gehele situatie in ogenschouw.
Een intake wordt niet aan een bepaalde intaker toegewezen. In principe doen beide intakers alle soorten intakes (all-round principe). Wel kan het gebeuren dat bij een complexe intake, waarvan tevens op voorhand te zien is voor welke discipline de hulpvraag is bedoeld, de intake wordt gedaan door die intaker, die van een bepaalde zorgsoort het beste op de hoogte is.
Verder is het mogelijk om een intake aan te vullen met een verlengde intakeprocedure. Van die mogelijkheid is in de proefperiode geen gebruik gemaakt.
Men maakt bij de intake gebruik van het Thuiszorg Indicatie en Registratiesysteem (TIRS), zoals dat ontwikkeld is door de Beraadgroep gezinsverzorging en kruiswerk Drenthe, in samenwerking met het Andragogisch instituut van de Rijksuniversiteit te Groningen. Dit systeem biedt de mogelijkheid tot registratie van de hulpvraag en geïntegreerde indicatiestelling voor beide werksoorten. Het TIRS bestaat uit verschillende deelformulieren namelijk een registratieformulier (1), formulier cliënt-situatie (2a en 2b), formulier geïndiceerde taken (3), formulier zorg-organisatie (4) en logboekformulieren (5).
De intake is erop gericht om de hulpvragen te inventariseren, te verduidelijken en de zorg- en verpleegkundige diagnose te formuleren. Dit gebeurt op deel 2 van het TIRS formulier. Aan de hand van drie categorieën: lichamelijk en fysiek vermogen, regelvermogen op sociaal en psychisch gebied en zelfredzaamheid, wordt de cliëntsituatie beschreven. Tevens formuleert men op grond daarvan globale verpleeg- of zorgdoelen. Aan de hand van die beschrijving wordt een inschatting gemaakt van de hoeveelheid en duur van de hulp. Men baseert zich daarbij op algemene richtlijnen en ervaring. De urgentie wordt bepaald aan de hand van de drie genoemde categorieën van TIRS 2. Aan elke categorie kent men een samenvattende score van 1 t/m 3 toe. Wanneer iemand bij alledrie de categorieën een drie scoort is de zaak zeer urgent. Tevens zegt deze score iets over de complexiteit van de situatie. Met behulp van TIRS 3 stelt de intaker de complexiteit en het daarvoor benodigde deskundigheidsniveau van de hulpverlener vast. Daartoe kruist men op TIRS 3 alle taken aan die door een hulpverlener moeten worden overgenomen. Men baseert zich bij taken van de wijkverpleging op het zorgtoewijzingsmodel van het NIZW (Van Amelsvoort et al, 1991). Voor de gezinsverzorging bepaalt men of de geïndiceerde taken louter van huishoudelijke aard zijn of dat er ook sprake is van verzorgende werkzaamheden. Afhankelijk van het vereiste deskundigheidsniveau indiceert men voor een helpende of een verzorgende.

Op TIRS 4 wordt op grond van de gegevens uit de andere TIRS-formulieren aangegeven welke zorg nodig geacht wordt. De cliënt krijgt een afschrift van het formulier waarop de geïndiceerde taken staan, alsmede het aantal uren en de frequentie van de geïndiceerde hulpverlening. Dit afschrift heeft echter niet de status van een contract waar men rechten aan kan ontlenen.

Evaluatie van het TIRS:

- Vrijwel alle betrokkenen (intakers, wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en leidinggevenden van de gezinsverzorging) geven aan dat de hoeveelheid papieren te omvangrijk is, hetgeen het systeem minder toegankelijk maakt. Tevens kan de lay-out sterk verbeterd worden (bron: Eindrapportage Project Samenwerking in Uitvoering).
- Bij een multi-intake (hulpvragen van wijkverpleging en gezinsverzorging) leidt het TIRS soms tot problemen, omdat de wijkverpleging gericht is op de verpleging van een individule cliënt, terwijl de gezinsverzorging juist systeemgericht is (bron: interview en Eindrapportage Project Samenwerking in Uitvoering).
- Het TIRS is voor dit project gekozen omdat het integratief is voor de wijkverpleging en de gezinsverzorging. Beide disciplines geven dan ook aan, dat men door te kijken naar de gegevens van de andere disciplines, een beter beeld krijgt van de cliëntsituatie. Tevens wordt door het gebruik van het TIRS de samenwerking tussen kruiswerk en gezinsverzorging bevorderd (bron: Eindrapportage Project Samenwerking in Uitvoering).
- De intakers zelf vinden het TIRS niet zo goed functioneren en wel om de volgende redenen:
  - Het TIRS bood weinig houvast bij het intakegesprek. Men gebruikte bij de intake vaak toch nog de oude formulieren. TIRS stond eigenlijk alleen ten dienste van het experiment. Nadien werden gegevens door een bureaufunctionaris weer overgezet op WAS en LIER.
  - TIRS is onvolledig, te beperkt of vraagt dingen dubbel. Er zijn daarom allerlei aanvullingen gemaakt en daarnaast had je ook nog extra papieren nodig om het deskundigheidsniveau van een in te zetten hulpverlener te bepalen. Dat alles maakte de papiermassa wel erg groot.
  - Het TIRS biedt geen hulp bij het bepalen van de doelen, zelfs niet eens bij het voeren van het gesprek.
  - Er is onduidelijkheid met betrekking tot het begrip coördinator. TIRS ziet iedereen als coördinator, ook de cliënt zelf. Maar degene die vanuit instellingen aanspreekpunt is, heeft ook die naam (bron: interview).

Bij de intake wordt een globaal verpleeg-/zorgplan opgesteld. Tevens geeft de intaker aan vanuit welke werksoort het beste de casuscoördinatie kan plaats vinden. Onder casuscoördinatie verstaat men 'de coördinatie van de zorg rondom het bed'. De intaker zal doorgaans de discipline aanwijzen die het meest betrokken is bij de zorg van de cliënt.

De praktijk wijst uit dat er met name bij multi-intakes (hulpvragen voor wijkverpleging en gezinsverzorging) tijdwinst bestaat. De mono-intakes voor de gezinsverzorging leveren met de nieuwe werkwijze geen tijdswinst op. Ook bij de wijkverpleging valt met betrekking tot de nieuwe intake geen efficiëntie-voordeel te behalen (bron: Eindrapport Project Samenwerking in Uitvoering).

In de praktijk wordt de casuscoördinatie meestal gedaan door de leidinggevenden van de gezinsverzorging en de wijkverpleegkundigen. Zij werken het globale verpleeg-/zorgplan van de intaker concreet uit met concrete doelstellingen.
Wanneer de intake is afgerond wordt deze met een globaal zorgplan overgedragen aan de leidinggevende van de gezinsverzorging of aan een wijkverpleegkundige. De indicatiestelling is bindend, dat wil zeggen dat men verplicht is die hulp te geven die geïndiceerd is. Wanneer dat niet mogelijk is moet met redenen omkleed worden waarom men zich niet aan de indicatie houdt.
Wanneer de hulpvraag niet meer goed op de cliënt-situatie is afgestemd, dient herindicatie plaats te vinden. Kleine veranderingen in het zorgplan zijn zonder herindicatie door te voeren. Bij grotere veranderingen, bijvoorbeeld verandering van de hulpsoort of een sterke toename van hulp dient herindicatie plaats te vinden. Deze herindicatie wordt gedaan door de functionaris die verantwoordelijk is voor de zorgverlening. De intaker kan daarbij worden geconsulteerd. Bij instabiele situaties kan de intaker bij de intake al aangegeven wanneer hij/zij een moment van herindicatie aanbeveelt. In chronische situaties vindt minimaal één maal per jaar een herindicatie plaats. De verantwoordelijke uitvoerende in situaties waar wijkverpleging wordt gegeven is verantwoordelijk voor de herindicatie. In situaties waar alleen gezinsverzorging wordt gegeven, wordt de herindicatie uitgevoerd door de leidinggevende van de gezinsverzorging.

Een herindicatie komt nooit meer terug bij de intaker. Een nadeel als de uitvoerenden een herindicatie doen, is dat zij de vaardigheid van het indiceren verliezen. Men is immers niet meer bij de intake betrokken (bron: interview).

In het project "Samenwerking in uitvoering" is eveneens aandacht besteed aan het facet "levensbeschouwing", in relatie met de hulpverlening van kruiswerk en gezinsverzorging.
Uitgangspunt in de thuiszorg is dat tijdens de intake gevraagd dient te worden of de hulpvrager een voorkeur heeft voor een hulpverlener uit een bepaalde denominatie. Tevens streeft men er naar de bestuurs- en personeelssamen-

stelling van de thuiszorgorganisatie, een afspiegeling te laten zijn van de bevolking, waar 70 % de protestants-Christelijke levensbeschouwing heeft.
In een onderzoek zijn bij 326 hulpvragers vragenlijsten afgenomen. Als men daarbij naar de wensen van de hulpvragers kijkt blijkt dat 30% van de hulpvragers levensbeschouwing/godsdienst in de hulpverlening van belang vindt. Het totaal aantal respondenten met voorkeur voor een hulpverlener uit een bepaalde denominatie lijkt te dalen als het om kraamhulp gaat.
De wens voor een hulpverlener uit bepaalde denominatie geldt met name in de groepen: Christelijk Gereformeerd, Gereformeerde Gemeenten, Nederlands Hervormd-Gereformeerde Bond.
Het aantal respondenten met een voorkeur voor een hulpverlener uit de eigen denominatie is gering. Wanneer de hulpaanvraag een spoedeisend karakter heeft, geeft men doorgaans de voorkeur aan het ontvangen van hulp en wordt het kerkgenootschap waartoe de hulpverlener behoort van ondergeschikt belang. De respondenten die aangeven dat zij de levensbeschouwing van de hulpverlener van belang vinden komen in alle leeftijdscategorieën voor. Wanneer de werkzaamheden de opvang van kinderen betreffen of intensieve hulp bij terminale zorg, wordt dit belang groter geacht. Ouderen (>70 jaar) vinden de denominatie van de hulpverlener vrijwel altijd van belang.
Over het algemeen waren de respondenten zeer positief over het denominatie-onderzoek en men stelde het op prijs dat men met betrekking tot het vraagstuk levensbeschouwing geraadpleegd werd door de fuserende instanties (Van Beilen et al, 1992).

9.3 Geïntegreerd zorgaanbod

Men werkt nog niet met geïntegreerde teams. Afhankelijk van nog te verwachten ontwikkelingen, wordt dit bij een evaluatie van het experiment "Samenwerking in uitvoering" wel aanbevolen. (Lemckert et al, 1992). Men erkent daarbij dat afstemming en coördinatie van zorg op uitvoerend niveau gestalte dient te krijgen. Zorgteams waarin wijkverpleging en gezinsverzorging geïntegreerd zijn, zijn daarvoor noodzakelijk.
Momenteel zijn de teams van het kruiswerk en van de gezinsverzorging dus apart georganiseerd. Bij de wijkverpleging staan de teams onder leiding van een hoofdwijkverpleegkundige. In het gebied waar het experiment met de intake heeft plaats gevonden (Nunspeet en 't Harde, samen 25.000 inwoners) is het wijkverplegingsteam onderverdeeld in drie subteams, die elk een

gedeelte van dit gebied verzorgen. Elk subteam bestaat uit twee à drie wijkverpleegkundigen en één à twee wijkziekenverzorgenden. Bovendien heeft in zo'n subteam elke wijkverpleegkundige weer haar eigen wijk, waar men de patiënten in zorg heeft. De wijkverpleegkundigen werken in de huidige organisatie all-round, dat wil zeggen dat zij zich richten op de volwassenenen en ouderenzorg maar ook op de jeugdgezondheidszorg. Naast de genoemde subteams functioneert er ook nog een team wijkverpleging voor de avond- en weekendzorg.
Bij de gezinsverzorging werkt men in het experimentele gebied met wijkgerichte teams. Deze teams bestaan uit acht à tien personen en zijn zeer gemêleerd van samenstelling als men kijkt naar opleiding en leeftijd. Een leidinggevende van de gezinsverzorging heeft de leiding over twee van deze teams. De opleiding van een leidinggevende is minimaal MBO-sd.
Hoewel men door de geïntegreerde intakes wat meer zicht krijgt op elkaars werkzaamheden, is de werkwijze van twee aparte disciplines hier nog gehandhaafd.

9.4 Coördinatie

Een team wijkverpleging, zoals dat eerder werd beschreven staat onder leiding van een hoofdwijkverpleegkundige. Deze geeft leiding aan het team, bewaakt de planning en initieert overleg.
Eénmaal per week heeft het wijkverplegingsteam overleg. Daarbij wordt er per subteam het patiëntenoverleg gevoerd en de planning gemaakt. Nadien komen de subteams ook nog tot gezamenlijk overleg. Op dit overleg worden nieuwe patiënten besproken, verder komen allerlei lopende zaken aan bod.

Bij de gezinsverzorging heeft een leidinggevende de leiding van twee à drie teams. Er is een wekelijks overleg van een half uur met elk team, waarop de planning aan de orde komt. Daarnaast heeft men eenmaal per maand per team een werkbespreking van langere duur, waarop cliënten worden besproken en thema's aan bod komen.

Op het gebied van de coördinatie van zorg zijn nog weinig concrete plannen. In de praktijk werkt men volgens de hier beschreven werkwijze.
Zoals gezegd stelt de intaker een globaal verpleeg-/zorgplan op en daarbij wordt aangegeven vanuit welke discipline het beste de casuscoördinatie kan

plaatsvinden. Onder casuscoördinatie verstaat men 'de coördinatie van de zorg rondom het bed'. Meestal wordt de discipline aangegeven die het meest betrokken is bij de zorg van de cliënt.
In de praktijk wordt de casuscoördinatie meestal gedaan door de leidinggevenden van de gezinsverzorging en de wijkverpleegkundigen. Zij werken het globale verpleeg-/zorgplan van de intaker concreet uit met concrete doelstellingen. Zij wijzen de zorg toe en plannen de zorg.
Bij de gezinsverzorging is momenteel een ontwikkeling gaande waarbij de gezinsverzorgenden en helpenden worden bijgeschoold en begeleid in het opstellen van hulpverleningsplannen, het verzorgen van rapportage en het doen van herindicaties.
Wanneer er in een cliëntsituatie meerder hulpverleners betrokken zijn, is de onderlinge afstemming van zorg van belang. Men hanteert hier bij een logboek. Dit logboek is een onderdeel van het TIRS (TIRS 5). In dit logboek worden algemene gegevens over de cliënt vermeld, alsmede wie zijn hulpverleners zijn. Tevens wordt een overzicht gegeven van datgene wat de cliënt zelf doet en welke zorg wordt overgenomen. Via een open rapportage kunnen andere gegevens van de zorgverlening worden genoteerd. Het logboek ligt bij de cliënt thuis.
Tijdens een proefperiode is gebleken dat een logboek met name in situaties waar meerdere disciplines betrokken zijn groot nut heeft. Het wordt dan ook door de diverse hulpverleners, maar ook door familie gebruikt.

Algemeen moet gesteld worden dat op het gebied van de coördinatie van zorg nog veel te verbeteren valt. Van discipline-overschrijdende coördinatie is weinig sprake en veel coör- dinatie vindt plaats op een te hoog niveau. Dat wil zeggen dat de wijkziekenverzorgenden en de gezinsverzorgende overleggen via de wijkverpleegkundige of de leidinggevende van de gezinsverzorging (bron: Eindrapportage Project Samenwerking in Uitvoering).

10. IJMOND

10.1 Algemene gegevens van het projectgebied

In maart 1990 hebben de besturen van de Stichting Thuishulp IJmond (STIJ) en de Vereniging Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Kruisverenigingen in de IJmond (Kruiswerk IJmond) de intentie uitgesproken om te komen tot één organisatie, integratie van de werksoorten en een goede afstemming van de werkzaamheden. Tevens wil men komen tot een gezamenlijke huisvesting.
In de loop van 1991 heeft de Stichting Gezinsverzorging en Bejaardenhulp Uitgeest (SGBU) te Uitgeest zich bij deze instellingen aangesloten en is daarmee een volledige partner in het fusieproces geworden.
Per 1 januari 1992 zijn STIJ en SGBU gefuseerd. De fusie met Kruiswerk IJmond komt per 1 januari 1993 tot stand. Per ingang van die datum zullen alle medewerkers in dienst zijn van de Stichting Thuiszorg IJmond. Er is een projectteam aangesteld dat een organisatievoorstel voor de nieuwe thuiszorgorganisatie heeft uitgewerkt.
Het werkgebied van de thuiszorgorganisatie omvat de gemeenten Beverwijk, Castricum, Heemskerk, Uitgeest en Velsen. Tezamen hebben deze gemeenten ongeveer 161.000 inwoners. Bij de fusie zijn 1150 werknemers betrokken.
De nieuwe thuiszorgorganisatie, kiest als uitgangspunt een klant- en vraaggerichte aanpak. Daarom kiest men voor een benadering van doelgroepen met een op deze groepen afgestemd zorgaanbod en takenpakket. De organisatie wordt opgebouwd uit divisies:

- Divisie specifieke diensten, waaronder diëtetiek, uitleen van artikelen, de thuiszorgwinkel, groepsgerichte preventie, alarmering en dergelijke.
- Divisie Thuiszorg, die omvat huishoudelijke verzorging, sociaal begeleidende taken, reactivering, lichamelijke verzorging, verpleging, medisch-technische handelingen en preventieve advisering.
- Divisie ouder- en kindzorg, die zal richten op de kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg voor kinderen van 0-4 jaar.

Het is de bedoeling dat er in 1993 met deze divisiestructuur gewerkt gaat worden.
Daarnaast zal een intakebureau worden opgericht, waar intakes worden gedaan, losgekoppeld van de uitvoer. In de periode september 1991- maart

1992 is er in de gemeente Castricum tijdens een experiment een nieuwe werkwijze voor de indicatiestelling uitgeprobeerd. De bedoeling daarvan was ervaring op te doen, alvorens een centrale en losgekoppelde intake op grote schaal toe te passen. Dit experiment wordt in paragraaf 10.2. beschreven.
Tevens zijn er plannen om te gaan werken met geïntegreerde zorgteams, die werken onder leiding van een thuiszorgmanager. Paragraaf 10.3 en 10.4 beschrijven de werkwijze met betrekking tot een geïntegreerd zorgaanbod en de coördinatie, zoals deze gepland zijn in de Nota Divisie Thuiszorg van december 1991. In het kort wordt ingegaan hoe de werkwijze met betrekking tot deze onderwerpen was, ten tijde van het experiment in Castricum de plannen zijn volgens de nota Divisie Thuiszorg van december 1991.

10.2 Indicatiestelling

Het experiment met een centrale en losgekoppelde intake is gestart in de gemeente Castricum, een gemeente met 22.000 inwoners.
Voor wijkverpleging en gezinsverzorging (hier respectievelijk thuiszorg en thuishulp genoemd) die hier gevestigd zijn in één gebouw, kan men zich aanmelden op een gemeenschappelijk spreekuur dat op werkdagen wordt gehouden tussen 8.30 en 12.30 uur. Buiten deze uren staat een antwoordapparaat aan dat naar deze spreektijden verwijst en voor urgente gevallen naar het centrale kantoor. De aanmeldingen komen doorgaans telefonisch binnen. De aanmeldingen worden eerste instantie verwerkt door een telefoniste. Dit is een functionaris met minimaal MAVO- en typediploma en tevens kennis van de sociale kaart van het werkgebied. De telefoniste beantwoordt telefonisch vragen van cliënten en wanneer het een aanvraag voor hulp betreft, noteert zij algemene gegevens en vraagt of het om verplegende- huishoudelijke- of verzorgende hulp gaat. Ze maakt bovendien een grove schifting in de hulpvragen. De telefoniste gebruikt daarvoor een aanmeldingsformulier. Dit wordt vervolgens doorgegeven aan de intakers. Eén intaker is bovendien dagelijks van 9.00 tot 10.00 uur bereikbaar voor cliënten, verwijzers en collega's.
Aanvragen die na 12.30 uur binnenkomen worden door de dan aanwezige functionarissen van de wijkverpleging of thuishulp ook op het daarvoor bestemde formulier genoteerd en in het postbakje van de intakers gedeponeerd. Sommige aanvragen komen nog binnen via het hoofdkantoor. Dan wordt het desbetreffende aanmeldingsformulier doorgefaxt.
De aanmeldingsformulieren worden doorgegeven aan de intakers, die vervolgens zelf een afspraak maken voor het intake-bezoek. Bij het maken van deze

afspraken vragen de intakers zelf om wat voor soort hulp het precies gaat. Afhankelijk van de hulpvraag die bij dit telefonisch contact naar voren komt wordt de hulpvraag toegedeeld aan een van de intakers. De intakers hebben een HBO-md opleiding of een opleiding tot wijkverpleegkundige. De intakers overleggen dagelijks, waarbij besproken wordt wie welke intakes zal gaan verrichten.
De intakes die worden afgenomen zijn geïntegreerd, dat wil zeggen dat er zowel aandacht is voor hulpvragen van de gezinsverzorging als van voor de wijkverpleging.

- In de eerste fase van het experiment deden de intakers afkomstig vanuit de verschillende werksoorten alle intakes. Dit is later in het experiment aangepast, omdat het toch niet haalbaar bleek om als intaker zonder verpleegkundige achtergrond een verpleegkundige intake te doen, wanneer de hulpvraag nogal specifiek was. Er zijn richtlijnen ontwikkeld waarmee wordt aangegeven bij wat voor type hulpvraag, meestal van verpleegtechnische aard, de wijkverpleegkundige de intake gaat doen. Wanneer de intake eenvoudige verzorging betreft of huishoudelijke vragen dan kunnen intakers met beide achtergronden de intake doen (bron: interview).
- Organisatorisch gezien is het project met de centrale intake goed verlopen. Het team met intakers werkte goed samen. Vanuit de wijkverpleegkundigen was er echter veel weerstand. Deze voelden hun functie uitgehold (bron: interview).

Er is ten behoeve van dit experiment een speciale formulierenset (cliëntendossier) ontworpen. Daarbij is rekening gehouden met de gegevens die men bij de gezinsverzorgingsinstellingen nodig heeft èn met de gegevens die nodig zijn voor het opstellen van een verpleegplan. Deze set formulieren bestaat uit verschillende delen: een formulier met algemene gegevens van de cliënt en de hulpverlening, een formulier waarop de geïndiceerde taken van de thuiszorgmedewerkende worden aangekruist, een aantal open formulieren waarop de lichamelijk- psychische- en sociale situatie wordt beschreven, een formulier met medicatieafspraken, een afsprakenformulier voor de mantelzorg, het toewijzingsformulier van het NIZW om het benodigde deskundigheidsniveau te bepalen, een overzicht van vaste afspraken ten behoeve van de planning, rapportage- en evaluatieformulieren en een zorgplan.

- De intakers zijn over het algemeen tevreden over de set met intakeformulieren. Bij het zorgtoewijzingsmodel van het NIZW zijn er wel zorg-items die daarop ontbreken. Een voorbeeld daarvan is instructies geven bij het leren injecteren van insuline (bron: interview).
- De intakeformulieren zoals in het experiment zijn gebruikt hebben een aantal kleine aanpassingen ondergaan en zijn na het experiment algemeen ingevoerd. Het is een van de positieve resultaten van het project geweest (bron: interview).

Tijdens de intake wordt door de intaker de doelstelling van de hulp bepaald. men baseert zich daarbij op de eigen deskundigheid en ervaring. Ook de duur van de hulp wordt door de intaker bepaald, eveneens op grond van deskundigheid en ervaring. Voor de thuiszorg is er eigenlijk geen sprake van urgentiebepaling. Meestal is er sprake van een directe hulpbehoefte en wordt daar ook meteen hulp ingezet. Voor de thuishulp ligt dat anders. Men gebruikt voor het bepalen van de urgentie een score die opgebouwd is uit drie aspecten, namelijk de situatie op lichamelijk-, psycho-sociaal gebied en de zelfredzaamheid. Bij een hoge score op deze drie aspecten is er sprake van een urgent geval.
De benodigde deskundigheid van de in te zetten hulpverlener wordt bepaald op basis van het NIZW-model (Van Amelsvoort, 1991).
De cliënt krijgt een zorgoverzicht. In dit overzicht staat precies welke taken zijn geïndiceerd en de afspraken met de mantelzorg en de cliënt. Een zorgcontract maakt deel uit van dit overzicht.
Als de intake is voltooid wordt deze overgedragen aan de teamleiders van de thuiszorg of thuishulp. De indicatiestelling is in principe bindend, maar blijkt toch afhankelijk te zijn van de beschikbaarheid van personeelsleden in de teams. Bij de wijkverpleging is doorgaans meteen hulp beschikbaar. Bij de thuishulp is echter sprake van wachtlijsten voor de langdurige hulp. Daarom wordt in geval van nood ook wel kortdurende hulp geïndiceerd, van het urgent team, waarvoor geen wachtlijsten zijn, ook al weet de intaker dat hulp op langere termijn noodzakelijk is. Aan de cliënt worden dan suggesties gedaan voor andere oplossingen na afloop van de kortdurende hulp, zoals alpha-hulp of hulp van vrijwilligers via de ouderenbond (bron: interview). Een andere oplossing bij een gebrek aan personeel bij de thuishulp is dat men alleen de zogenaamde kerntaken uitvoert. Dit zijn de 50% belangrijkste van de geïndiceerde huishoudelijke taken. Echter na drie weken dient het geïndiceerde volledig te worden geboden.
Naast de indicatieformulieren heeft men ook een evaluatieformulier ontwikkeld. Op dit formulier kan men evalueren, aan de hand van de fasen van het methodisch handelen, hoe het zorgverleningsproces verloopt en of de inzet van de hulp adequaat is geweest. De intakers krijgen op deze wijze feedback over hun indicatiestelling.
Herindicaties bij de thuiszorg worden gedaan wanneer er essentiële veranderingen in de zorgverlening hebben plaatsgevonden, zoals bijvoorbeeld een uitbreiding van meer dan 50% van de taken of een verandering van deskundigheidsniveau. Een kleinere bijstelling van het zorgplan wordt door de verantwoordelijke uitvoerende doorgevoerd. Voor een herindicatie schakelt

men een intaker in. Dit betekent overigens niet dat de intaker ook altijd een nieuw huisbezoek aflegt.
Bij de thuiszorg zijn geen vaste periodes voor herindicatie. Bij thuishulp is men onlangs begonnen met bij elke cliënt een herindicatie uit te voeren, om het gehele cliëntenbestand te screenen. Deze herindicaties worden echter niet door de intakers zelf verricht, maar door aparte invalkrachten.

10.3 Geïntegreerd zorgaanbod

Tijdens het experiment Castricum is er geen geïntegreerd zorgaanbod. Men werkt met traditionele teams voor wijkverpleging en gezinsverzorging. In Castricum werkt een team wijkverpleging met drie wijkverpleegkundigen en vier wijkziekenverzorgenden, onder leiding van een hoofdwijkverpleegkundige, die tevens leiding geeft aan een team in Uitgeest. Samen vormen deze gemeenten een basiseenheid. Het team wijkverpleging biedt verpleging, verzorging en medisch-technische activiteiten.
Ook bij de gezinsverzorging werkt men in teams. Er zijn verschillende soorten teams bij de gezinsverzorging. Hulpverlenersteams, die bestaan uit ongeveer acht personen. Ze geven lichte verzorging in combinatie met huishoudelijke zorg. De teamleden zijn gezinsverzorgenden, bejaardenverzorgenden of - helpenden. Daarnaast zijn er afsprakenteams die zich richtten op hulpvragen die voornamelijk van huishoudelijk van aard zijn. Er is een team voor kortdurende hulp (0-3 maanden) en een afspraken team voor langdurige hulp. De teams voor kortdurende hulp bestaan uit gediplomeerde en ongediplomeerde verzorgenden. De teams voor langdurige afsprakenhulp bestaan vrijwel alleen uit ongediplomeerd helpenden (10 à 12 personen). Daarnaast bestaat er een urgent team, met ongeveer vier gediplomeerde verzorgenden. Een lid van een urgent team wordt ingezet wanneer er ergens urgent hulp nodig is, voor een maximum duur van drie weken. In die periode kan de hulpvrager naar een andere gepaste oplossing zoeken bijvoorbeeld alphahulp, particuliere hulp of dient men alsnog op een wachtlijst geplaatst te worden. Een bijzondere vorm van hulpverlening wordt gegeven aan de dagverzorging in een bejaardenhuis. Thuiswonende bejaarde cliënten, die daar overdag verblijven, krijgen zorg van een groepje van vier bejaardenverzorgenden. Er werken in deze dagverzorging twee bejaardenverzorgenden per dag.
Hoewel men nog met traditionele teams werkte, werd er wel samengewerkt. Men werkte vanuit één gebouw, waardoor de communicatie gemakkelijk was.

- Het zorgtoewijzingsmodel van het NIZW, dat werd gebruikt bij de intake, heeft overigens voor de verschillende functiegroepen veel duidelijkheid gebracht. Op basis daarvan werd een goede taakafstemming bereikt. Voordeel van het model is tevens dat het niet alleen aandacht geeft aan uit te voeren activiteiten, maar ook aan de complexiteit van een zorgsituatie (bron: interview).
- Een ander voordeel van het zorgtoewijzingsmodel was dat het inzicht gaf in de vraagsoort. Er bleken verhoudingsgewijs maar weinig hoog complexe situaties te zijn en er werd veel geïndiceerd op het tweede deskundigheidsniveau (bron: interview).
- Er is nog niet echt een verschuiving waar te nemen ten opzichte van de vroegere situatie van hogere maar lagere deskundigheidsniveaus. Men is zich bij de nieuwe werkwijze van indiceren wel bewust geworden van de noodzaak van substitutie, maar er heeft nog niet veel verandering plaats gevonden in de teamsamenstelling. Dat wordt in de toekomst wel verwacht, zodat ook daadwerkelijk substitutie kan volgen (bron: interview).

Zoals bij de algemene gegevens werd vermeld gaat men in IJmond vanaf 1993 werken met een Divisie-Structuur. Op het moment dat dit rapport tot stand kwam was de hierna beschreven werkwijze dus nog niet ingevoerd. De beschrijving van deze nieuwe structuur heeft dan ook geen betrekking op het in paragraaf 10.2 beschreven project in Castricum.
In de nieuwe organisatiestructuur vallen gezinsverzorging en wijkverpleging onder de Divisie Thuiszorg. De Ouder- en kindzorg wordt vanuit een aparte divisie georganiseerd. De Divisie Thuiszorg verricht taken op het gebied van huishoudelijke verzorging, verzorging van huisgenoten, sociaal begeleidende taken, reactivering, lichamelijke verzorging, verpleegtechnische zaken, medisch technische zaken, preventieve advisering.
De divisie staat onder leiding van de Divisie manager Thuiszorg, die leiding geeft aan alle medewerkers van de divisie. De functie is puur gericht op management. De divisieleider geeft rechtstreeks leiding aan de rayonmanagers en de manager intake.
In de Divisie Thuiszorg werken de volgenden beroepsgroepen: gespecialiseerd gezinsverzorgenden,ongediplomeerd helpenden, gediplomeerd helpenden, verzorgenden, wijkziekenverzorgenden, wijkverpleegkundigen. In de Nota Divisie Thuiszorg is een taakafbakening weergegeven voor de verschillende groepen.

Er is een indeling in drie rayons (50.000 à 55.000 inwoners) met aan het hoofd een rayonmanager. In elk rayon werken een aantal thuiszorgmanagers. Deze thuiszorgmanagers zijn vaak de voormalige thuishulpmanagers. Doordat in de teams ook wijkverpleegkundigen werkzaam zijn, is toch voldoende inhoudelijke kennis op dit gebied gewaarborgd.
Onder leiding van een thuiszorgmanager werken:

- Zorgteams, dit zijn geïntegreerde teams met wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgende, verzorgenden en helpenden. Ze bestaan uit ongeveer tien personen.
- Teams met afsprakenhulp, dit zijn teams die vooral huishoudelijke hulp geven.

Op rayonniveau zijn teams voor de avond- en weekendzorg georganiseerd.
De gespecialiseerde gezinsverzorging wordt centraal georganiseerd. Daarmee is men flexibeler in de organisatie van plaatsing, scholing en vakantie.

10.4 Coördinatie

Tijdens experiment Castricum stond het team wijkverpleging onder leiding van een hoofdwijkverpleegkundige. Het team had een maal per week vergadering. Aan de orde kwamen de bespreking van de intakes, planning en gespreksonderwerpen die met de zorgverlening te maken hadden. Een maal per maand was er overleg met de gehele basiseenheid (Castricum en Uitgeest). Tijdens dit overleg vond onderlinge afstemming plaats en kwamen onderwerpen aan bod die met de integratie en fusie te maken hadden.
De teams gezinsverzorging staan onder leiding van een thuishulpmanager. Een thuishulpmanager heeft de leiding over verschillende teams. De thuishulpmanagers zijn verantwoording verschuldigd aan een rayonmanager.
Een hulpverlenersteam heeft eenmaal per week een vergadering, tijdens welke de planning plaatsvindt en de cliënten worden besproken.
Het afsprakenteam voor kortdurende hulp komt éénmaal per week bij elkaar voor de planning en éénmaal per 14 dagen voor een groepsbespreking, waar zorginhoudelijke onderwerpen de aandacht krijgen. Het team voor langdurige afspraken hulp heeft één maal per vier weken een groepsbespreking.
Het urgentieteam heeft elke week een plannningsbijeenkomst en elke ochtend een korte cliëntenbespreking.
Tijdens het project Castricum hebben de verschillende disciplines een maal per twee maanden overleg waaraan de thuishulpmanagers, de rayonmanager, de intakers en de hoofdwijkverpleegkundige deelnemen. In dit overleg richt men zich op een goede afstemming van de verschillende disciplines en het bevorderen van de integratie.

Tijdens het project is de zorgcoördinatie in handen van de meest betrokken discipline. Bij de wijkverpleging wordt de coördinatie van zorg gedaan door een wijkverpleegkundige of in minder complexe situaties door de wijkzieken-

verzorgende. Bij de gezinsverzorging is de coördinatie van zorg in handen van een leidinggevende.
De communicatie tussen de wijkverpleging en gezinsverzorging verloopt goed. Men werkt vanuit één gebouw en er is een gezamenlijk cliëntendossier. Tevens is er in dat wijkgebouw een communicatieschrift voor handen, waarin men aan elkaar boodschappen kan doorgeven. Wanneer er sprake is van een complexe cliëntsituatie of wanneer er meerdere hulpverleners betrokken zijn, dan wordt er een logboek gebruikt, dat bij de cliënt thuis ligt. In dit logboek kunnen betrokken hulpverleners de gegevens die voor de cliënt zelf of andere hulpverleners van belang zijn voor een optimale kwaliteit van de hulpverlening noteren. Dit kunnen bijvoorbeeld belangrijke adressen zijn of afspraken en gegevens over de voortgang.
Volgens de nieuwe divisiestructuur ontstaan er hulpverleningsteams, vergelijkbaar met de bestaande hulpverlenersteams, maar waarin tevens ook enkele wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zitten. Deze teams geven verpleging, verzorging en huishoudelijke zorg. De teams afsprakenhulp richten zich op de huishoudelijke hulp. Beide soorten teams werken onder leiding van een Thuiszorgmanager. Deze functionaris is belast met de uitvoering van het totale pakket aan hulpverleningsvormen in een van te voren bepaald werkgebied. Tevens geeft hij/zij leiding aan en begeleiding van teamleden die ten behoeve van deze hulpverleningsvormen worden ingezet.
De thuiszorgmanager houdt groepsbesprekingen, individuele werkbesprekingen en functioneringsgesprekken met de leden van het team afsprakenhulp. De thuiszorgmanager houdt eveneens individuele besprekingen met de wijkverpleegkundige van het team die speciaal belast is met de zorgcoördinatie en zorgplanning.
Deze wijkverpleegkundige doet de zorgcoördinatie bij cliënten waarbij deze zelf als uitvoerende werkzaam is, deze zorgt er voor dat andere cliënten een zorgcoördinator krijgen toegewezen en dat zorgplannen regelmatig in het team worden besproken en eventueel bijgestuurd. Tevens is deze functionaris betrokken bij de zorgplanning. Hij/zij draagt zorg voor de randvoorwaarden (ruimte, planborden, koffie), brengt de nieuwe intakes in, rapporteert aan de thuiszorgmanager, plant en registreert vakanties en vrije dagen en werkt de planning af middels het bijhouden van een planmap en verslagen. Daarnaast heeft deze functionaris taken in de verzorging en verpleging van patiënten behorend bij eigen deskundigheidsniveau. Een project met een zorgwijzer is in ontwikkeling. Zo'n zorgwijzer bestaat uit drie delen. Namelijk een zorgcontract, een logboek en een deel van het zorgplan dat van belang is voor de directe hulpverlening.

11. OOST GRONINGEN

11.1 Algemene gegevens van het projectgebied

In juni 1990 werd door de besturen vijf instellingen voor gezinsverzorging en de regionale kruisvereniging de intentieverklaring "Perspectief Thuiszorg Oost-Groningen" ondertekend om te komen tot één organisatie voor thuiszorg in de regio. Deze organisatie zal gestalte geven aan de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging in Oost Groningen. De betrokken instellingen zijn:

- Stichting voor Maatschappelijk Dienstverlening en Samenlevingsopbouw te Slochteren
- Stichting Zuid-Oost Groningen, te Sellingen
- Stichting Maatschappelijk Dienstverlening Oostelijk Groningen
- Stichting 1970 te Veendam
- De Stichting Maatschappelijke Dienstverlening te Hoogezand-Sappemeer
- Regionale Kruisvereniging Oost Groningen

Voortvloeiend uit deze intentieverklaring is aan Groenhof Organisatie Adviseurs de opdracht gedaan een haalbaarheidsonderzoek te doen naar de integratie van gezinsverzorging en kruiswerk. In hun onderzoek "achtten zij de tijd rijp" om met de betrokkenen vanuit de eigen professie een thuiszorgorganisatie concreet gestalte te geven. Tijdens het onderzoek bleek dat zowel uitvoerenden, leidinggevenden als bestuurders er van zijn doordrongen dat de eigen organisatiegrenzen dienen te worden overschreden om tegemoet te kunnen komen aan de veranderende maatschappelijke eisen. Daarbij staan de klant en financiers met hun vraag naar één integraal aanbod van zorg, doelmatigheid en professionele kwaliteit centraal. Een belangrijk probleem dat in het haalbaarheidsonderzoek werd geconstateerd was dat de verschillen tussen de diverse organisaties groot waren. Men adviseerde daarom tot oprichting te komen van een werkstichting die eenduidig sturing zou moeten geven aan de samenwerkings- en integratieprojecten (bron: haalbaarheidsonderzoek Groenhof Organisatie Adviseurs, 1991).
Voor het ontwerp van de hoofdstructuur van de nieuwe thuiszorgorganisatie is een ander organisatie-adviesbureau benaderd: Klynveld Management Consultants (KPMG).
Uiteindelijk doel van een nieuwe thuiszorgorganisatie zal zijn: Het leveren van

flexibele thuiszorg in grote verscheidenheid doch op maat, waarbij zo min mogelijk zorgverleners 'aan het bed' van de cliënt komen. Daarbij zal men onder andere streven naar:

- Herkenbaarheid naar verzekeraars, regionale en lokale bestuursorganen en instellingen voor gezondheidszorg.
- Herkenbaarheid op regionaal niveau met name voor de cliënt (één loket).
- Uitvoering op sublokaal niveau door vaste teams.
- Geringe overheadkosten
- Goede contacten met andere beroepsbeoefenaren en instellingen voor gezondheidszorg.
- Een eenvoudige, heldere en doorzichtige organisatie met korte overleg-structuren en weinig hiërarchie (Bron: Rapport Doorzicht en Uitzicht, hoofdstructuur Thuiszorg Groningen, KPMG Klynveld Management Consultants, februari 1992).

Het werkgebied telt ongeveer 200.000 inwoners. De instellingen variëren erg in grootte. De kleinste instelling biedt werk aan 43 full-timers, terwijl in de grootste instelling 240 formatieplaatsen zijn. In het totaal hebben de instellingen een formatie van 880, maar er werken 1955 personen.
De omvang van de thuiszorgorganisatie is te groot om vanuit één centraal punt herkenbaar en praktisch te managen.
Overwogen is of men beter kan kiezen voor een regio-model dan wel een divisie-model. Omdat beide voor- en nadelen hebben, is gekozen voor een mix-vorm. Dat wil zeggen dat ouder-kindzorg en dienstverlening (bijvoorbeeld: uitleen verpleegartikelen, verkoop en verhuur van hulpartikelen, voedingsvoorlichting en commerciële activiteiten) beter in divisies plaats kan vinden, terwijl de thuiszorg beter in regio's kan worden uitgevoerd.
De directie, de staf zorginhoud, een algemene staf, afdeling financiën, administratie en automatisering, afdeling algemene zaken en afdeling personeel en organisatie zullen centraal zijn georganiseerd. Uitvoerende taken en de ondersteuning daarbij zullen decentraal georganiseerd worden.
Voor de thuiszorg wordt daarbij gekozen voor vier rayons (deze structuur was al in ontwikkeling tussen MADISA, MADI en de Kruisorganisatie) rondom de gemeenten:

1) Hoogezand-Sappemeer en Slochteren
2) Winschoten
3) Veendam
4) Vlagtwedde/Stadskanaal

Elk van deze regio's telt circa 50.000 inwoners.

De regio's functioneren zelfstandig en bedienen een bepaald geografisch samenhangend werkgebied. De verhouding tussen leidinggevenden en uitvoerenden is zodanig dat de medewerkers in staat worden gesteld zelfstandig te functioneren.
Op regioniveau zal een centrale intake gerealiseerd worden.

Eind 1992 diende deze organisatie voor thuiszorg gerealiseerd te zijn. Bij het tot stand komen van deze rapportage bleek echter dat het proces gestagneerd was. De plannen voor de integratie zijn nog niet gerealiseerd.
In de hierna volgende beschrijving wordt beschreven wat de plannen voor de nieuwe organisatie waren ten aanzien van de indicatiestelling, een geïntegreerd zorgaanbod en de coördinatie.

11.2 Indicatiestelling

In het kader van een geïntegreerd zorgaanbod zal een model voor centrale intake worden ontwikkeld, met makkelijk toegankelijke en bereikbare loketten. Volgens het haalbaarheidsonderzoek wordt er gestreefd naar een centrale intake op rayonniveau. Dus per rayon komt er één centraal meldingspunt.
In het rapport Doorzicht en Uitzicht, hoofdstructuur Thuiszorg Groningen van KPMG Klynveld Management Consultants (februari 1992) heeft men een aantal opmerkingen die gelden als uitgangspunten bij de indicatiestelling:

- Het bepalen van de individuele hulpvraag zal worden geobjectiveerd. Daartoe zullen normen/richtlijnen met betrekking tot de indicatiestelling worden gehanteerd en wordt de intake, daar waar mogelijk, gescheiden van de uitvoering uitgevoerd.
- De indicatiestelling is gericht op de eigen produkten van de nieuwe instelling.
- De intake van de produkten die de regio's voeren, zal plaatsvinden door de functie van de intaker. De intake-functie wordt op regio-niveau rechtstreeks onder de regiomanager gesitueerd.
- Ten aanzien van specifieke produkten en/of cliëntsituaties kan een afwijkende intake-procedure worden afgesproken. Er mag geen onnodige bureaucratische proceduregang ontstaan.
- De herindicatie wordt gedifferentieerd uitgevoerd:
  continue herindicaties vinden plaats door medewerkers en leidinggevenden; periodieke herindicaties (systematische halfjaarlijkse herindicaties) vinden plaats door de intaker.

Een echt protocol van de intake is nog niet bekend. De intaker zal echter een zelfstandige functie hebben. Hij/zij zal dus buiten het spanningsveld van vraag en aanbod staan. Zo kan de intake-functionaris onafhankelijk informatie vergaren en de organisatie eenduidig vertegenwoordigen.

11.3 Geïntegreerd zorgaanbod

Onder een geïntegreerd zorgaanbod verstaat men een breed scala van zorg, dat loopt op een continuüm van geen zorg tot technisch en verpleegkundig geavanceerde zorg. Bij de integratie zijn vooral functionarissen als wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden en helpenden betrokken.
De structuur van de instellingen dient zo te worden aangepast, dat ondersteunende functionarissen (gespecialiseerde verpleegkundigen, diëtisten) in de nieuwe organisatie geconsulteerd kunnen worden.
Zoals hierboven werd aangegeven wordt het werkgebied van de organisatie voor de divisie thuiszorg in vier regio's verdeeld. Een regio zal worden verdeeld in een aantal subregio's. Zo'n subregio telt ongeveer 15.000 inwoners en er zullen twee soorten teams werken.
De eerste teamsoort zal zich richten op huishoudelijke en licht verzorgende taken verrichten, terwijl het tweede teamtype zich richt op verzorgende en verplegende taken. Met name in het laatste teamtype zal sprake kunnen zijn van substitutie van de werkzaamheden. Daarbij wordt gedacht aan verschuiving van taken van wijkverpleegkundige naar wijkziekenverzorgende en van wijkziekenverzorgende naar de gezinsverzorgende.
Gelet op de omvang van de subregio's en de zorgvraag zullen er voor elke subregio twee teams van het eerste type werken. Zij verzorgen ieder de helft van de subregio. Eén team van het tweede type werkt over de geheel subregio. De keuze van twee teamtypen zal leiden tot redelijk homogene teams, qua opleiding, ervaring en aard van de werkzaamheden.

11.4 Coördinatie

Elk van de vier te vormen regio's staan onder leiding van een regiomanager die leiding geeft aan de leidinggevenden en medewerkers van de regio. Tevens is deze regiomanager verantwoordelijk voor de beleidsvoorbereidin-

gen, signalering van ontwikkelingen en de uitvoer van het beleid. Daarnaast heeft de regiomanager de zorg voor het financieel beheer en draagt zorg voor een adequate overlegstructuur binnen de regio en met andere zorgverlenings-instanties.
Een regio is weer verdeeld in drie subregio's. In elke subregio zullen twee teams werken die zich richten op huishoudelijke en licht verzorgende taken. De teams hebben ongeveer 19 formatieplaatsen. Ze staan onder leiding van een leidinggevende met tenminste een opleiding op MBO-niveau. Een derde team richt zich op verzorging en verpleging. Zo'n team heeft ongeveer 14 formatieplaatsen. De leidinggevende heeft een opleiding op HBO-niveau.
Deze drie leidinggevenden samen zijn verantwoordelijk voor een goede uitvoering van de zorgverlening in het betreffende werkgebied. Tevens vervangen deze leidinggevenden elkaar bij afwezigheid.
De acute hulp en de alpha-hulpbemiddeling zal regionaal worden gecoördineerd door een van de leidinggevenden.
Eén van de leidinggevenden verzorging en verpleging binnen de regio organiseert en coördineert voor een hele regio de gespecialiseerde gezinsverzorging.

In het rapport "Doorzicht en Uitzicht" van KPMG Klynveld Management Consultants (februari 1992) wordt aangegeven dat het in een aantal cliëntsituaties zal voorkomen dat er meerdere disciplines in de zorgverlening betrokken zijn, die ook uit verschillende teams komen. In zo'n geval wordt voorgesteld om de leidinggevende van het team verzorging en verpleging de eindverantwoordelijke te laten zijn voor de zorgcoördinatie. Bij het inzetten van meerdere medewerkers bij een cliënt zal het meestal noodzakelijk blijken een zorgcoordinator te benoemen. Wanneer deze zorgcoördinator niet de leidinggevende verpleging en verzorging is, zal deze coördinator wel onder verantwoordelijkheid van de leidinggevende werken.

12. MIDDEN LIMBURG

12.1 Algemene gegevens van het projectgebied

In de regio Midden Limburg zijn drie instellingen voor thuiszorg actief, namelijk de Stichting Katholieke Gezinszorg Stadsgewest Roermond, de Disrtrictsvereniging Het Groene Kruis Midden Limburg en het Centrum voor Maatschappelijk Werk en Gezinszorg, regio Weert.
Tezamen bieden deze instellingen zorg aan 211.618 inwoners. Er werken 813 functionarissen in de instellingen voor gezinsverzorging en 364 bij het kruiswerk.
Tot medio 1991 is er al sprake geweest van een goede samenwerking tussen de drie instellingen. Deze samenwerking kreeg met name gestalte op de werkvloer.
Gezien echter de huidige ontwikkelingen in de eerstelijnszorg, de opkomst van particuliere thuiszorgbureaus, en de toekomstige ontwikkelingen ten aanzien van de zorgverzekeraars (afsluiten van zorgcontracten) is bij directie en bestuur van de betrokken instellingen de basis van deze samenwerking te smal gebleken. Uit vooronderzoek (april 1991) is duidelijk geworden, dat het wenselijk is om te komen tot eenheid in regie, waarbij de zelfstandigheid van de drie instellingen wordt opgeheven om uiteindelijk tot fusie over te gaan.
Men heeft daarbij gekozen voor het volgende traject: aangevangen wordt met een bestuurlijke fusie, waarna een integratie plaatsvindt tussen de facilitaire diensten van de organisaties. Tegelijkertijd zullen in de periode voorafgaand aan de fusie de uitvoerende diensten op de werkvloer zoveel mogelijk moeten samenwerken.
Voorafgaand aan de fusie is men een project gestart dat zich richt op de imago-opbouw van de thuiszorg. Redenering hierachter was dat er nu drie instellingen waren die alle drie in de loop der jaren een positief imago hadden opgebouwd. In de toekomst gaan die drie instellingen samen. Die nieuwe instelling moet zich een concurrentiepositie gaan verwerven. Immers ook allerlei particuliere bureaus hebben zich inmiddels op de zorgverlening in de thuissituatie gestort. Er zullen immers contracten moeten worden binnengehaald met zorgverzekeraars. Om daarin te slagen is het belangrijk om veel tevreden klanten te hebben en goede contacten met de verzekeraars zelf. Kortom, er is marktonderzoek nodig om het imago van de huidige drie

instellingen te analyseren en daaruit af te leiden welke elementen er terug moeten komen in de nieuwe thuiszorgorganisatie.

Om te komen tot een fusie is een stuurgroep samengesteld die bestaat uit de directeuren van de betrokken instellingen. Deze stuurgroep heeft een aantal projectgroepen ingesteld, die parallel of na elkaar bepaalde facetten van het integratieproces voorbereiden en uitwerken. Naast projectgroepen voor "personeel en organisatie", "marketing en strategisch beleid" is er ook een groep "de zorgverlening met het oog op de fusie".
Deze laatste projectgroep heeft zich met name bezig gehouden met de aspecten die in dit hoofdstuk aan bod komen, namelijk de indicatiestelling, het geïntegreerd zorgaanbod en de coördinatie.
Er kan bij de huidige stand van zaken echter nog niet uitgebreid op worden ingegaan, omdat de ontwikkelingen in de zorgverlening nog in volle gang zijn.
Daarnaast heeft men in Midden Limburg ook zelf een marktonderzoek uitgevoerd, onder cliënten van de gezinsverzorging en het kruiswerk, bij huisartsen en verpleegkundigen en bij instellingen, die als verwijzers op kunnen treden zoals RIAGG's, bejaardenoorden, en verpleegklinieken. Op basis van dit marktonderzoek kan men tevens een beperkte organisatie-analyse maken, gericht op de vragen: Wat gebeurt er precies? Hoe is de werkstroom? Hoe is de besturing geregeld? Hoe staan de verschillende organisatiedelen ten opzichte van elkaar?
De resultaten van dit onderzoek zijn bij de totstandkoming van dit rapport nog niet bekend en zijn daarom nog niet verwerkt.

12.2 Indicatiestelling

De intake voor kruiswerk en gezinsverzorging vindt nog gescheiden plaats. De aanmelding voor de hulp bij de gezinsverzorging kan op twee plaatsen geschieden, namelijk in Weert en Roermond. In de loop van het project zal ook de intake vanuit deze plaatsen georganiseerd worden.
Bij de wijkverpleging is de intake per team georganiseerd. In het werkgebied dat uit zeven basiseenheden bestaat, zijn twaalf teams werkzaam. De wijkverpleegkundigen van zo'n team doen per toerbeurt de intake.
De hierboven genoemde projectgroep "Zorgverlening met het oog op de fusie" heeft als een van de aandachtsgebieden de werkwijze rondom de intake voor beide werksoorten. Rondom aanmelding, intake en indicatiestelling volgt men de ontwikkelingen en gaat men na of veranderingen noodzakelijk zijn.

Zonodig bereidt men veranderingen voor of werkt deze nader uit.
In het imago-onderzoek richt men zich onder andere op de mening van de cliënt omtrent de intake voor alpha-hulp, gezinsverzorging en wijkverpleging.
Onderwerpen die aan de orde komen zijn: de aanmelding, de tijd die verstrijkt tussen aanmelding en intake, het verloop van de intake, de voorlichting tijdens aanmelding en intake en het oordeel over de hoeveelheid en het soort hulp dat de cliënt krijgt.
De resultaten van dit onderzoek worden in juni 1993 verwacht.

12.3 Geïntegreerd zorgaanbod

Men heeft zich in het project niet gericht op het ontwikkelen van geïntegreerde teams. Voorafgaand aan het project is gesteld dat hoewel vanuit twee disciplines werd gewerkt, de samenwerking op de werkvloer goed te noemen was. Voor de uitvoerende diensten is er dan ook in de beginfase van de fusie weinig veranderd. Men werkt nog steeds met teams gezinsverzorging en wijkverpleging. Hieronder volgt een samenvatting van de situatie zoals die nu is of op 1 januari 1994 zal zijn (Bron: projectplan).De gezinszorg voert de werkzaamheden gedecentraliseerd uit, vanuit vier regio's, die elk weer een aantal wijkteamcombinaties omvatten. De twee organisaties voor gezinsverzorging leveren beide avond- weekend en nachtzorg. Daarbij werkt men vanuit twee clusters (Oost en West).
De wijkverpleging die nu nog wijkgebonden werkt, zal teamgebonden gaan werken. Elk team bestaand uit 7 à 10 wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden, zal een bepaald deel van de regio van zorg voorzien. Het hele werkgebied is onderverdeeld in 7 basiseenheden, waarin 12 teams wijkverpleging werkzaam zijn. Daarnaast zijn er nog twee teams voor de avond- en weekendzorg. Binnen de teams zal gedifferentieerd gewerkt gaan worden, dat wil zeggen dat de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden bepaalde aandachtsvelden zullen hebben zoals: CARA, Diabetes, Oncologie, of Jeugdgezondheidszorg.

12.4 Coördinatie

De gezinszorg voert de werkzaamheden uit in gedecentraliseerde vorm, verdeeld over vier regio's. De leiding binnen de regio's is in handen van teamleidinggevenden. De regio's zijn weer onderverdeeld in wijkteamcombinaties, die elk onder leiding staan van een leidinggevende (bron: projectplan).
De leiding en coördinatie van de alphahulpen geschiedt vanuit twee plaatsen, Weert en Roermond. Dit is tevens het geval voor de gespecialiseerde gezinsverzorgenden / bejaardenverzorgenden.
De projectgroep "Zorgverlening met het oog op de fusie" heeft als een van de aandachtsgebieden de afstemming van de werkgebieden en de werksoorten, met als doel dat de voorwaarden voor samenwerking optimaal zullen zijn.
In het kruiswerk is het werkgebied onderverdeeld in 7 basiseenheden, die elk onder leiding staan van een hoofdwijkverpleegkundige. In de 7 basiseenheden werken 12 teams.
Hoewel in de projectplannen herhaaldelijk naar voren komt dat de samenwerking op de werkvloer tussen de verschillende disciplines goed verloopt, zijn er nog geen concrete plannen met betrekking tot de coördinatie van zorg. Ook dit valt binnen het aandachtsgebied van de projectgroep "Zorgverlening met het oog op de fusie".
In het imago-onderzoek heeft men vragenlijsten ontwikkeld voor de medewerkers van de betrokken thuiszorginstellingen. Onder andere richt men zich daar op de mening van de betrokkenen over het contact en de samenwerking met medewerkers van de andere instellingen. Zoals hierboven is vermeld zijn de resultaten van dit onderzoek in juni 1993 te verwachten.

BRONNEN

Geraadpleegde bronnen bij Drenthe:

- Project Geïntegreerde Zorg Emmen (GZE), november 1990
- Verslag experiment Avond-, nacht- en weekendzorg
- Overzicht van projecten 8 mei 1990
- Correspondentie met betrekking tot subsidie
- Eindevaluatie Project Geïntegreerd Zorg Emmen e.o., augustus 1991
- Integraal fusierapport Thuiszorg Drenthe, april 1991
- Implementatieplan sector zorgverlening, januari 1992
- Voorstel Organisatie Verzorging, Verpleging en Revalidatie, juli 1992
- Thuiszorg Indicatie en registratie Systeem, handelingsonderzoek naar een instrumentarium, Beraadsgroep gezinsverzorging en kruiswerk, Groningen: Rijksuniversiteit Andragogisch Instituut
- Eindevaluatie project geïntegreerde zorg Emmen, augustus 1991
- Interviews met twee intakers en twee teammanagers

Geraadpleegde bronnen bij Den Haag:

- Centra voor Thuiszorg, 27 juni 1991
- Divisieplan Thuiszorg, Haags Kruiswerk, oktober 1991
- Evaluatie-onderzoek Centra voor thuiszorg Den Haag, drs. M.W.M. Post
- Plan van aanpak van het fusie- integratie- en reorganisatieproces, 23 januari 1992
- Aanvulling en bijstelling van plan van aanpak, 3 september 1992
- Procesbeschrijving experimenten CvT, maart 1992
- Tussenrapportage: Interne Procesevaluatie Centra voor Thuiszorg, september 1992
- Interviews met 3 zorgbemiddelaars en 1 thuiszorgmanager

Geraadpleegde bronnen bij Groningen stad:

- Correspondentie m.b.t. subsidie verlening
- Fusieplan, fusiecommissie, 25 maart 1991
- Bijlage bij fusieplan, draaiboek, 25 maart 1991
- Implementatieplan, september 1990
- Projectvoorstel geïntegreerde wijkteams, W. Brinks, 29 april 1991
- Implementatieplan, deel II, Invoeringstraject, W. Brinks, 17 juli 1991
- Project integrale thuiszorg tussen rapportage, W. Brinks, 5 februari, 1992

- Rapportagesysteem t.b.v. de zorgverlening, W. Brinks, 11 maart 1992
- Samenvatting organisatie van de zorgverlening, W.Brinks, 12 maart 1992
- Een tevreden cliënt, onderzoek naar waardering van de zorgverlening, W. Brinks, 2 juni 1992
- Eindrapportage Project Geïntegreerde wijkteams, W. Brinks, 3 juni 1992
- Interview met projectleider
- Interview met teamleider van een geïntegreerd team
- Telefonische informatie van leidinggevende van de gezinsverzorging

Geraadpleegde bronnen bij Schiedam:

- Project Samenwerken in de Thuiszorg in Schiedam Noord -inhoud- 1991
- Project Samenwerken in de Thuiszorg in Schiedam Noord -plaats, structuur en werkwijze- 1991
- Project 'naar een gezonde organisatie', 1991
- Samenwerken in de thuiszorg in Schiedam-Noord. Een beschrijving van de huidige situatie en aanbevelingen voor verdere ontwikkeling, augustus 1992
- Eindrapportage van het project Samenwerken in de Thuiszorg in Schiedam Noord, augustus 1992
- Verslag van de evaluatie van het gaan samenwerken in de thuiszorg in Schiedam-Noord, bevindingen, conclusies en aanbevelingen, augustus 1992
- Interview met een zorgcoördinator
- Telefonische informatie van een leidinggevende HZ-sector
- Hoofdstructuur thuiszorgorganisatie regio Nieuwe Waterweg Noord, november 1991

Geraadpleegde bronnen bij Centraal Twente

- Modelstructuur Stichting Thuiszorg Centraal Twente, 1992
- Eindrapportage projectgroep integrale thuiszorgteams 23 december, 1991
- Eindrapport: Centrale indicatiestelling en loketfunctie, dec. 1991
- Eindrapportage projectgroep Specifieke zorg en zorgfaciliteiten, februari 1992
- Eindrapport Projectgroep zorgplanning, april 1992
- Interviews met drie leden van het intake-team
- Interviews met twee zorgmanagers
- Werkplan Integrale zorg Werkeenheid Oost, november 1992

Geraadpleegde bronnen bij Zuid-West Friesland

- Plan van aanpak experiment centrale intake wijkverpleging/gezinszorg door: K. Boer. Bolsward, oktober 1990
- Organisatie project centrale intake, 1990
- Samen Vernieuwen. Evaluatieverslag, mei 1992
- Eindverslag project Centrale intake Zuid West Friesland, januari 1993
- Samenwerkingsmodel gezinszorg-wijkverpleging in Zuid-West Friesland. Sneek, mei 1989
- Telefonische informatie van een hoofdwijkverpleegkundige en een leidinggevende van de gezinsverzorging
- Interviews intakers project van centrale intakers

Geraadpleegde bronnen bij Rotterdam:

- Projectvoorstel t.b.v. WVC, februari 1990
- Project Weegschaalhof, samenwerkingsproject Thuishulp-Kruiswerk, H. Boekhout, bureau Obelon, 19 december 1991
- Informatiebulletins "Op weg", maart, april, juni, juli 1991 en maart en mei 1992. Thuiszorg Rotterdam
- Kruiswerk Totaal, een overzicht van de activiteiten van het Kruiswerk Rotterdam en De thuishulporganisatie 1989-1990
- Zorgcoördinatie, geen futiliteit! Eindrapportage van de werkgroep zorgcoordinatie van de Stichting Thuiszorg Rotterdam, februari 1991
- Thuiszorg op dreef, adviesrapport van projectgroep Integratie, Thuiszorg Rotterdam, juni 1991.
- Thuiszorg op koers, besluit tot integratie. Thuiszorg Rotterdam, januari 1992
- Thuiszorg op stap 1, uitwerkingsbesluit. Stichting Thuiszorg Rotterdam, augustus 1992
- Eindrapportage Project Weegschaalhof, samenwerkingsproject Thuishulp-Kruiswerk, H. Boekhout, bureau Obelon, 21 juli 1992
- Twee interviews met intakers en twee interviews met functionarissen van het middenkader

Geraadpleegde bronnen bij Noord West Veluwe:

- Intentieverklaring tot samengaan
- Stichting Thuiszorg Veluwe CA, Fusie, Plan van aanpak, 1992
- Projectgroep Samenwerking in Uitvoering, december 1990
- Denominatie-onderzoek Noord-West Veluwe, project Samenwerking in Uitvoering, maart 1992

- Eindrapportage project Samenwerking in Uitvoering, januari 1992
- Interviews met twee intakers

Geraadpleegde bronnen bij IJmond:

- Voorstel Innovatieprojecten, tussen WVC en Administratiekantoor Thuishulp-Kruiswerk, mei 1991
- Correspondentie m.b.t. subsidies tussen WVC en Bestuur Stichting Thuishulp IJmond
- De intake onder de loep, ontwikkelingen, bevindingen en conclusies, Kruiswerk IJmond, mei 1991
- Nota divisie ouder- kindzorg, 20-12-1991
- Nota divisie Thuiszorg, Werkgroep Thuiszorg Nota DTZ, beverwijk 20-12-1991
- Fusierapport 30 januari 1992
- Zorgproces, zorgplan & cliëntendossier: definitie en inhoud, Projectgroep IKG, augustus 1991
- Fusierapport en organisatievoorstel Thuiszorg IJmond, projectteam fusie, 30 januari 1992
- Innovatieproject Castricum, Eindrapport en Draaiboek an Kruiswerk IJmond en Thuishulp IJmond, beverwijk, mei 1992
- Fusierapport van STIJ en VMGZ, hoofdstuk 1 en 3, mei 1992
- Interview met 2 intakers en een middenkaderfunctionaris
- Telefonische informatie van middenkaderfunctionaris

Geraadpleegde bronnen bij Oost Groningen:

- Correspondentie inzake projectvoorstel en subsidie
- Haalbaarheidsonderzoek Groenhof Organisatie adviseurs, 1991
- "Doorzicht en Uitzicht", Hoofdstructuur Thuiszorg Oost-Groningen, KPMG Klynveld Management Consultants, februari 1992)

Geraadpleegde bronnen bij Midden Limburg:

- Correspondentie m.b.t. subsidieverlening
- Integratieproject Inzake Imago-Opbouw Thuiszorg Midden Limburg. April 1992
- Verslag van een vooronderzoek Samenwerking Gezinszorg en Kruiswerk in midden-Limburg, van 16 april 1991
- Projectplan, blz. 29-35, juli 1992
- Projectplan Imago-opbouw Thuiszorg Midden Limburg, 16 oktober, 1992

BIJLAGE 1 Begrippenlijst

Aanmelding
Het hulpverleningsproces begint bij de aanmelding. De aanmelding kan door verschillende personen worden verricht - de cliënt zelf, zijn huisgenoten, mantelzorgers of professionele hulpverleners- en kan mondeling, telefonisch of schriftelijk plaatsvinden. Meestal zal er een hulpvraag worden gesteld. Tenzij dat meteen al duidelijk is dat de aanmelder aan het verkeerde adres is, zal er daarna verheldering van de hulpvraag plaatsvinden (Slingerland, 1993)

AAW-hulp
Deze is vergelijkbaar met de Alpha-hulpverlening of bemiddelingshulp (zie ook daar). De AAW-hulp wordt echter vergoed vanuit de Algemene Arbeidsonge-schikt-heidsWet

ADL-activiteiten
Activiteiten die betrekking hebben op de Algemene Dagelijkse Levensverrich-tingen, bijvoorbeeld opstaan uit bed, lichamelijke verzorging, aan- en uitkleden en dergelijke.

Alpha-hulpverlening
Deze vorm van hulp wordt ook wel bemiddelingshulp genoemd. De hulpvraag is zuiver huishoudelijk van aard en daarnaast is de hulpvrager zelf in staat de werkgeversrol te vervullen. In zo'n geval bemiddelt de organisatie voor gezinsverzorging tussen hulpvrager en hulpverlener. De hulpvrager wordt vervolgens de werkgever van de Alpha-hulpverlener.

Complexiteit van de zorgsituatie
De mate van complexiteit van de zorgsituatie wordt bepaald door de volgende algemene aspecten (NRV, 1988):
- de cliënt met al zijn behoeften, noden en problemen
- de omgeving van de cliënt en de omstandigheden waaronder zorg wordt geboden

Complexiteitscriteria

De complexiteit van een zorgsituatie wordt met behulp van de volgende criteria vastgesteld:

- ten aanzien van de cliënt:
  - de mate van bedreiging van zijn gezondheidstoestand
  - de ziekte en het verloop ervan;
  - de snelheid en de voorspelbaarheid van wisselingen in de gezondheidstoestand;
  - vermogens om zich te uiten;
  - emotionele beleving;
  - de mate waarin men keuzes kan maken.
- ten aanzien van de omgeving:
  - het al dan niet aanwezig zijn van andere disciplines in de zorgsituatie en de aard wen inhoud van de verrichtingen van deze disciplines, en de intensiteit van hun samenwerking;
  - Het al dan niet aanwezig zijn van hulpmiddelen wanneer zich bepaalde bedreigingen of complicaties voordoen;
  - De betrouwbaarheid en veiligheid van de omgeving voor de cliënt. (Jansen et al, 1993).

Coördinatie van zorg

Onder coördinatie wordt verstaan het samenstellen en in standhouden van een op de individuele hulpvrager toegesneden pakket van verschillen soorten zorg, hulp en diensten (Willems, 1991).

Deskundigheidsniveau

Ten aanzien van het verpleegkundig proces spelen twee beroepsbeoefenaren met een verschillend niveau van deskundigheid een rol: De verpleegkundige (HBO-opgeleid) fungeert op het eerste deskundigheidsniveau en de verpleegster of ziekenverzorgende (MBO-opgeleid), fungerend op het tweede deskundigheidsniveau. De verpleegkundige heeft een rol in het vaststellen van de verpleegkundige diagnose en de complexiteit, op basis waarvan een hulpverlener aan de cliënt wordt toegewezen. De hulpverlener op het tweede deskundigheidsniveau voert wel een aantal taken van het verpleegkundig proces uit en heeft een verantwoordelijkheid in de uitvoering daarvan, maar de verpleegkundige heeft de eindverantwoordelijkheid voor de verpleegkundige zorgverlening (NRV, 1988).

Divisiestructuur
Het gehele pakket van diensten dat door de thuiszorgorganisaties wordt aangebracht is onderverdeeld in divisies. Over het algemeen onderscheidt men drie divisies:

- Divisie ouder- en kindzorg, deze richt zich op de prenatale-, postnatale- en kraamzorg alsmede op de jeugdgezondheidszorg voor de jeugd van 0 tot 4 jaar.
- Divisie thuiszorg, deze richt zich op de verpleging, verzorging, en huishoudelijke ondersteuning van volwassenen.
- Divisie speciale diensten, waaronder dieetadvisering, uitleen van artikelen, voorlichtingsprogramma's en verpleegkundige specialismen (CARA, GVO en dergelijke)

GIRST
Geïntegreerd Informatiesysteem en RegistratieSysteem Thuiszorg. Een intake-instrument dat is gericht op een geïntegreerde intake. Het is een uitgebreid intake-instrument, opgebouwd uit diverse modules. Het GIRST is ontwikkeld door het NIZW.

Grijze gebied
Dit is het gebied van activiteiten en handelingen, waarbij zowel de wijkverpleegkundige, de wijkziekenverzorgende als de gezinsverzorgende een rol kan spelen, of er is sprake van taken die gedelegeerd kunnen worden. Met andere woorden er doen zich in de activiteiten van de wijkverpleging en de gezinsverzorging situaties voor waarbij de werkzaamheden gedeeltelijk in elkaar overlopen. Het fenomeen speelt met name op het niveau van de wijkziekenverzorgenden en de gediplomeerde gezinsverzorgenden.
Als voorbeeld kan worden genoemd de lichamelijke verzorging en ADL-activiteiten. Vaak worden deze activiteiten aan een wijkziekenverzorgende gedelegeerd, maar wanneer een uitvoerende gezinsverzorgende voldoende expertise heeft kan zij evengoed deze taken uitvoeren in combinatie met huishoudelijke activiteiten.

Geïntegreerde intake
Wanneer iemand in een traditionele situatie hulp nodig heeft van een instelling voor gezinsverzorging en een instelling van wijkverpleging moet men zich bij beide instanties aanmelden en er wordt door functionarissen van beide organisaties een intake verricht. Bij een geïntegreerde intake, zoals die in een aantal projectgebieden plaatsvindt brengt één intaker de gehele hulpvraag in

kaart en indiceert voor het gehele gebied van thuiszorg wat het hulpaanbod dient te zijn, men richt zich daarbij dus op het zorgaanbod van zowel de gezinsverzorging als de wijkverpleging. Vaak is in dit soort situaties de intake vanuit een centrale lokatie, waar men zich ook aan kan melden geregeld.
Men kan bij een geïntegreerde intake uitgaan van het zogenaamde *allround principe*. Daarmee wordt bedoeld dat elke intaker in staat moet zijn elke intake af te leggen, of de hulpvraag nu gezinsverzorging, wijkverpleging of beide betreft. Daarnaast kent men het *gedifferentieerde principe*. In dat geval is er een intake-team met meerdere intakers, die elk hun eigen deskundigheid bezitten. Het team als zodanig kan bij elke hulpvraag de intake verrichten, maar de ene intaker zal meer deskundig zijn op het gebied van de gezinsverzorging, terwijl de ander zich meer specifiek op de verpleegkundige vragen richt.

Geïntegreerd zorgaanbod
Aanbod van het totale basispakket van functies in de thuiszorg, vanuit een organisatorisch verband.

Geïntegreerd team
Een team waarvan zowel functionarissen van de gezinsverzorging als van de wijkverpleging deel uit maken. Er kunnen in zo'n team vijf verschillende functiegroepen zitten: wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden, helpenden en ongediplomeerde helpenden.
In de meeste gevallen verleent een geïntegreerd team zorg aan cliënten waar naast verpleging of verzorging ook huishoudelijke taken verricht dienen te worden.

Gespecialiseerde Gezinsverzorgende
Om als gespecialiseerd gezinsverzorgende te kunnen werken moet men na het diploma als gezinsverzorgende een additionele opleiding volgen, gedurende 1 jaar, waarbij men één dag per week les heeft aan een door het ministerie van O & W erkende opleidingsschool, waaraan deze opleiding is verbonden. Deze specialisering is te zien als een verdieping en verfijning van het werk van de gezinsverzorgende. Behalve in gevallen waar sprake is van een maatschappelijke of culturele achterstand, kan de gespecialiseerde gezinsverzorgende worden ingezet in gevallen van een complexe, meervoudige problematiek, die door haar aard van veelzijdigheid tot een desintegratie van het gezinsfunctioneren kan leiden, of dit al gedaan heeft (Visser, 1986).

Herindicatie
De indicatiestelling is een moment opname. De zorgbehoefte van de cliënt kan veranderen, zodat het hulpaanbod niet meer passend is bij de zorgbehoefte van de cliënt. In zo'n geval dient opnieuw de te worden vastgesteld hoe het hulpaanbod er uit dient te zien. Men spreekt in zo'n geval van een herindicatie. Echter ook in stabiele situaties vindt meestal na een vastgestelde periode een herindicatie plaats, om na te gaan of de geboden hulp nog steeds past bij de behoefte van de cliënt.

HDL-verrichtingen
Activiteiten die betrekking hebben op de Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen, bijvoorbeeld dagelijkse boodschappen, koffie/thee zetten, afwassen en dergelijke.

Indicatiestelling
De indicatiestelling (vaak kortweg indicatie genoemd) is als het ware de conclusie van de intake (zie ook intake). Er wordt vastgesteld wat voor soort en welke hulp nodig is. Dit wordt medegedeeld aan de organisatie die verantwoordelijk is voor de uitvoer van zorg. Men maakt bij de indicatiestelling een onderscheid in *harde optie* (naast het vaststellen van de benodigde hulp wordt de hulp ook door de intaker toegewezen) en de *zachte optie* (de indicatiestelling wordt als advies aan de zorguitvoerders gegeven).

Intake
Onder intake wordt over het algemeen verstaan het opnemen van de cliënt in het hulpverleningssysteem. Een intake omvat de volgende stappen:
- Het verhelderen van de hulpvraag
- Het vaststellen van de problematiek (diagnose)
- Doelformulering
- Vaststellen van de benodigde hulp

Hoewel 'intake' in principe een neutraal begrip is, is er in de praktijk vaak een bepaalde inkleuring opgetreden en wel op de volgende manier: het aanbod van de organisatie van waaruit de intaker werkzaam is beïnvloedde vaak de wijze waarop men met de hulpvraag omging (Slingerland, 1993). Om de objectiviteit van een intake beter te kunnen waarborgen, tracht men in een aantal projecten de intake los te koppelen van de uitvoering. Met een *losgekoppelde intake* wordt bedoeld dat de intake wordt verricht door een functionaris die zelf niets met de uitvoering van de zorg te maken heeft.
Daarnaast wil men een indicatiesysteem dat geschikt is voor hulpvragen van

zowel de gezinsverzorging als de wijkverpleging, zodat met op het gebied van alle hulpvragen in de thuiszorg kan volstaan met één intake-procedure: *de geïntegreerde intake* (zie ook geïntegreerde intake, harde intake en zachte intake).

Intaker
Een functionaris die zich bezig houdt met het verrichten van intakes. Deze kan tevens belast zijn met de uitvoering van de zorgverlening.

Leidinggevende gezinsverzorging
Functionaris bij een organisatie van de gezinsverzorging die belast is met leiding geven aan en het begeleiden van de gezinsverzorgenden en helpenden. De gezinsverzorgenden of helpenden kunnen al of niet in een teamverband werken.

LIER-systeem
Landelijk Indicatie en Registratiesysteem. Dit is een intake-instrument dat bij de instellingen voor gezinsverzorging wordt (werd) gebruikt om te komen tot een indicatiestelling.

Primaire proces
Een proces dat naar aanleiding van een hulpvraag in gang wordt gezet. Het bestaat uit de volgende fasen: De aanvraag van hulp, het indiceren, het plannen, de zorgverlening en de afsluiting van de zorg. Gedurende het proces vindt evaluatie en bijstelling plaats.
Het primaire proces is te vergelijken met het verpleegkundig proces (zie aldaar). De terminologie is echter breder.

Regio-structuur
Omdat het gebied wat een thuiszorgorganisatie van zorg moet voorzien vaak groot is besluit men met name voor de divisie thuiszorg (zie ook divisiestructuur) de regio onder te verdelen in subregio's, van waaruit dan diverse teams opereren.

Retributie
Wanneer een cliënt gebruik maakt van de diensten van een organisatie voor gezinsverzorging, wordt daarvoor een eigen bijdrage in rekening gebracht, die afhankelijk is van het (gezins)inkomen.

Retributieprobleem
Zoals bij retributie vermeld betalen cliënten van de gezinsverzorging een eigen bijdrage. Cliënten van het kruiswerk dienen alleen lid te zijn of lid te worden van een kruisvereniging. De lidmaatschapsbijdrage bedraagt fl. 50,- per jaar. Wanneer men met het oog op substitutie, in een stabiele situatie, de zorg overdraagt van de wijkverpleging naar de gezinsverzorging, moet de cliënt dus veel meer gaan betalen. Dat leidt in een aantal gevallen tot onrechtvaardige en onlogische situaties.

Substitutie
Dit is de vervanging van een bepaalde vorm van zorgverlening door een andere vorm. Doel van substitutie is kostenbesparing. Door de zorg te verschuiven van functionarissen van het eerste (en dus duurder) deskundigheidsniveau naar functionarissen van een lager (dus goedkoper) deskundigheidsniveau kan men een kostenbesparing bereiken in de directe cliëntenzorg.

TIRS
Thuiszorg Indicatie en RegistratieSysteem. Een intake-instrument dat is gebaseerd op het Landelijk Indicatie en Registratiesysteem (LIER), dat werd/wordt gebruikt bij de gezinsverzorging en het Informatiesysteem Wijkzorg (ISW) dat bij het kruiswerk in ontwikkeling was ten tijde van de samenstelling van het TIRS.
Het TIRS biedt de mogelijkheid tot een geïntegreerde intake. Daarnaast wordt het gehele cliëntsysteem in kaart gebracht (met name de zelfzorg, zorg door de centrale verzorger en mantelzorg). Het TIRS bestaat uit vijf delen:

1. Algemene gegevens en hulpvraag
2. Anamnese aan de hand van drie categorieën: lichamelijk- en psychisch vermogen en sociale redzaamheid. Tevens worden op dit deel de diagnose en doelen geformuleerd
3. Specificatie van verzorgende, verpleegkundige medisch-technische en sociale taken.
4. Specificatie van in te zetten krachten
5. Logboek, waarin wordt aangegeven wie verantwoordelijk is voor de zorg, wie de zorg uitvoert, in welke mate de mantelzorg is betrokken, welke afspraken met cliënt en/of mantelzorgers zijn gemaakt.

Het TIRS is ontwikkeld door Kruiswerk Drenthe.

Traditionele teams
Teams waar door de verschillende disciplines nog apart wordt gewerkt. Er zijn teams die werken vanuit de organisatie voor gezinsverzorging en teams die werken vanuit de organisatie voor de wijkverpleging. Ondanks dat de teams vanuit verschillende organisaties opereren is er op de werkvloer doorgaans wel sprake van samenwerking tussen de uitvoerenden. Het overleg met betrekking tot de zorgverlening verloopt echter meestal niet direct, maar bijvoorbeeld via een wijkverpleegkundige en een leidinggevende van de gezinsverzorging.

Traditionele intake
In de traditionele situatie wordt de intake voor de wijkverpleging en voor de gezinsverzorging verricht door functionarissen uit die verschillende disciplines.
Bij de gezinsverzorging zijn er organisaties waar men wel met aparte intakers werkt, die niet bij de uitvoering van de hulpverlening betrokken zijn. Daarnaast zijn er situaties dat een leidinggevende van de gezinsverzorging naast leidinggevende taken ook belast is met verrichten van intakes.
Bij de wijkverpleging wordt de intake verricht door de wijkverpleegkundige van de wijk waar de hulpvrager woont. Deze wijkverpleegkundige kan na de intake ook zelf betrokken zijn bij de zorgverlening.

Verpleging
Beroepsmatig verplegen is het herkennen, analyseren, alsmede advies en bijstand verlenen, ten aanzien van feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling van de fundamentele levensverrichtingen van het individu. Verpleegkundig handelen houdt tevens in het zodanig beïnvloeden van mensen, dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het in stand houden en bevorderen van de gezondheid (NRV, 1988). Taken in de verpleging kunnen ook verzorging inhouden, het betreft dan persoonlijke verzorging in het kader van een gezondheidsprobleem. Deze vinden plaats in situaties waar tevens sprake is van instructie, advies, educatie en in het kader waarin observeren en signaleren een belangrijk onderdeel vormt van de verzorgende taken (NRV, 1990).

Verpleegplan / zorgplan
Wanneer er is vastgesteld welke hulp er wordt toegewezen zal er een zorgplan worden opgesteld. In zo'n plan wordt vastgelegd wat de doelen van de zorgverlening zijn, door wie en hoe de toegewezen hulp wordt uitgevoerd. Wie doet wat, op welke wijze, hoe vaak en hoe lang? (Slingerland, 1993).

Verpleegkundig proces
Het verpleegkundig handelen wordt op methodische wijze uitgevoerd en wordt het verpleegkundig proces genoemd. Dit proces wordt door Mc. Farland et al (1989) onderscheiden in vijf fasen:
- Verpleegkundige anamnese
- Formuleren van de verpleegkundige diagnose
- Het voorschrijven en plannen van de verpleegkundige zorg
- Het uitvoeren van de verpleegkundige zorg
- Het evalueren van de verpleegkundige zorg

Verzorging
Een clustering van taken en activiteiten die in de beroepsmatige sfeer door verzorgers wordt uitgevoerd. Tot de kerntaken worden berekend: huishoudelijke taken en taken met betrekking tot de Algemene dagelijkse verrichtingen (ADL). De aanleiding tot een vraag om gezinsverzorging is veelal de onmogelijkheid of het onvoldoende in staat zijn de zorg voor het huishouden uit te voeren (NRV, 1990).

WAS
Wijk Administratiesysteem dat landelijk gebruikt werd/wordt door de wijkverpleging.

Zorgbemiddelaar
Functienaam die in Den Haag wordt gebruikt voor de functionaris die de intakes verricht.

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg
Auteurs: P.G.M. Jansen, A. Kerkstra
Utrecht, NIVEL: 1993, 178 pag. fl.30,00
Naar aanleiding van een landelijk onderzoek worden in dit rapport aanbevelingen gedaan waarbij veel aandacht is besteed aan de kwaliteit van de arbeid. Allereerst is het verpleegkundig beroepsprofiel nader uitgewerkt door de extramurale verpleging. Hierin is eveneens een systeem voor complexiteits-bepaling en cliëntentoewijzing uitgewerkt. Ten aanzien van het 'grijze gebied' worden uitgangspunten gepresenteerd waarmee een verschil wordt gemaakt in het deskundigheidsgebied van de extramurale verpleging en het deskundigheidsgebied van de gezinsverzorging. Tot slot worden aanbevelingen gedaan over het werken binnen afzonderlijke sectoren en met aandachtsgebieden binnen de extramurale verpleging.

Huishoudelijke materialen, werkomgeving en werkorganisatie
Auteurs: F. Beemster, R.D. Friele
Utrecht, NIVEL: 1993, 140 pag. fl. 25,00
Slecht huishoudelijk materiaal kan voor uitvoerenden in de thuishulp een bron van belasting zijn. Door het NIVEL zijn drie projecten geëvalueerd waarbij de instelling voor thuishulp heeft geprobeerd de kwaliteit van het huishoudelijk materiaal bij de cliënten te verbeteren. Het rapport is de neerslag van deze evaluatiestudie. Het verslag biedt, naast een inventarisatie van de problemen met het huishoudelijk materiaal en een kijk op de gevoerde projecten, ook een verkenning van de arbeidsomstandighedenproblematiek in de thuishulp.

Project gespecialiseerde thuiszorg voor patiënten met AIDS
Auteurs: M. Moons, J.H. Biewenga & A. Kerkstra
Utrecht/Rotterdam: NIVEL/AZR, 1993, 118 pag. fl. 21,50
In dit experiment zijn medisch-technische en verpleegkundige handelingen waarvoor de patiënt gewoonlijk naar de polikliniek van het ziekenhuis gaat, aangeboden in de thuissituatie. Verpleegkundig AIDS-consulenten, verbonden aan het Academisch ziekenhuis Rotterdam en onder verantwoordelijkheid van de behandelend internist, bezochten hiervoor de patiënten thuis. Deze gespecialiseerde thuiszorg is ontwikkeld voor die patiënten met AIDS waarvoor vanwege hun slechte lichamelijke conditie, het reizen naar de polikliniek bezwaarlijk is. De mogelijkheden en wenselijkheid van deze vorm van thuiszorg zijn onderzocht vanuit medisch-verpleegkundig, sociaal-psychologisch, economisch en organisatorisch perspectief.